

De Enfermeira a Enfermeira de Família: Abordagem dinâmica de famílias com idoso dependente

**Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre
na área de Enfermagem de Saúde Familiar**

Vânia Cristina Almeida Luís

**Orientadora:
Mestre Alcinda Reis
Co-orientadora:
Doutora Maria João Esparteiro**

2012 Janeiro

“Ser enfermeiro...
é respeitar as capacidades
as crenças e os valores de cada um.
É procurar o outro
e encontrá-lo na sua realidade
junto aos seus.
É criar oportunidades...
Para fazer crescer,
A partir do que se é e sabe,
promovendo a autonomia.”

Silva

AGRADECIMENTOS

O meu primeiro agradecimento quero endereçar à Professora Alcinda Reis pela sua inteira disponibilidade, imprescindível contributo e alento nos momentos mais difíceis, reconhecendo-lhe a sua importância ao longo do processo de Mestrado.

À enfermeira Aida Moita pelo estímulo, colaboração e envolvimento em todo o processo de aprendizagem.

À equipa multidisciplinar da USF de S. Domingos pela recepção e integração no seu quotidiano e pelos contributos valiosos ao percurso desenvolvido.

Às famílias que participaram neste trabalho, por partilharem comigo um pouco de si.

À minha família.

RESUMO

Os cuidados de saúde aos idosos dependentes têm emergido como inquietantes quer para as famílias, como para a sociedade, induzindo estratégias político-económicas que respondam a essas inquietudes. Em Portugal, a enfermagem de saúde familiar é uma recente área de especialização, com competências específicas em ruptura com o empirismo.

Realizou-se uma revisão sistemática da literatura na base de dados EBSCO, com o intuito de reflectir e analisar criticamente as intervenções realizadas com as famílias em contexto da prática. Formulou-se uma pergunta em formato PIC(O), seleccionando-se seis estudos que iam de encontro à temática da enfermagem de família em contexto de visita domiciliária na promoção da saúde familiar em famílias com idoso dependente, emergente do contexto de estágio.

Compreendeu-se que a família é uma unidade complexa, com necessidades e impacte no estado de saúde. O contexto domiciliário é o espaço privilegiado para a interacção familiar, sendo bem aceite a presença dos profissionais pelas famílias. A visita domiciliária é uma estratégia fundamental, carecendo de uma mobilização mais criteriosa pelos profissionais. As famílias com idoso dependente, estão sujeitas a factores de stress, dependendo dos seus recursos internos e externos para se adaptar às suas realidades. As comunidades apresentam ausência de recursos de lazer e ocupação para estas famílias, sendo que os grupos de auto-ajuda apresentam várias vantagens para estas famílias, que recorrem aos serviços de saúde como meio de socialização.

A enfermagem de família detém as competências para cuidar das famílias enquanto sistema, assumindo uma posição de centralidade entre os agentes comunitários de saúde. A rigidez burocrática é um constrangimento para cuidados multidisciplinares e centralizados nas famílias.

Sugere-se a criação de um grupo de auto-ajuda para responder às necessidades das famílias do estágio e para promover a melhoria continua dos enfermeiros da prática pelo uso da metodologia da prática baseada na evidência.

Palavras – Chave: Enfermagem de Família, Saúde Familiar, idosos dependentes, cuidados domiciliários.

ABSTRACT

The health-care to the dependence aged people have emerged as unsettle for the families, as for all the society, induced the creation of politician and economic strategies that answer to these preoccupations. In Portugal, family nursing is a new area of specialization, in rupture with empiricism.

It was performed a systematic literature review in the database EBSCO, in order to reflect and critically examine interventions with families in the context of practice. It was formulated a question in a PICO format and selected six studies that were related to the theme of family in nursing home visits, in the context of health promotion in families with frail aged that emerged from the internship context.

It was understood that the family is a complex unit, with needs and impact on health. The home environment was the ideal place for family interaction and was well accepted the professional's presence by families. The home visit is a key strategy, but require a more careful mobilization by professionals. Families with dependent elders, are subject to stressors, depending on their internal and external resources to adapt to reality.

The communities have no resources for recreation and occupation for these families, and the self-help groups have several advantages for these families, that use healthcare services as a means of socialization.

The family nursing owns skills to care for the family as a system, assuming a position of centrality among community healthcare agents. The bureaucratic is a constraint for multidisciplinary care and centered on the families.

It' suggested the creation of a self-help group to meet the needs of families of internship and to promote continuous improvement of nursing practice by using the methodology of evidence-based practice.

Key-words: Family nursing, family health, frail elderly, Home Care.

CHAVE DE SIGLAS

APGAR – Adaptability, Partnership, Growth, Affection, Resolve

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral da Saúde

EBSCO – Elton B. Stephens and Company

FACES – Family Adaptability and Cohesion Scale

ICN - International Council of Nurses (Conselho Internacional de Enfermeiros)

INE – Instituto Nacional de Estatística

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

N.º - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PICO – Participantes, Intervenções, Comparações, Outcomes

USF – Unidade de Saúde Familiar

INDICE

INTRODUÇÃO	10
1 – DESENHANDO UM NOVO CUIDAR: DE ENFERMEIRA DE CUIDADOS GERAIS	14
A ENFERMEIRA DE FAMÍLIA	
1.1 – A AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR E CONCEPÇÕES PRÉ-ADQUIRIDAS	14
1.2 – PLANEAMENTO E INTERVENÇÃO FAMILIAR: A CO-CONSTRUÇÃO DE UMA ALIANÇA DE CUIDADOS	26
1.2.1 - Cuidados de enfermagem desenvolvidos	27
1.3 - CONTINUIDADE DE CUIDADOS: O COMPROMISSO COM A MELHORIA CONTÍNUA	34
1.3.1 - Grupo de Auto-Ajuda	37
2 – A REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	39
2.1 – A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	39
2.2 - PESQUISA EM BASES DE DADOS	40
2.3 - ANÁLISE REFLEXIVA	43
3 – CONCLUSÃO	49
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	55
ANEXO I – Folhetos entregues à família E.	56
ANEXO II - Relato escrito enviado à autarquia local	57
ANEXO III – Resposta da autarquia após peritagem realizada	58
ANEXO IV – Norma orientadora para a visita domiciliária de enfermagem	59
ANEXO V – Fichas dos artigos seleccionados pela Revisão Sistemática da Literatura	60
ANEXO VI – artigo: A dinâmica de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal	61
ANEXO VII – artigo: O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família	62
ANEXO VIII – artigo: Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial	63
ANEXO IX – artigo: Atenção ao idoso na estratégia de saúde da família: actuação do enfermeiro	64
ANEXO X – artigo: Determinantes Sociais de Saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família	65
ANEXO XI – artigo: Sistema de significados sobre a finalidade do trabalho na saúde da família: uma abordagem qualitativa	66
ANEXO XII – Projecto de estágio: Estágio e Relatório – Planeamento de Actividades	67

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF de S. Domingos em 2010	15
Gráfico 2: Distribuição das famílias segundo a sua etapa do ciclo vital familiar	19
Gráfico 3: Funções das relações com a família extensa	19
Gráfico 4: Sistemas mais amplos das famílias	20
Gráfico 5: Distribuição das famílias segundo a sua notação social, pela escala de Graffar adaptada	21
Gráfico 6: Valores médios totais das famílias, segundo a escala de readaptação social de Holmes e Rahe	23
Gráfico 7: Distribuição das famílias segundo a sua coesão	24
Gráfico 8: Distribuição das famílias segundo a sua adaptabilidade	24
Gráfico 9: Distribuição das famílias segundo o seu tipo pela escala de FACES II adaptada	25

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Figura 1: Esquema elucidativo para a operacionalização do grupo de auto-ajuda concebido.	38
--	----

INDICE DE QUADROS

Quadro 1: Critérios de formulação da pergunta PICO	41
Quadro 2: Resultados dos descritores isoladamente na base de dados EBSCO	41
Quadro 3: Resultados dos descritores associados na base de dados EBSCO	41
Quadro 4: Critérios de Inclusão e de exclusão dos artigos	42

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento científico-tecnológico tem induzido a uma melhoria contínua dos cuidados de saúde, traduzindo-se no aumento da esperança média de vida. Este aumento da esperança média de vida leva a alterações demográficas dos países industrializados, onde a taxa de natalidade não tem acompanhado o aumento do envelhecimento populacional. Portugal à semelhança de outros países do sul da Europa, demonstra um processo de envelhecimento acelerado, reflexo da diminuição da taxa de fecundidade, do aumento da longevidade e da escassez em políticas promotoras de saúde. Este aumento da longevidade implicou um aumento da morbilidade e do grau de dependência das pessoas idosas (DGS, 2004). Em Portugal e segundo dados do INE (2009), o índice de dependência dos idosos no ano de 2008 foi de 26,3%, sendo assim uma preocupação político-social.

Segundo a DGS (2004) o envelhecimento demográfico e as alterações epidemiológicas e de comportamentos sociais e familiares determinam novas necessidades em saúde, urgindo organizar respostas mais adequadas na prevenção de situações de fragilidade e incapacidade que acompanharam o aumento da longevidade. O delineamento de estratégias como o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, idealiza a manutenção da autonomia, independência, recuperação e qualidade de vida da população idosa, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida.

A reorganização das práticas de assistência e promoção de saúde direccionadas para o contexto familiar e domiciliário em detrimento da tendência hospitalocêntrica não é um conceito inovador, tendo surgido nos Estados Unidos em 1887 e sido reconhecido pela OMS em 1959, salientando as vantagens dos cuidados domiciliários (RICE, 2004). Em alguns países é notória a preocupação com o prolongamento da vida dos idosos nos seus contextos domiciliários, sendo as políticas de saúde direccionadas para a criação de redes de apoio aos cuidadores/famíliares, evitando-se a institucionalização precoce de pessoas idosas.

Segundo HANSON (2005) é em contexto familiar que os membros aprendem sobre saúde e doença, sendo onde a maior parte dos cuidados são administrados e recebidos ao longo da vida, pelo que a família assume o papel de potencial aliado na recuperação e manutenção da saúde dos seus membros.

De acordo com o autor supra citado, a responsabilização das famílias pelos cuidados ao seu membro com dependência é algo inato, não se averiguando frequentemente as competências da família para tal; por outro lado, a transferência dos cuidados para a comunidade e a diminuição do tempo de internamento, intensificou as exigências impostas à família, conduzindo a situações de stress e angústia familiar.

Para Friedman (1998), referido por Figueiredo (2009) a família tanto pode apoiar no sentido da reabilitação do seu elemento, como reforçar o seu papel de doente e dependente, dado que depende da sua capacidade de gerir as transições de saúde de cada um dos seus membros.

Assim é indiscutível a importância de uma prática especializada neste campo de actuação, para que as famílias se desenvolvam nas suas potencialidades, com vista ao seu equilíbrio de saúde familiar, sendo o enfermeiro o agente que mais de perto as acompanha, tendo uma posição privilegiada para avaliar e intervir junto das mesmas.

A enfermagem de saúde familiar adquire assim uma importância fulcral neste campo de actuação, uma vez que detém as competências para cuidar da família como um todo, considerando-a como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento nas diferentes fases do seu ciclo de vida (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009). No entanto ainda não existem na prestação de cuidados, enfermeiros com conhecimento especializado nesta área, sendo as suas intervenções frequentemente baseadas no quotidiano da prática clínica, sem um suporte científico que delinieie as intervenções planeadas.

Com o Regulamento n.º 126/2011 publicado em Diário da República n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011 foram definidas as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde familiar, sendo um avanço nas políticas nacionais de saúde, permitindo uma prática especializada e reconhecida, com competências específicas e uniformizadas para os enfermeiros que queiram actuar mais eficientemente neste campo do saber, comunicando ainda aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais.

Durante a prática clínica desenvolvida na comunidade no âmbito do curso de mestrado e em especial em visita domiciliária, várias foram as situações em que me deparei com esta situação, onde as famílias, maioritariamente com um membro idoso dependente, assumiam a responsabilidade do cuidar desempenhando essa tarefa frequentemente com carências formativas e estruturais que impossibilitavam a eficiência desejada, fomentando situações de angústia e stress familiar. A orientação da prática através de um modelo dinâmico, permitiu a estruturação do pensamento no sentido de uma mais fidedigna compreensão da realidade das famílias, conduzindo a intervenções mais eficazes e congruentes com a especificidade de cada uma delas.

As interacções desenvolvidas quer com as famílias, quer com outros agentes, parceiros comunitários mobilizados em prol das necessidades das famílias observadas durante os momentos de visita domiciliária, levaram-me a questionar acerca dessa prática, uma vez que as suas potencialidades me eram desconhecidas dado o meu contexto profissional ser o meio hospitalar. Assim e face aos resultados que fui obtendo pela avaliação e intervenção durante a visita domiciliária, achei importante para o meu processo de construção do saber, reflectir e indagar de forma mais objectiva e científica acerca das potencialidades da visita domiciliária de modo a afirmar cientificamente as intervenções realizadas; bem como a explorar novas estratégias e/ou recursos que poderei mobilizar no futuro, que tenham tido resultados

evidenciados, sendo que procurei, a par e passo ir desenvolvendo uma prática baseada em evidência, integrando os resultados das pesquisas que fui operacionalizando

A reflexão da praxis profissional é assim cada vez mais uma necessidade e uma ferramenta essencial, consolidando os conhecimentos que se possui e dando um novo sentido ao cuidar em enfermagem. No entanto, esta é ainda uma prática pouco valorizada no quotidiano dos profissionais, sendo possivelmente o caminho cada vez mais a trilhar para comprovadamente afirmar a enfermagem de forma mais eficiente e científica. O processo reflexivo deve acompanhar o processo de cuidados em todas as suas fases de uma forma regular e sistemática, propiciando mudanças cognitivas nos profissionais, com vista à melhoria contínua dos seus cuidados, pela actualização, reformulação e incremento dos seus saberes, promovendo a prática baseada na evidência.

A prática baseada na evidência tem ganho aceitação nos cuidados de saúde da maioria dos países ocidentais, produzindo evidência que está em constante evolução e expansão em prol da melhoria da saúde global. É consensual o entendimento de que todos os profissionais de saúde devem exercer a sua prática suportada pela evidência mais actual (PEARSON, WIECHULA, COURT e LOCKWOOD, 2005).

Para Sackett *et al* (1996) referido por Pearson *et al* (2005) a prática baseada na evidência consiste na aplicação consciente, explícita e judiciosa da melhor evidência actual na tomada de decisões sobre o cuidado aos pacientes.

O presente relatório surge no culminar do processo formativo do mestrado, na unidade curricular estágio e relatório, pretendendo o desenvolvimento pessoal e profissional na área da enfermagem de saúde familiar. Este relatório ambiciona relatar as experiências, ganhos e contributos decorrentes do processo de ensino clínico, suportados pela revisão bibliográfica e pesquisa em bases de dados científicas, feitas acerca da temática emergente das reflexões pessoais e das experiências únicas vivenciadas.

No decorrer do documento será feita uma caracterização das famílias seleccionadas, bem como a abordagem sistémico-integrativa realizada, com relevo para as intervenções co-construídas com as famílias, profissionais de saúde e outros parceiros sociais. Posteriormente, serão apresentadas as actividades realizadas em prol da continuidade de cuidados e melhoria contínua e da qualidade, em função da temática de estágio e das necessidades das famílias e profissionais de saúde. Por último será apresentada a pesquisa realizada a partir da metodologia da Revisão Sistemática da Literatura, com a aplicação do devido protocolo organizado para a Prática Baseada na Evidência, assim como as reflexões do julgamento crítico e do processo de amadurecimento pessoal e profissional alcançado.

Assim, com este relatório pretende-se:

- Demonstrar competências na caracterização sistémica familiar, à luz do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar;
- Desenvolver práticas de enfermagem avançada na promoção da saúde familiar;
- Reflectir acerca dos cuidados desenvolvidos com as famílias e parceiros sociais, em função da capacitação, desenvolvimento e equilíbrio familiar aos três níveis de intervenção;

- Fomentar na equipa multi-disciplinar a continuidade de cuidados à família, na melhoria contínua e mais especificamente no desenvolvimento de projectos de qualidade para a enfermagem familiar baseada na evidência;
- Analisar criticamente a prática clínica desenvolvida de acordo com os objectivos traçados para o estágio, à luz da prática baseada na evidência.

1 – DESENHANDO UM NOVO CUIDAR: DE ENFERMEIRA DE CUIDADOS GERAIS A ENFERMEIRA DE FAMÍLIA

A persecução de novas competências, foi neste caso pautada não só pelos conhecimentos ministrados durante a componente teórica do curso de mestrado em enfermagem de saúde familiar, como pelo esforço e sede de saber individual, despertado essencialmente ao longo da componente de prática clínica, que não só permitia afirmar as competências já adquiridas, como clarear o caminho a percorrer na procura de novos conhecimentos.

Assim, estando ambos as componentes tão intrinsecamente entrosadas, não faria sentido abordá-los de forma compartimentada. No entanto e de forma a tornar mais claro os ganhos obtidos com este processo formativo, será feita uma subtil divisão, onde pretendo descrever, analisar e reflectir os ganhos obtidos do contexto de estágio em comunhão com os conhecimentos teóricos adquiridos.

1.1– A AVALIAÇÃO FAMILIAR SEGUNDO O MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR E CONCEPÇÕES PRÉ-ADQUIRIDAS

O estágio teve lugar em contexto comunitário, mais especificamente na USF de S. Domingos, freguesia de Santarém, onde foi possível contactar com diferentes famílias e realidades, bem como formas familiares de cuidar tão distintas como a singularidade de cada ser humano. O estágio foi orientado pelo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar e por um planeamento construído segundo objectivos bem definidos para o período estipulado (Anexo XII), de forma a rentabilizar todo este processo de aprendizagem.

A **USF de S. Domingos** possui uma equipa multiprofissional própria, constituída por 9 médicos, 9 enfermeiros e 7 assistentes técnicos, dispondo ainda do contributo de profissionais de outras áreas, afectos ao ACES do Ribatejo, nomeadamente psicólogo, higienista oral, assistente social, entre outros; no sentido de dar resposta às necessidades do utente, enquanto membro central e participante do processo de cuidados.

De acordo com os dados da ARSLVT (2010), os utentes da USF de S. Domingos apresentam um índice de envelhecimento de 46,62% e um índice de dependência de 79,18%, sendo visível na pirâmide etária dos utentes inscritos na USF de S. Domingos (Figura 1), a predominância da população adulta, em fase activa, levando a um reajustamento da contratualização da unidade face à demanda de serviços de saúde esperados para esta faixa etária.

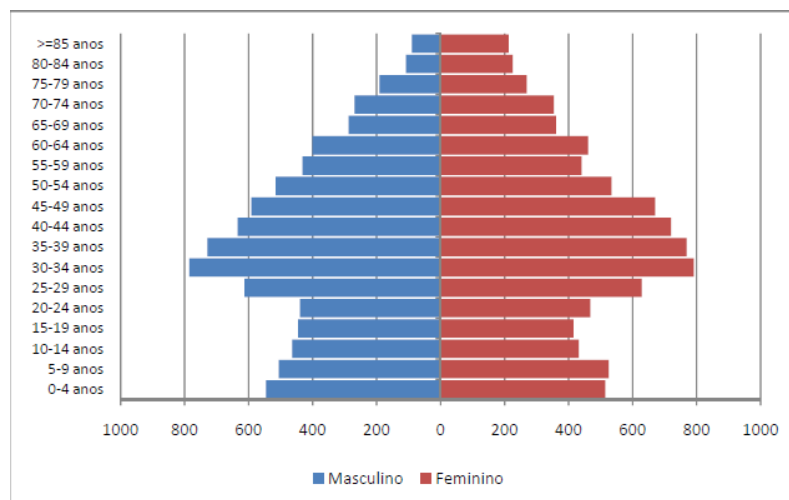


Gráfico 1: Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF de S. Domingos em 2010.

Fonte: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, ACES do Ribatejo

Apesar da população alvo de cuidados da USF ser essencialmente composta por adultos em fase activa, é esperado que este grupo etário não seja a grande demanda de cuidados de saúde, sendo essencialmente constituída por adultos saudáveis, activos laboralmente e que não procurem assiduamente os cuidados de saúde primários.

Para Rice (2004) a maioria dos doentes que usufruem de assistência domiciliária é idosa, sendo que apenas nos anos 90 notou-se o aumento dos cuidados domiciliários na atenção pediátrica e de puerpério.

Assim, desde muito cedo que se tornou claro a necessidade de trabalhar com famílias na quinta etapa do ciclo vital da família, uma vez que as famílias com idoso dependente em casa eram a maior demanda dos cuidados de enfermagem prestados, sendo pela sua situação de dependência, famílias que careciam de cuidados de enfermagem prestados no domicílio, pela visita domiciliária, indo ao encontro dos objectivos deste processo de aprendizagem.

A temática deste relatório emergiu assim da praxis em ensino clínico, orientada pelo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, com ganho significativos na abordagem familiar e no processo de construção do saber.

O **Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar** desenvolvido por Figueiredo (2009) fornece ao enfermeiro uma ferramenta orientadora do pensamento e das práticas, permitindo identificar de forma mais crítica as necessidades das famílias e assim em conjunto com estas, delinear-se as intervenções mais eficientes. Este modelo articula pressupostos dos Modelos de Calgary, com uma linguagem comum, integrando os focos da prática de enfermagem descritos na CIPE à luz de pressupostos do pensamento sistémico. Assim, a sua designação enquanto modelo dinâmico, prende-se com a dinamicidade das suas dimensões de abordagem do sistema familiar, ao longo das suas etapas de desenvolvimento. O MDAIF integra três dimensões interdependentes de avaliação e intervenção familiar, nomeadamente a dimensão Estrutural, a Desenvolvidora e a Funcional, articuladas em função do fortalecimento e equilíbrio da saúde familiar (FIGUEIREDO, 2009).

Hanson (2005, p.7) considera a **saúde familiar** “um estado dinâmico de relativa mudança e bem-estar, que inclui os factores biológico, psicológico, espiritual, sociológico e

cultural do sistema familiar.” Assim de acordo com a mesma autora, a enfermagem de cuidados de saúde à família, consiste no processo de cuidar das necessidades de saúde das famílias, que sejam do âmbito da acção da enfermagem, podendo a enfermagem de família ter como objectivo a família como contexto, como um todo, como um sistema, ou ainda a família enquanto componente da sociedade.

Para Alarcão (2002) à luz do **modelo sistémico**, a saúde familiar é considerada um bem-estar familiar, integrando processos de retro-alimentação num continuum entre a estabilidade e a mudança, conduzindo a reestruturações no sistema familiar ao longo do seu ciclo vital. RELVAS (1996) acrescenta que sob a perspectiva sistémica, a família evolui e ajusta-se devido a pressões recorrentes da vida e em função da sobrevivência do sistema familiar.

Estas mudanças desenvolvimentais ocorrem numa sequência previsível a nível organizacional familiar, com o cumprimento de tarefas específicas, denominando-se essa sequência de **ciclo vital da família**. As etapas que compõem o ciclo vital da família são cinco, sendo ordenadamente a formação do casal, seguindo-se a família com filhos pequenos; posteriormente a família com filhos na escola. A quarta etapa denomina-se por a família com filhos adolescentes e por último, a quinta etapa, sendo a família com filhos adultos (RELVAS, 1996).

Outros autores distinguem outras etapas no ciclo vital da família, sendo comum nas várias correntes de pensamento a necessidade do cumprimento de tarefas específicas ou de momentos significativos para cada etapa. Para Duval (1977) citado por Relvas (1996) a família atravessa oito estádios caracterizados por situações de stress e desequilíbrio familiar, sendo o ciclo vital de Duval considerado no SAPE disponível no contexto de estágio.

Apesar das diferenças entre nomenclatura e o número de etapas que compõem o ciclo vital da família de acordo com o autor, é consensual que a presença de um idoso dependente corresponde a uma das últimas etapas do mesmo, sendo para Relvas (1996) a quinta etapa, denominada como **Família com Filhos Adultos**. Esta etapa é caracterizada por um grande fluxo de entradas e saídas de membros da família, obrigando a uma maior adaptabilidade e flexibilização do sistema familiar, quer devido à saída dos filhos adultos de casa, quer à entrada de um membro idoso por situação de dependência.

O programa de **Cuidados no Domicílio** assume-se enquanto elemento da carteira básica de serviços da USF supra citada, referindo-se aos cuidados de saúde domiciliários direccionados para a resolução de problemas de saúde das pessoas que em situação de dependência global, transitória ou crónica estão impossibilitadas de se deslocarem à USF (PLANO DE ACÇÃO, 2008).

Assim, os cuidados de enfermagem prestados a grande parte da população idosa alvo de cuidados de saúde, têm sido prestados em contexto de visita domiciliária devido à dependência dos mesmos, sendo uma visita que estando estruturada para o âmbito curativo e individual, abordava apenas de forma empírica a família como um todo, fazendo directa ou indirectamente a promoção da saúde familiar enquanto unidade de cuidados, sem que

houvesse uma estrutura condutora e promotora da continuidade de cuidados e/ou uma tradução desses cuidados e dos resultados obtidos.

A **visita domiciliária** também conhecida como visitação domiciliária assume-se enquanto instrumento de realização de assistência domiciliária, sendo constituída por acções planeadas e sistematizadas para viabilizar a promoção, restauro ou manutenção do conforto, função e saúde das pessoas, podendo incluir os cuidados para uma morte digna. A visita domiciliária permite realizar actividades vinculadas aos programas de saúde, tendo em conta a integralidade, universalidade, equidade, acesso e continuidade previstas para os cuidados de saúde (LOPES, 2003).

Embora os enfermeiros de cuidados gerais cumpram um conjunto de competências para uma actuação ético-legal, que visam apoiar o seu cliente em todas as suas etapas de vida, assumindo o seu contexto como peça integrante no planeamento, execução e reavaliação de cuidados e/ou necessidades, estas competências carecem de um desenvolvimento e valoração profissional, na persecução da melhoria contínua aos cuidados à família enquanto núcleo alvo de cuidados. Por outro lado, a formação contínua já contemplada nas competências dos enfermeiros de cuidados gerais, permitem que estes não só alterem concepções e melhorem as suas práticas, como produzam novos saberes em enfermagem, para fortalecimento do corpus de conhecimento desta disciplina e arte de cuidar (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003).

As competências específicas da enfermagem de família assumem uma importância indiscutível na conjectura actual, sendo uma especialização da profissão com uma intervenção diferenciada, tendo um campo de actuação delimitado e com carências identificadas, pelo que será parte central da temática identificada neste processo de formação contínua individual.

De forma simplista, a OMS considera **idoso**, qualquer indivíduo com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento. A incidência de doença no idoso é superior relativamente a outras faixas etárias, conduzindo a um aumento do consumo de bens de saúde e outros recursos. O aumento da dependência nos idosos pode acontecer de forma gradual ou mais abrupta, consoante o estado de saúde e situações agudas de doença (ROPER, LOGAN E TIERNEY, 2001).

Segundo Berger (1995) a filosofia de base da assistência de enfermagem é de respeito pelo idoso em toda a unicidade e totalidade do seu ser, facilitando a manutenção e promovendo a autonomia do idoso. Cuidar de um idoso dependente eficientemente, implica uma reorganização do cuidador, idoso e família, de forma a potenciar os recursos pessoais (SEQUEIRA, 2007).

Em Portugal, o perfil contemporâneo do idoso é marcado pelo desfavorecimento social agravado pela idade, emergindo baixos níveis de rendimento, elevada iliteracia, precariedade das condições habitacionais, elevadas taxas de doenças crónicas, entre outras (MACHADO, 2003), o que contribui para a **dependência do idoso**. A dependência é um fenómeno de enfermagem avaliado quando se verifica que um sujeito está dependente de alguém ou alguma coisa para ajuda ou suporte (ICN, 2006).

A cultura portuguesa responsabiliza as famílias e preferencialmente as mulheres, pelos cuidados dos seus elementos idosos, no entanto, na sequência das transformações sociais, a família depara-se com uma multiplicidade de obrigações e funções, partilhando ou delegando esses cuidados a outros cuidadores, não tendo frequentemente as ferramentas necessárias para o cuidar (FIGUEIREDO, 2009). Assim, repensar a família como alvo e participante de cuidados é imperativo, sendo já reconhecido pela mais actual legislação, tendo-se que adoptar novas concepções para se compreender e intervir no núcleo familiar, promovendo a sua capacitação face às exigências e especificidades durante o seu continuum de desenvolvimento.

A **enfermagem de família** detém as competências requeridas para o cuidar da família como unidade de cuidados e presta cuidados específicos às diferentes fases do ciclo de vida familiar aos vários níveis de prevenção. Considerando a família enquanto a sua unidade de cuidados, promove a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009). Hanson (2005) acrescenta que a enfermagem de família requer o uso de abordagens integradas, de forma a orientar a prática, a investigação e a educação. A mobilização dos diferentes conhecimentos, permitirá a adopção de intervenções específicas e eficazes junto das famílias com necessidades muito próprias.

Segundo FRIEDMAN (1998) referido por FIGUEIREDO (2009) a enfermagem de família tem por base o pensamento sistémico, centrando-se quer no sistema familiar, quer nos individuais, salientando a interacção e reciprocidade verificada entre os membros da família, independentemente das diferentes configurações que as famílias podem apresentar.

Actualmente várias são as configurações consideradas como família, assentando essencialmente nas inter-relações estabelecidas entre os indivíduos, quanto à sua organização, estrutura e funcionalidade, sendo o pensamento sistémico a base para compreender as novas organizações familiares, que se modificaram a par da evolução contextos sociais, havendo reestruturação de papéis, de género, nas relações inter-conjugais e nos processos de recomposição familiar (FIGUEIREDO e MARTINS, 2010).

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2006) a família é assumida de forma sistémica sendo considerada o conjunto de indivíduos apreciados como unidade social ou um todo colectivo, sendo composto por membros unidos consanguíneamente, por afinidades emocionais ou relações legais, incluindo-se as pessoas significativas que fazem parte do grupo. É considerada como um todo, sendo mais do que a soma dos indivíduos e das relações entre si.

A família na perspectiva sistémica de Gameiro citado por Relvas (1996, p.11), “é uma rede complexa de relações e emoções que não são passíveis de ser pensadas com os instrumentos criados para o estudo dos indivíduos isolados”, assim tem de ser vista e cuidada com um todo, uma globalidade apenas compreendida pela perspectiva holística.

As famílias abordadas durante o ensino clínico, tiveram em conta os pressupostos referidos, tendo para este relatório sido seleccionadas um total de cinco, doravante referidas por iniciais por questões ético-deontológicas. Todas elas aceitaram ser parte integrante deste

relatório, após serem informadas do carácter do mesmo e das condições sigilosas a que está obrigado.

Quanto à tipologia das famílias, 60% das famílias eram alargadas, 20% eram do tipo monoparental liderada pela mulher e os restantes 20% correspondiam ao tipo nuclear.

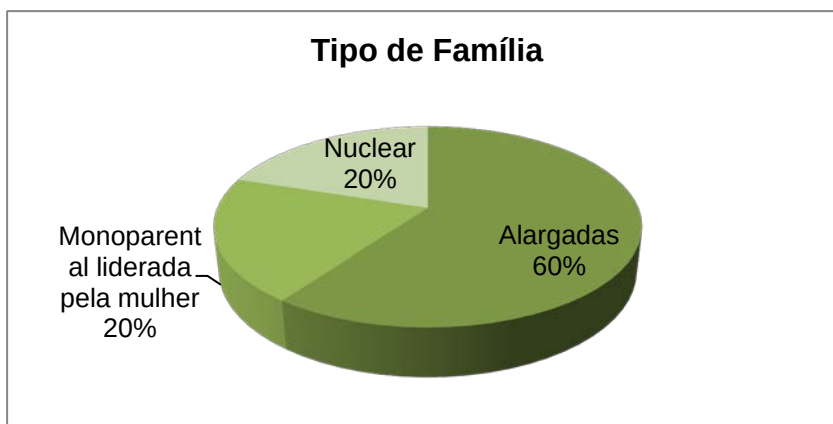


Gráfico 2: Distribuição das famílias segundo a sua etapa do ciclo vital familiar

Quanto às relações estabelecidas com a família extensa, todas as famílias referiram o apoio emocional recebido. Quatro das famílias referiram a companhia social e apenas uma família respondeu que recebia da família extensa regulação social.

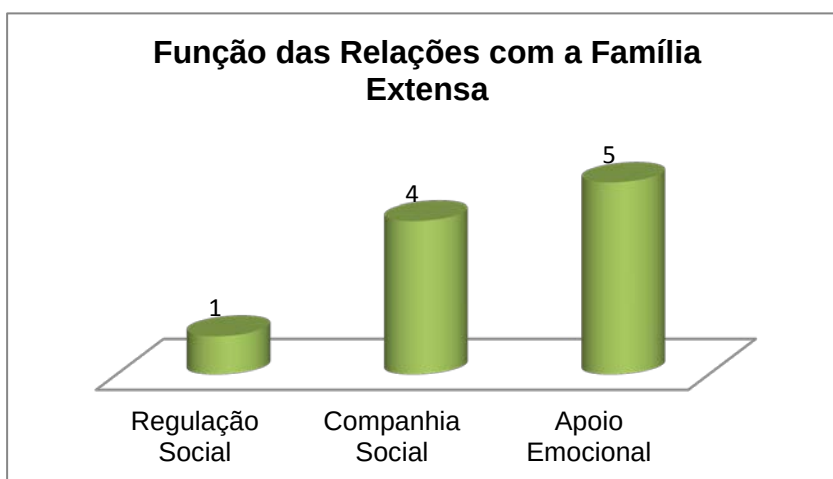


Gráfico 3: Função das relações com a família extensa.

No que concerne aos sistemas mais amplos, todas as famílias recorriam a sistemas de saúde, considerando os enfermeiros da USF de S. Domingos um sistema fundamental do seu quotidiano. Duas das famílias, referiram como importantes os amigos, uma das famílias pela possibilidade de recorrerem a um médico amigo, que se disponibilizava em apoiar a família em recursos médicos, consultando no domicílio o membro dependente quando solicitado pela família. Outra das famílias abordadas, referiu uma vizinha amiga da família, que cuidava da idosa dependente durante o período em que o principal cuidador se encontrava em horário laboral. Foi ainda perceptível ao longo do decorrer das interações que existia uma relação geradora de stress entre a família D. e outra instituição dos sistemas mais amplos,

nomeadamente a autarquia local, devido às condicionantes de acessibilidade à residência da família.

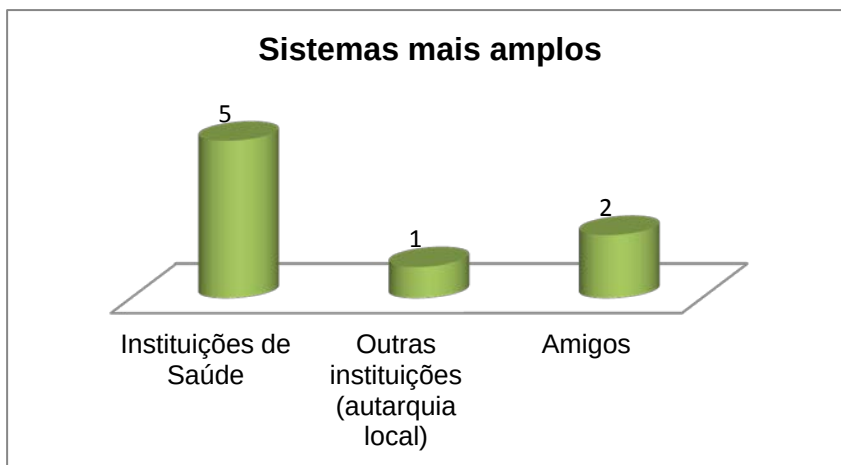


Gráfico 4: Sistemas mais amplos das famílias.

A família D. apresenta constrangimentos na acessibilidade ao seu edifício residencial, uma vez que o acesso é possível apenas por uma única estrada, sem pavimento alcatroado e de largura reduzida. O acesso é ladeado pela linha ferroviária e por uma encosta sem protecção anti-aluimento, sendo um factor de stress do quotidiano de toda a família, atribuindo à principal prestadora de cuidados maior ansiedade, pelo facto de nas intempéries ficarem isolados, sem acesso possível para a entrada e saída de viaturas, tendo já presenciado numa situação de urgência, a sua mãe idosa dependente, ser transportada numa maca de bombeiros ao longo da linha ferroviária até à estrada transitável mais próxima.

Para HANSON (2005) o **stress** pode ser causador de uma situação de crise, podendo contribuir para o declínio do funcionamento da família, ou até mesmo à desorganização do grupo familiar, possibilitando posteriormente a sua recuperação e reorganização. Esta teoria de stress, segundo a autora, realça a importância da enfermagem de família, ao trabalhar os recursos familiares, mobilizando os seus pontos fortes na adopção de estratégias de *coping* ao factor de stress.

O **stress do prestador de cuidados** é um tipo de *coping*, onde se adoptam disposições para gerir a pressão física e psicológica de um prestador de cuidados, que cuide de um familiar ou pessoa significativa durante longos períodos de tempo. O Prestador de cuidados em situação de stress demonstra uma diminuição da capacidade de resolução de problemas, como resposta às exigências da prestação de cuidados (ICN, 2006).

Esta família havia já desenvolvido esforços junto à câmara municipal de Santarém, no sentido de solucionar o problema, tendo no entanto constatado dificuldade em ser recebida, não obtendo qualquer resposta por parte destas autoridades, predispondo-se a família a negociar com a autarquia, pagando a funcionários anualmente que lhe resolvam situações pontuais e de maior urgência, se a câmara municipal fornecesse os recursos materiais necessários para o efeito, cujo custo até ao momento era também suportado pela família.

Para avaliação da notação social das famílias, foi aplicada a escala de Graffar adaptada, tendo sido avaliados em todas as famílias os cinco itens propostos pela escala.

A **escala de Graffar** avalia as condições sócio-económicas da família, permitindo classificar a sua classe social, conhecendo mais pormenorizadamente os seus recursos e possíveis factores de stress, possibilitando prever algumas condições de risco, bem como alterações de comportamentos de saúde e de desenvolvimento psico-social. As características da família são classificadas nos cinco itens, profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspecto da zona habitacional, permitindo assim concluir a classe social da família, numerada de I (classe alta) a V (classe baixa) (FIGUEIREDO, 2009).

Das famílias avaliadas, 60% situava-se na classe social média, 20% na classe social média alta e 20% na classe social média baixa, correspondendo à família E.

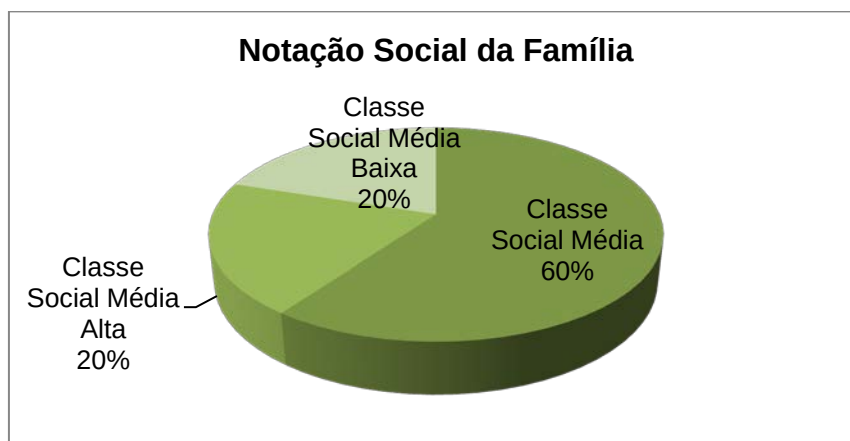


Gráfico 5: Distribuição das famílias segundo a sua notação social, pela escala de Graffar adaptada.

A classificação de uma das famílias abordadas em classe social média baixa, suscita-nos por si só a atenção a potenciais riscos a que esta família poderá estar exposta, implicando a análise específica de cada um dos seus itens, de forma a concluir quais os pontos onde a família poderá estar mais desfavorecida e susceptível a riscos de saúde/desequilíbrio familiar.

O “tipo de habitação” da família E. obteve uma pontuação de grau 4, dado tratar-se de uma habitação antiga, apresentando somente os electrodomésticos essenciais e de menor nível. A idosa dependente encontrava-se num quarto interior, sem ventilação ou janelas para o exterior e sem climatização, obrigando a um excesso de roupa na cama, com consequente aumento do peso sobre toda a superfície corporal da senhora. A cama era tradicional, sem articulação ou barreiras protectoras de segurança.

Relativamente ao edifício residencial, todas as famílias apresentavam barreiras arquitectónicas, sendo um constrangimento no seu quotidiano ou factor de risco.

Quanto à **Dimensão Desenvolvimental**, todas as famílias encontravam-se na quinta etapa do ciclo vital familiar, de acordo com a classificação de Relvas (1996) já mencionada, havendo um membro da família dependente, sendo os cuidados de enfermagem prestados no domicílio, dada a existência dessa situação de dependência.

A responsabilização das famílias pelos cuidados ao seu membro dependente é algo inato, intensificando as exigências impostas à família, gerando situações de stress e angústia familiar. O stress pode conduzir a uma crise que contribua para o declínio do funcionamento familiar, sendo necessária uma intervenção especializada que mobilize os recursos familiares,

usando os seus pontos fortes na adopção de estratégias de *coping* ao factor de stress (HANSON, 2005). Para Sequeira (2007), cuidar de um idoso dependente eficientemente, implica uma reorganização do cuidador, idoso e família, de forma a potenciar os recursos pessoais.

Admitindo a família como unidade potencial de sucesso, as crises são consideradas oportunidades de mudança, permitindo à família evoluir para um nível de funcionamento mais diferenciado e complexo. A gestão adequada de estratégias de solução de problemas, possibilitará à família evoluir positivamente, criando as suas próprias estratégias de *coping* (FIGUEIREDO, 2009).

A **Dimensão Funcional** refere-se essencialmente aos padrões de interacção familiar que sustentam o desempenho das funções e tarefas familiares e aos valores que regem a concretização dos objectivos, através de processos evolutivos que garantem a continuidade familiar. Na dimensão funcional são consideradas duas dimensões, a instrumental e a expressiva, sendo que a primeira relaciona-se com as actividades de vida da família, enquanto que a segunda incide nas interacções entre os membros da família (FIGUEIREDO, 2009).

No que concerne à **Dimensão Funcional Instrumental**, todas as famílias apresentam membro dependente na maioria das suas actividades de vida, por distintas causas, estando os auto-cuidados comprometidos. Nas famílias era clara a existência de um prestador de cuidados principal. Em todas as famílias à excepção da família E., esta situação de dependência era uma condição já instalada e à qual já estavam adaptadas, demonstrando os familiares os conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho adequado do seu papel.

O papel de prestador de cuidados consiste no papel desempenhado pelo indivíduo segundo a responsabilidade de cuidar de outra pessoa, interiorizando as expectativas sobre si pelas instituições e profissionais de saúde, membros da família e sociedade, relativamente aos comportamentos adequados do papel de um prestador de cuidados (ICN, 2006).

Em todas as famílias era notório o impacte da assunção da responsabilidade de prestação de cuidados, obrigando as famílias e os principais prestadores de cuidados a uma rotina instituída, com restrições sociais incontornáveis pelos variados motivos, como por exemplo o não usufruto de férias em família há algum tempo ou o planeamento das férias em função das limitações do membro dependente.

Nas famílias D. e A. os principais prestadores de cuidados não usufruíam de férias em família há vários anos, não havendo intersubstituição das responsabilidades do cuidar entre os membros das famílias. Na família R., por o membro dependente demonstrar fobia social, existia o isolamento social impossibilitando as férias fora do domicílio. Na família L. e E. as limitações funcionais e as necessidades de cuidados de saúde especializados de âmbito curativo são assumidas como impossibilitadoras de momentos de férias.

A família E. encontrava-se num momento de readaptação familiar pelo aumento acentuado da dependência de um dos seus elementos, não tendo o principal prestador de cuidados os conhecimentos adequados ao papel.

Na **Dimensão Funcional Expressiva**, foram aplicadas as escalas de Readaptação Social de Holmes e Rahe, a FACES II adaptada e o APGAR familiar de Smilkstein.

A **escala de readaptação social de Holmes e Rahe** pretende identificar eventos familiares geradores de stress, predizendo o risco de surgirem doenças psicossomáticas em membros da família (FIGUEIREDO, 2009).

Das famílias caracterizadas, apurou-se que 60% tinham um valor médio total inferior a 150, pelo que apresentavam menor probabilidade de incidência de doenças e 40% tinham um valor médio total entre 200 e 300, sendo nomeadamente as famílias A. e E., pelo que de acordo com Caeiro (1991) demonstravam 50% de probabilidade de adoecer por algum tipo de doença física e/ou psíquica, enfatizando a importância de uma intervenção adequada e eficaz.

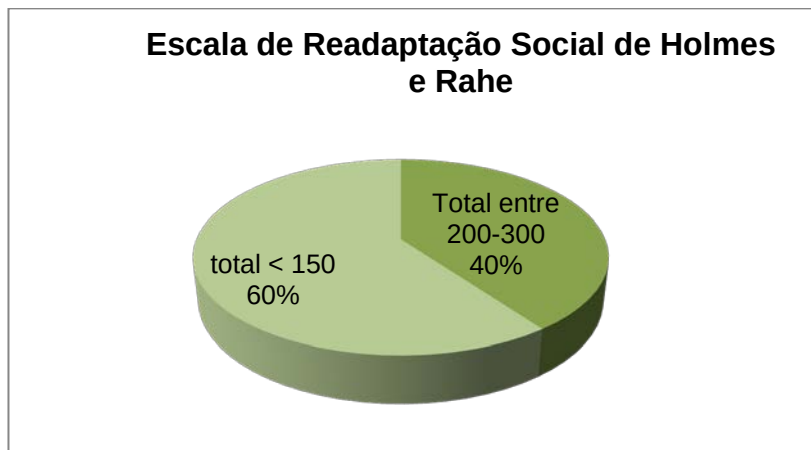


Gráfico 6: Valores médios totais das famílias, segundo a escala de readaptação social de Holmes e Rahe.

A família A. apresentou um valor médio de 298, dado no último ano o principal prestador de cuidados da idosa dependente ter-se reformado, o filho mais velho nascido em 1988 ter saído de casa, tendo vivenciado juntamente com a sua namorada uma gravidez não planeada, obrigando a uma readaptação da família face à nova realidade, quer pela saída do filho de casa, quer pela chegada de um novo elemento à família de forma não planeada. Por outro lado, com a reforma do elemento que se veio a assumir como principal provedor de cuidados, houve uma clara mudança nas condições de vida e a consequente alteração dos hábitos pessoais, traduzindo-se num risco de 50% de probabilidade de adoecer segundo os acontecimentos contemplados pela escala.

A família E. apresentou um valor médio total de 248, dado no último ano ter sido sujeita a transições normativas, decorrentes do processo desenvolvimental. Esta família experienciou a morte precoce de um familiar próximo por situação de neoplasia gastrointestinal, teve de se readaptar à realidade do aumento da dependência de um dos seus membros, obrigando à mudança dos hábitos pessoais e das condições de vida e económica da família. Este conjunto de situações induziu à alteração nas actividades sociais e de diversão, bem como à modificação do número de horas de sono e de reuniões familiares.

No que concerne a relações de influência e poder verificou-se que invariavelmente o membro familiar com maior influência e poder dentro do núcleo familiar eram os prestadores de cuidados principais, sendo esta percepção partilhadas pelos restantes membros das famílias com os quais foi possível contactar, havendo uma satisfação recíproca relativamente a esta situação.

Em sintonia com o disposto anteriormente, quanto a alianças entre os membros da família, estas ao existirem eram subteis, sem uma característica dominadora, existindo pontualmente nas famílias onde se verificavam familiares que embora não se assumindo como principais prestadores de cuidados, detinham os conhecimentos e habilidades para o desempenho do papel, sugerindo uma clara correlação entre os conhecimentos, habilidades e responsabilidades com a detenção de maior poder ou de alianças dentro do seio familiar.

A **escala de FACES II** adaptada permite avaliar a coesão e adaptabilidade da família, bem como o tipo de família resultante do tipo de coesão e adaptabilidade demonstrados. A escala consiste num questionário de 30 questões fechadas, sendo as respostas dos membros da família avaliados em scores de acordo com cálculos efectuados.

Assim obteve-se relativamente à coesão familiar, 20% das famílias eram separadas, correspondendo a uma família, nomeadamente a família E. As restantes famílias, que correspondem a um total de 80% assumiam-se enquanto ligadas.

Segundo Nunes (2008) a coesão reflecte os laços emocionais que existem na família e que unem os elementos entre si, permitindo a avaliação da reacção da família perante a separação e a aproximação, sugerindo que pelos resultados obtidos, todas as famílias já se tinham adaptado às situações de dependência do idoso dependente no domicílio, à excepção da família E., cuja situação de dependência era recente no núcleo familiar.

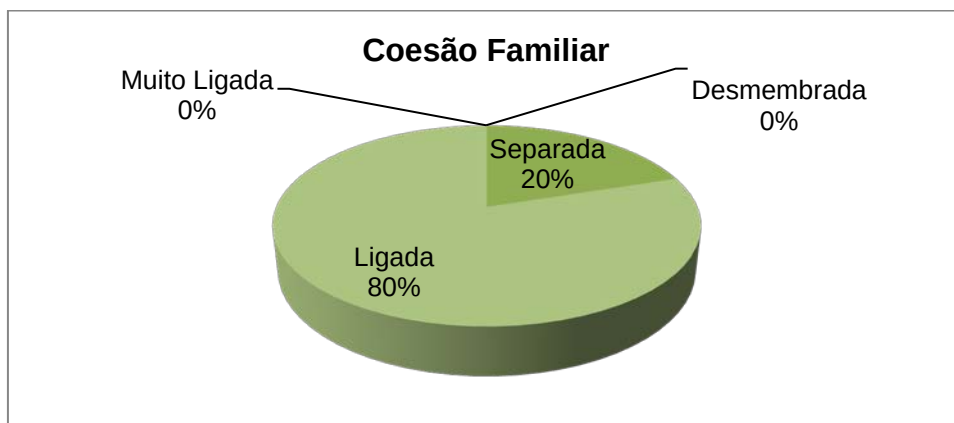


Gráfico 7: Distribuição das famílias segundo a sua coesão.

Quanto à adaptabilidade familiar, compreende-se que 40% das famílias assumiam-se enquanto estruturadas, correspondendo às famílias A. e E., sendo as restantes 60% classificadas como muito flexíveis, nomeadamente as famílias D., L. e R..

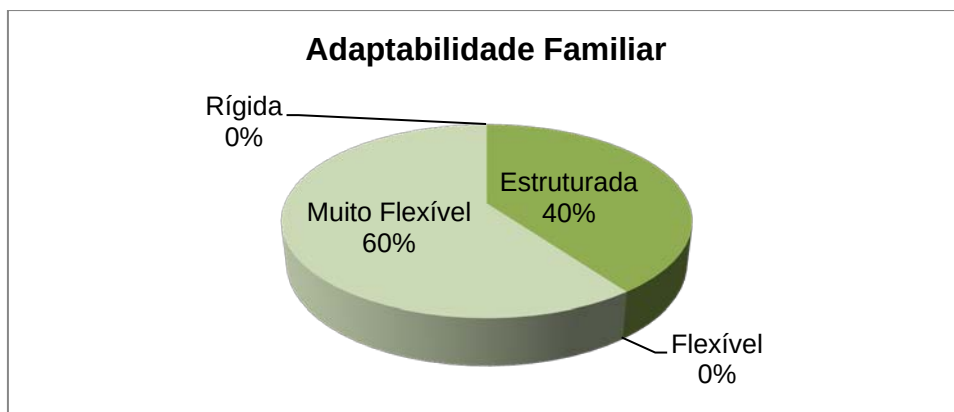


Gráfico 8: Distribuição das famílias segundo a sua adaptabilidade.

De acordo com a mesma autora supracitada, a adaptabilidade consiste na capacidade do sistema familiar reorganizar a sua estrutura no que diz respeito à posição de poder, aos papéis e regras presentes na unidade familiar em função de factores de stress, na manutenção do equilíbrio e estabilidade.

A utilização de instrumentos de avaliação familiar, otimiza a comunicação terapêutica e permite a compreensão da funcionalidade familiar, no entanto, estes instrumentos não detêm um valor diagnóstico, devendo ser integrados numa avaliação mais aprofundada. Esta avaliação contínua permitirá a formulação de diagnósticos congruentes com os problemas sentidos pela família (STANHOPE e LANCASTER, 1999).

Pela continuidade dos contactos feitos com as famílias no decorrer do ensino clínico, foi possível depreender-se que apesar das famílias se percepcionarem enquanto muito flexíveis, nem sempre esta percepção é congruente com a percepção dos profissionais de saúde, sendo isto claro na família R. Esta família classificada enquanto muito flexível, era uma família onde as rotinas e regras eram fundamentais, pela situação de alteração comportamental da idosa dependente. Esta senhora vivia em “isolamento social” por sociofobia de acordo com informação fornecida pela filha, situação agravada desde a viuvez há cerca de 18 anos, sendo que segundo a filha, esta situação já tinha manifestações anteriores à morte do seu pai. Por isto, as rotinas da família eram criadas em torno desta limitação, impossibilitando o usufruto de férias ou de actividades de lazer dos membros que compunham o agregado familiar, bem como a realização de cuidados de âmbito diagnóstico e/ou curativo por pessoas não familiares, o que era um claro constrangimento para a acessibilidade desta família aos recursos sociais.

Relativamente ao tipo de família, de acordo com a avaliação da escala de FACES utilizada, obteve-se que 20% das famílias eram do tipo meio-termo, correspondendo à família E., 40% das famílias eram do tipo equilibrado, sendo nomeadamente as famílias A. e L. e as restantes 40% das famílias (famílias R. e D.) situavam-se entre o tipo equilibrado e muito-equilibrado.

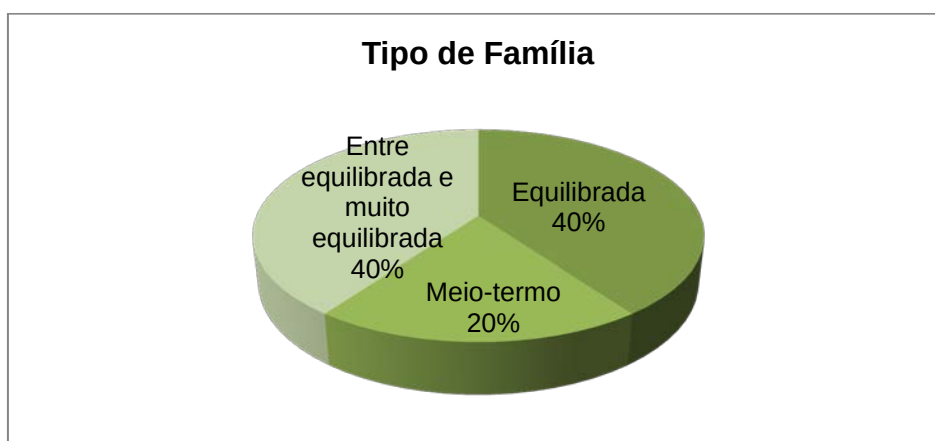


Gráfico 9: Distribuição das famílias segundo o seu tipo pela escala de FACES II adaptada.

O **APGAR familiar de Smilkstein** é um instrumento que avalia a percepção dos membros relativamente à funcionalidade da família, devendo ser aplicada a cada um dos membros do agregado familiar.

Durante as interações realizadas junto das famílias, foi possível a aplicação desta escala a todos os membros das famílias, exceptuando-se os membros em situação de dependência cuja capacidade de comunicação estava também alterada, não sendo possível contar com as suas colaborações. Nos membros familiares aos quais foi aplicada esta escala, foi-se obtido invariavelmente a mesma avaliação final, sendo que todas as famílias se percebiam como altamente funcionais.

A aplicação destes instrumentos às famílias abordadas permitiu não só determinar e compreender os resultados apresentados, como também partilhar momentos chave para fomentar uma parceria de cuidados. Esta relação de proximidade indutora de momentos reflexivos, teve um claro contributo para a diferenciação dos cuidados, especializados na atenção à família. Assim e embora tenha sido fundamental a utilização destes instrumentos no período de ensino clínico, as interações continuadas foram sem dúvida determinantes para a real percepção das estruturas e dinâmicas familiares das famílias abordadas, alicerçando-se pela empatia a co-construção de uma aliança de cuidados.

1.2– PLANEAMENTO E INTERVENÇÃO FAMILIAR: A CO-CONSTRUÇÃO DE UMA ALIANÇA DE CUIDADOS

Enquanto enfermeira prestadora de cuidados gerais em contexto hospitalar, várias foram as concepções pessoais que alterei ao longo deste processo formativo, contribuindo para a melhoria das minhas práticas. A visita domiciliária constituiu-se como um momento singular de aprendizagem, com claro impacto nas famílias e nos profissionais de saúde. No entanto e apesar de, esta ser uma estratégia amplamente utilizada pelas equipas multidisciplinares, penso que muitas vezes é utilizada de forma normativa e pouco reflectida, sem uma clara percepção da sua importância e da sua potencialidade em ganhos de saúde, carecendo de uma mobilização mais criteriosa e simultaneamente mais eficaz. No entanto e apesar desta percepção, surge a inquietação de saber como utiliza-la de forma mais eficiente em prol das famílias com idoso dependente, mais especificamente na área de atenção da enfermagem de saúde familiar.

Segundo Collière (1999) o campo de acção da enfermagem engloba não só, tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, no sentido de prevenir e limitar a doença, como também o que revitalize alguém em processo de doença.

Os cuidados planeados e prestados às famílias surgiram das necessidades concretas das mesmas e de um constante processo reflexivo em busca da melhoria, assumindo-se como um contrato de acção partilhado por todos os intervenientes. Para que estas intervenções fossem fundamentadas e adequadas às reais necessidades das famílias, houve a necessidade no decorrer do ensino clínico de iniciar o protocolo de revisão sistemática de literatura, indagando que respostas se poderiam fornecer a estas famílias, com necessidades que ultrapassavam as práticas ministradas no quotidiano. Assim foram mobilizados alguns estudos pesquisados no decorrer do período de ensino clínico, que forneciam conhecimentos adequados às problemáticas identificadas em conjunto com as famílias, no sentido de ultrapassar lacunas nas

intervenções e com vista ao desenvolvimento de competências em enfermagem avançada de saúde familiar. Embora se tenha procedido à revisão sistemática da literatura numa fase mais inicial do processo formativo, esta será abordada e explicitada mais concretamente *a posteriori* no corpo deste relatório.

1.2.1 - Cuidados de enfermagem desenvolvidos

A prática baseada na mais actual evidência orienta os profissionais de saúde para o desenvolvimento de competências mais eficientes e cientificamente comprovadas, sendo uma ferramenta de reflexão e orientação para a praxis, em prol do cliente alvo de cuidados, quer seja este assumido individualmente ou em grupo, como no caso das famílias, que detêm características e dinâmicas muito próprias. Assim, serão apresentados os cuidados planeados e desenvolvidos com as famílias enquanto sistema, bem como aos indivíduos individualmente ou com outros profissionais de saúde ou agentes comunitários, independentemente dos níveis de cuidados a que se reportam, mas apenas aqueles que se demonstraram essenciais para a alteração de concepções e para a transição de uma nova identidade profissional.

Os cuidados prestados às famílias tiveram lugar em contexto de visita domiciliária, indo de encontro às referências de literatura pesquisadas no decorrer do ensino clínico, que corroboram a visita domiciliária enquanto espaço privilegiado para os cuidados de enfermagem à família, confirmando deste modo a eleição desta estratégia para interacção com as famílias.

Para Oliveira e Tavares (2010) a atenção domiciliária facilita a compreensão do espaço social dos sujeitos e familiares favorecendo a apreensão da sua realidade complexa e dinâmica sensibilizando os profissionais de enfermagem para a revisão das suas práticas e cognições numa reflexão que busca as transformações do cuidado. A proximidade com a comunidade em contexto de visita domiciliária permite actuar de forma mais contextualizada na realidade do idoso em seio familiar.

Foco: Papel prestador de cuidados	Juízo: Adequado em grau elevado
Portador: Família R., A., D. e L.	
Dimensões: Conhecimento do papel do prestador de cuidados sobre os Auto-cuidados avaliados demonstrado	
Diagnóstico: Papel de prestador de cuidados adequado em grau elevado	

Foco: Papel prestador de cuidados	Juízo: Demonstrado em grau reduzido
Portador: Família E.	
Dimensões: Conhecimento do papel do prestador de cuidados sobre os Auto-cuidados avaliados demonstrado em grau reduzido	
Diagnóstico: Papel de prestador de cuidados demonstrado em grau reduzido	

Intervenções: • Avaliar os conhecimentos do prestador de cuidados • Identificar necessidades da idosa dependente • Identificar dificuldades do prestador de cuidados • Mobilizar recursos internos da família • Motivar o prestador de cuidados	• Instruir o prestador de cuidados • Gerir a segurança do ambiente • Mobilizar rede da comunidade • Colaborar com o prestador de cuidados • Avaliar progressos do prestador de cuidados • Elogiar progressos do prestador de cuidados
--	--

Dado a situação de dependência ser algo recente na família E., filho a idosa dependente e principal prestador de cuidados demonstrava conhecimentos em grau reduzido para o desempenho do papel.

O cuidado de enfermagem visa auxiliar o cliente e seus familiares a identificar recursos para a resolução de problemas e para a tomada de decisão. Assim o foco do cuidado está em capacitar a família para que esta possa suprir as suas necessidades, em especial no processo saúde-doença, mobilizando recursos, promovendo apoio mútuo e crescimento conjunto (OLIVEIRA e TAVARES, 2010).

O filho foi informado dos recursos da comunidade disponíveis para suprir as necessidades de cuidados da sua mãe, tendo optado o prestador de cuidados por manter a senhora em casa e não pela institucionalização da mesma, não só pelo cuidado familiar que pretendia proporcionar como por questões financeiras, uma vez que o rendimento familiar seria insuficiente para fazer face às despesas acrescidas da institucionalização da senhora.

Oliveira e Tavares (2010) admitem que as famílias representam maioritariamente a principal fonte de sustento e de apoio aos idosos, envolvendo a delegação do acto de cuidar entre outras questões importantes, um ónus financeiro considerável.

Foco: Rendimento familiar	Juízo: Não insuficiente
Portador: Família E.	
Diagnóstico: Rendimento familiar não insuficiente.	

O prestador de cuidados requereu apoio domiciliário numa IPSS para higiene e conforto da doente diariamente em dias úteis devido ao seu horário laboral e negociou no seu local de trabalho a flexibilidade da pausa para almoço para conciliar com os horários da visita de enfermagem e para prestar cuidados à sua mãe. Mobilizou ainda os seus recursos internos identificados em parceria com os profissionais de cuidados, sendo apoiado por uma sobrinha e por uma vizinha de forma mais assídua, sendo que esta última permanecia no seu domicílio durante o seu horário laboral.

Nesta família caracterizada inicialmente como separada pela avaliação da coesão segundo a escala de FACES II adaptada foi importante identificar as potencialidades e recursos internos da própria para se adaptar à sua nova realidade de dependência no núcleo familiar, bem como a mobilização de recursos da comunidade para apoio instrumental de cuidados. Seria

pertinente com a continuidade de cuidados a esta família, a reavaliação das escalas aplicadas, de forma a confrontar os resultados obtidos após a diferenciada intervenção de enfermagem.

A idosa era alimentada por SNG por recusa alimentar, sendo totalmente dependente nos auto-cuidados alimentar-se, higiene e vestir-se e mobilização.

Foi feita a instrução do prestador de cuidados principal e posteriormente da vizinha acerca dos cuidados por eles desempenhados e dos riscos associados a esta situação de dependência, tendo sido elaborados uns folhetos de fácil leitura e compreensão (Anexo I) para os ajudar em qualquer dúvida relacionada com esta situação. Durante as interações foi notório o gradual melhoramento do estado de hidratação da senhora.

A idosa dependente encontrava-se numa divisão interior, sem ventilação ou luz natural e numa cama tradicional. Após a negociação e a identificação com o prestador de cuidados de estratégias para melhores cuidados à senhora, esta foi transferida para outra divisão, anteriormente uma pequena sala, onde usufruía de luz e ventilação natural, tendo sido adquirido uma cama articulada com grades anti-queda para maior conforto da senhora, assim como um colchão de pressões alternadas para prevenção de zonas de pressão. Foi instruído o prestador de cuidados para a importância da alternância de decúbitos, mesmo com estes novos equipamentos adaptativos.

Posteriormente, foi observado um excesso de peso sobre a superfície corporal da senhora, devido à acumulação de cobertores sobre a mesma. Foi informado dos riscos que dessa situação advinham, tendo o prestador de cuidados adquirido um aquecedor eléctrico para a divisão, que se encontrava de acordo com as normas de segurança e proporcionava um ambiente físico agradável, sem necessidade do excesso de roupa de cama. Este tipo de ensinamentos feitos à família propiciou o fortalecimento do vínculo profissional-cliente, numa co-responsabilização dos cuidados dos intervenientes. Embora na minha praxis em contexto hospitalar várias sejam as situações onde procedemos ao ensino da família, estas são de âmbito mais genérico e instrumental pois têm somente em consideração as necessidades básicas da pessoa dependente não sendo adaptados e sensíveis à realidade da família como um todo, uma vez que nem é avaliada a família nessa perspectiva integrativa.

Foco: Processo ambiental		Juízo: Comprometido
Portador: Família D.		
Diagnóstico: Processo ambiental comprometido		
Intervenções: • Avaliar o ambiente • Gerir a segurança do ambiente • Avaliar o apoio social • Orientar para serviço social		• Coordenar serviço social • Trabalhar em rede • Colaborar com o assistente social • Gerir limitações sociais

Os claros constrangimentos de acessibilidade da família D. ao seu edifício residencial, levaram ao comprometimento do seu processo ambiental, tendo a família já procurado solucionar esta situação junto das autoridades competentes. Apesar de nos últimos

quatro anos, estas tentativas se terem demonstrado infrutíferas, foi negociado com a família a possibilidade de sinalizar esta situação junto de outras instâncias.

O ambiente natural pela limitação da locomoção ou da socialização, condiciona os indivíduos na sua vivência, pelo que a saúde e seus determinantes devem ser pensados na dimensão social, cultural e económica onde o indivíduo e sua colectividade se inserem (SANT'ANNA, CEZAR-VAZ, CARDOSO, ERDMANN e SOARES, 2010).

Assim, foi contactado e informado o serviço de apoio social da câmara municipal de Santarém, tendo sido posteriormente agendada e realizada uma visita conjunta ao local, de forma a identificar e catalogar fotograficamente a situação. Após o mesmo, foi redigido e aprovado pela coordenadora da USF de S. Domingos um breve relato da situação de forma a dar início a uma série de formalidades, com vista à resolução da situação, podendo este ser consultado no Anexo II, estando devidamente censurado por questões sigilosas.

O trabalho da enfermagem salienta-se enquanto potência propulsora de acções interactivas e integrativas na interface com os restantes agentes da comunidade, podendo ser caracterizado como articulador do trabalho multi-profissional ao intervirem nas várias dimensões de saúde e doença dos indivíduos, famílias, grupos ou no contexto sócio-ambiental comunitário (SANT' ANNA *et al.*, 2010).

Durante a morosidade burocrática verificada, vários foram os contactos com a autarquia referida, estando sempre o processo em avaliação por diferentes instâncias. Foi ainda solicitada uma audiência conjunta com a família D. e com o Sr. Vereador João Leite, que acumula os pelouros do desporto, juventude, obras municipais, PDM, planeamento estratégico e ordenamento do território e urbanismo e obras particulares, não tendo esta sido possível devido à dificuldade de disponibilidade do Sr. Vereador. Após os diversos contactos, foi realizada uma peritagem das autoridades competentes ao local de residência da família D., tendo sido verificada pelos mesmos as condições de acessibilidade do único acesso viário possível, tendo o resultado da peritagem sido entregue por carta à família após o término do ensino clínico, podendo esta ser consultada no Anexo III.

Na continuidade da abordagem familiar por parte dos enfermeiros do contexto, seria importante a gestão das limitações sociais com que esta família se depara e o planeamento de possíveis novas acções a tomar, com vista à resolução possível desta situação. Por outro lado começa a surgir a necessidade de indagar de forma mais criteriosa o papel do enfermeiro de família face às necessidades das suas famílias em contexto de visita domiciliária, clarificando o percurso a desenvolver por meio de acções cientificamente comprovadas.

A comunidade enquanto contexto sócio-ambiental, condiciona e determina não só o processo de saúde como o de doença, na óptima da relação entre os indivíduos e os sistemas ambientais em que vivem, desenvolvendo-se efeitos de acção e reacção que interferem nos estados de vida em comunidade, bem como na construção do ambiente físico-social (SANT'ANNA *et al.*, 2010).

As limitações verificadas ao longo das intervenções com as várias famílias, mas muito mais concretamente com esta família, identificaram muito claramente a importância das condições da comunidade bem como do trabalho desenvolvido em rede em prol da saúde

familiar, complementando-se os diferentes saberes, estratégias e autonomias dos vários técnicos de saúde ou da comunidade, na gestão da saúde familiar.

Foco: Processo familiar		Juízo: Disfuncional
Portador: Família R.		
Dimensões: • Comunicação familiar não eficaz • Coping familiar não eficaz • Interação de papéis familiares não eficaz		
Diagnóstico: Processo familiar disfuncional.		
Intervenções: • Promover a comunicação expressiva de emoções • Optimizar padrão de assertividade • Negociar estratégias adaptativas na família		• Promover coping na família • Avaliar saturação do papel • Orientar para serviços sociais • Requerer serviços de saúde (psicologia) Avaliar barreiras à adesão

A família R., era constituída pela idosa dependente de cuidados e pela filha solteira, principal prestadora de cuidados. A idosa apresentava uma alteração de comportamento não diagnosticada e não medicada, manifestada pelo isolamento social a que se resguardava, não saindo do seu domicílio há cerca de 18 anos, situação já pré-existente mas que se tinha agravado desde a morte do seu cônjuge e com a deterioração da sua condição física. Era cuidada quase em exclusivo pela sua filha solteira, recebendo apoio da sua outra filha em situações onde as obrigações laborais impediam a principal prestadora de cuidados de estar presente.

A idosa dependente embora mantivesse a capacidade de comunicar apenas o fazia quando sentia uma relação de confiança com as pessoas, sendo que reagia negativamente à presença de pessoas estranhas ao seu quotidiano. A equipa de enfermagem realizava visitas domiciliárias bi-semanais para realização de pensos de úlceras varicosas dos membros inferiores, detendo com esta família uma relação de confiança que proporcionava não só a comunicação da idosa dependente como também a manifestação das angústias da filha cuidadora.

Este isolamento social desta família acarretava claros constrangimentos para a procura de bens de saúde, sendo necessário mobilizar vários recursos comunitários para que a assistência da família fosse exclusivamente no domicílio, como por exemplo a realização de consulta de dermatologia, realização de doppler venoso e a realização de análises.

A principal prestadora de cuidados referia não ter disponibilidade para actividades de lazer ou para assumir compromissos amorosos com qualquer pessoa, resignando-se ao seu papel de prestadora de cuidados e de trabalhadora desde o falecimento do seu pai há 18 anos. Os vários contactos com esta família permitiram compreender que a comunicação e coping familiares não eram eficazes, levando a uma interação de papéis familiares não eficaz, o que

se traduzia consequentemente na saúde individual dos membros desta família, num ciclo vicioso.

As enfermeiras relacionam o continuum saúde-doença com os factores que condicionam as relações interpessoais, assumindo que estas podem definir hábitos e comportamentos (SANT' ANNA *et al.*, 2010).

Durante os contactos com esta família tentou-se promover a comunicação expressiva de emoções a que filha se recusou fazer na presença da mãe, alegando que isso a perturbaria. A idosa dependente não apresentava qualquer reacção quando confrontada com esta situação, como se não compreendesse o que lhe era dito ou proposto. Foi proposto à cuidadora que deveria otimizar o seu padrão de assertividade em relação à mãe, negociando com esta momentos em que a deixaria sozinha à semelhança do que fazia durante o seu horário laboral mas para poder usufruir de momentos de lazer a que a cuidadora após reflexão se recusou a fazer.

A finalidade do trabalho em saúde relaciona-se com a reflexão que sensibilize os indivíduos e grupos para mudanças positivas nas suas condições de vida (CEZAR-VAZ, MUCCILLO-BAISCH, SOARES, SOARES, COSTA, KERBER, BONOW, SANT'ANNA e CARDOSO, 2009).

Averiguou-se estratégias adaptativas na família, mostrando-se infrutíferas quer pela recusa da idosa em estar com pessoas desconhecidas, quer pela recusa da cuidadora em solicitar maior participação da irmã ao cuidado da mãe. Apesar da principal cuidadora apresentar aparente saturação do papel, não demonstrava qualquer disponibilidade para alterar o seu quotidiano de cuidado exaustivo à sua mãe.

Segundo Sant'Anna *et al.* (2010) as redes de apoio social podem constituir-se enquanto potenciador da diminuição de transtornos mentais uma vez que promove as inter-relações entre os participantes, produzindo auto-confiança e poder de resolubilidade dos problemas do quotidiano das pessoas.

Dada a dificuldade em proporcionar à família mecanismos de coping eficazes à sua realidade foi requerido o apoio de psicologia a esta família, valência essa disponível na equipa multi-disciplinar da USF do contexto de ensino clínico.

Para Oliveira e Tavares (2010) a complexidade do trabalho em saúde implica a partilha de responsabilidades, incentivando a busca de parcerias entre os diferentes agentes sociais envolvidos na saúde. No entanto frequentemente essa articulação inter-disciplinar permanece no âmbito profissional e não no institucional.

Após a referenciação desta família, compreendeu-se que esta era uma família já conhecida pela psicóloga da USF sem que houvesse partilha de informação à restante equipa. Esta família já teria sido diagnosticada como tendo uma relação fusional entre a mãe idosa dependente e a filha principal prestadora de cuidados, que após ser confrontada com a sua realidade abandonou as consultas de psicologia alegando pouca disponibilidade para as mesmas, sem que tivessem sido accionados quaisquer outros mecanismos para resolução da situação. Para a médica desta família, uma das soluções equacionadas tinha sido o internamento compulsivo da mãe dependente, dado não ter comparecido a qualquer das

consultas de foro psiquiátrico agendadas, no entanto, consideraram que esse internamento compulsivo poderia ser potencialmente mais agravante da situação do que benéfico.

Segundo Cezar-Vaz *et al.* (2009), para que ocorra reciprocidade social existe a necessidade de construção de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os indivíduos ou grupos da comunidade e os profissionais. Esta dificuldade na construção de vínculos e de compromissos explica o pouco sentido de responsabilidade desta família em participar nos seus planos de cuidados, conduzindo ao abandono das soluções propostas, conduzindo inevitavelmente à pouca reciprocidade social, quer por parte de outros agentes de saúde, quer por parte da família mais alargada.

Foi negociado com esta família o recomeço das reuniões de psicologia para melhoria do processo familiar a que a filha aceitou desde que essas reuniões tivessem lugar no seu domicílio à semelhança do cuidado de enfermagem. Aquando o agendamento das reuniões de psicologia no domicílio foi referido que estas não poderiam acontecer enquanto esta família se mantivesse inscrita na USF, uma vez que para usufruir de apoio de psicologia no domicílio teria de ser “transferida” para a UCC local. Quando equacionada essa possibilidade junto da família, esta recusou, pois isso requeria que os cuidados de enfermagem fossem prestados por outros profissionais que não aqueles que esta família identificava como os “seus enfermeiros”, denotando o claro vínculo já estabelecido com os mesmos.

Esta dificuldade de articulação entre os agentes comunitários, com a rigidez da burocracia vai de encontro aos achados da revisão bibliográfica, sendo claro o constrangimento a planos de cuidados individualizados a cada realidade, uma vez que implicam a flexibilidade das famílias às burocracias dos recursos de saúde e não o reverso como seria desejável.

Foco: Actividade de lazer	Juízo: Privado em grau muito elevado
Portador: Prestadores de cuidados principais das Famílias D. e R.	
Diagnóstico: Prestador de Cuidados privado de actividade de lazer em grau muito elevado.	
Intervenções: • Encorajar lazer • Avaliar disponibilidade • Avaliar as capacidades familiares • Avaliar crenças culturais • Avaliar as expectativas	• Orientar para lazer • Orientar para serviço social • Gerir planeamento de cuidados • Avaliar resposta psicossocial ao planeamento de cuidados • Avaliar barreiras à adesão

Pelas contingências pessoais ou ambientais das famílias D. e R. foi considerado que a actividade de lazer estava privada em grau muito elevado e embora afectasse a família enquanto um todo, esta privação era percebida pelos prestadores de cuidados principais de forma mais intensa.

Assim, durante os contactos com as famílias, foi-se planeando em conjunto com estas intervenções exequíveis e que permitissem a resolução deste problema. No entanto, as limitações para a actividade de lazer foram várias, não só intrínsecas ao próprio funcionamento e organização familiar, como também às poucas propostas da comunidade para estas famílias.

Em ambas as famílias foi referida rede de cuidados continuados integrados, com a possibilidade de descanso anual do cuidador por um período estipulado até 90 dias por ano como estipulado pelo 17º artigo do DECRETO-LEI N.º 101/2006, embora com a consciência da sua saturação e dificuldade de resposta a todos os pedidos, sendo que ambas as famílias se recusaram por sentimentos de obrigação, solidariedade e compaixão pelos seus familiares.

Na literatura mobilizada foi possível compreender que em relação às redes sociais, comunitárias e de saúde existe uma marcada ausência de espaços de lazer para estes grupos, sendo que frequentemente a utilização dos serviços de saúde ou a participação em grupos religiosos assumem a finalidade de meios de socialização (SANT'ANNA *et al.*, 2010).

Assim torna-se evidente a importância de dar resposta a esta necessidade de socialização ou de actividades de lazer por parte das famílias, considerando esses momentos de lazer não só uma oportunidade para as famílias, bem como um momento chave para a sua capacitação, avaliação de necessidades e diminuição da demanda de cuidados de saúde, rentabilizando-se os recursos existentes.

Por outro lado, tornou-se claro que o período de ensino clínico foi determinante para o processo de aprendizagem pretendido, no entanto demonstrou-se escasso para responder às necessidades destas famílias, assumindo a continuidade de cuidados uma importância vital quer na assistência das mesmas, quer na afirmação do contributo da enfermagem de saúde familiar.

Face a esta carência de continuidade de cuidados sensíveis às necessidades das famílias e de acordo com os objectivos deste processo formativo, compreende-se a necessidade de operacionalizar uma revisão sistemática da literatura, com a formulação de uma pergunta PI[C]O que permitisse pesquisar de forma criteriosa as práticas de saúde comprovadas na área da enfermagem de família e que visassem a saúde familiar em famílias com idoso dependente, aproximando à realidade do contexto de estágio. Com o seguimento protocolar do processo da revisão sistemática da literatura, pretende-se determinar novas acções a desenvolver em função destas famílias, como também analisar criticamente as acções já desenvolvidas durante o ensino clínico.

1.3 - CONTINUIDADE DE CUIDADOS: O COMPROMISSO COM A MELHORIA CONTÍNUA

Para Hesbeen (2000) os cuidados de enfermagem genericamente consistem numa atenção particular prestada por um enfermeiro a uma pessoa e seus familiares, ou a grupos de pessoas, no sentido de ajudá-los, mobilizando para tal as competências e qualidades que detêm enquanto profissionais de saúde. Amendoeira (1999) salienta que não existem cuidados de enfermagem sem se estabelecerem relações com a pessoa e/ou a sua família.

No entanto esta perspectiva de cuidar, perpetuada pelas práticas de enfermagem no quotidiano, fica aquém das necessidades familiares enquanto unidade de cuidados, sendo incongruente com as mais actuais orientações de saúde e com o preconizado com a reestruturação actual dos cuidados de saúde primários, urgindo respostas de saúde com

enfoque na família enquanto unidade nuclear. De acordo com Oliveira e Tavares (2010) as mais recentes estratégias de saúde visam qualificar os profissionais, co-responsabilizando-os pelos seus cuidados, estimulando um cuidado integral da saúde de toda a família, nas suas diferentes fases do ciclo vital.

Assim, durante o processo de ensino clínico e em concordância com a equipa de enfermagem, tornou-se clara a pertinência da criação de uma norma condutora para a prática de enfermagem em contexto de visita domiciliária, que não só integrasse as actividades já prestadas pelos enfermeiros, bem como lhes estimulasse uma nova conceptualização das famílias, abordando-as de forma sistémica enquanto unidade de cuidados. De forma a não tornar exaustivo a descrição da norma elaborada, esta encontra-se disponível no Anexo IV para consulta, devendo compreender-se que várias intervenções lá contempladas dizem respeito às orientações do plano de acção da USF para 2008-2010.

Tal norma pretende auxiliar a equipa de enfermagem no processo de tomada de decisões, independentemente do seu grau de diferenciação de cuidados, dada a diversidade de especializações que os enfermeiros podem ir obtendo durante o seu percurso profissional.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003) o enfermeiro de cuidados gerais deve no seu processo de tomada de decisão e de intervenção integrar os conhecimentos de evidência empírica, sendo que a produção de guias orientadores (*guidelines*) constituem uma importante base estrutural para o objectivo de melhoria contínua.

No mesmo sentido, para Oliveira e Tavares (2010) a enfermagem está cada vez mais sensibilizada para a melhoria da qualidade da atenção oferecida aos seus clientes, acreditando que a aprendizagem tem o papel primordial de fomentar actividades com maior segurança, dinamismo e de forma individualizada em contexto colectivo e familiar.

Assim, e embora reconhecendo que a escassez de recursos é uma realidade dos contextos de cuidados, tornou-se claro que a criação da norma condutora para a prática quotidiana não seria por si só suficiente para responder às necessidades e individualidades das famílias, fomentando a necessidade da aprendizagem contínua para o planeamento e intervenção junto das mesmas.

Pela evidência encontrada nos autores mobilizados anteriormente, verifica-se não só essa necessidade de aprendizagem contínua dos intervenientes, bem como a carência em grupos de lazer para as famílias com idosos dependentes, com claros benefícios na sua saúde, tornando-se manifesta a necessidade de uma proposta, que respondesse aos focos identificados com as famílias no decorrer do estágio, bem como que proporcionasse o pretendido processo de formação e melhoria contínua dos enfermeiros que actuam junto destas.

Para Sant'Anna *et al* (2010) a enfermagem de saúde familiar desenvolve a sua atenção a indivíduos com doenças crónico-degenerativas em actividades educativas e informativas individuais ou colectivas, incluindo a abordagem da patologia, suas implicações e riscos.

Tal afirmação vai de encontro ao preconizado pelas competências do enfermeiro de cuidados gerais, onde se compreende que as intervenções podem ser optimizadas se toda a

unidade familiar for tomada como alvo, visando a alteração de comportamentos e a adopção de estilos de vida promotores de saúde (OE, 2003).

Por outro lado reconhece-se que os cuidados de enfermagem ajudam o cliente a gerir os recursos da comunidade, assim como os recursos pessoais e familiares para fazer face aos desafios de saúde, prevendo-se vantagens na assunção do papel de pivô no seio da equipa multidisciplinar (OE, 2003).

Conceptualmente em Portugal, tem-se verificado o aparecimento de diferentes instâncias na área da saúde que visam ser impulsionadora e reguladoras de uma cultura de melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados, sendo disso exemplo o departamento da qualidade, homologado pela direcção geral de saúde em 2009. Este departamento da qualidade em saúde rege-se pelos princípios da orientação para o cidadão, objectividade, compromisso, inovação, evidência científica, melhoria contínua, qualidade e procura de excelência (DGS, 2010).

As prioridades estratégicas assumidas pelo departamento da qualidade são 7, entre elas o projecto de Gestão Integrada da Doença e Inovação, que assume a doença de cariz infeccioso ou crónico-degenerativo. Este projecto implica um grande empenhamento, prevendo-se que actue como facilitador de uma gestão integrada da doença por todos os elementos que constituem as equipas multidisciplinares dos contextos de saúde, visando cuidados mais eficazes, com satisfação dos profissionais e utentes, conseguindo-se assim ganhos em saúde.

A Inovação em saúde constitui-se como um princípio de transformação de uma ideia num produto ou serviço, optimizando os resultados com base nos recursos disponibilizados, potenciando ganhos de eficiência, elevando a competitividade da instituição. Em saúde implica ainda, partilhar gerir a informação e o conhecimento, beneficiando do potencial das tecnologias de informação para reformular técnicas e procedimentos em prol de resultados optimizados (DGS, 2010).

O plano de acção (2008) da USF de S. Domingos demonstra que a sua equipa partilha da preocupação de melhoria contínua, tendo neste sentido definido o projecto de melhoria contínua, que envolve todos os profissionais tendo por objectivo maior melhorar as suas práticas. Este plano assume a necessidade de criar condições e de incentivar os profissionais a realizar investigação no âmbito dos cuidados de saúde primários, bem como de dinamizar contactos na rede, permitindo a recolha de informação e formulação de diagnósticos de saúde para uma actuação eficaz, seja no âmbito de reabilitação, tratamento ou de promoção e educação para a saúde (PLANO DE ACÇÃO, 2008).

Assim numa abordagem sistemática e integrativa das experiências de estágio e dos autores mobilizados durante o seu período, tornou-se clarividente a necessidade de propor um grupo de apoio para as famílias com idoso dependente como projecto de melhoria contínua dos cuidados prestados às famílias.

Pretende-se que este momento de encontro proporcionado às diferentes famílias assuma pressupostos da logoterapia, sendo esta uma abordagem psicoterapêutica que pretende conduzir a pessoa a desenvolver a sua própria responsabilidade, levando à criação

de estratégias e persecução de recursos de apoio. Este método de intervenção pode ser condutor de um qualquer grupo de ajuda mútua, enfatizando as experiências vivenciadas pelos seus participantes.

1.3.1 Grupo de Auto-Ajuda

Assim e operacionalizando esta ideologia, inicialmente teria de se compreender quais as famílias que cumpriram os requisitos para o grupo de auto-ajuda, tendo um membro dependente, para que possuísem as mesmas experiências e dúvidas a partilhar nos momentos de encontro, podendo-se consultar o SAPE pela escala de Norton e mobilizar o conhecimento dos enfermeiros que realizam visita domiciliária.

Posteriormente convidar-se-iam essas famílias a estarem presentes num momento a combinar de acordo com a disponibilidade do serviço e adequando o mais possível às disponibilidades das famílias interessadas. A periodicidade destes encontros seria então definida de acordo com as disponibilidades de ambas as partes e das necessidades das famílias participantes.

No encontro, o enfermeiro faria a apresentação do grupo de ajuda-mútua, explicando as suas potencialidades e objectivos, facilitando a apresentação das famílias entre si bem como a partilha das suas situações e experiências de vida, salientando-se os recursos e estratégias que cada família mobilizou no seu quotidiano.

Nesta reunião, o enfermeiro esclareceria as dúvidas mais prementes e faria a identificação dos problemas e necessidades referidas por cada família, de forma a diagnosticar focos de atenção para a prática de enfermagem. Posteriormente seria pertinente, em contexto de visita domiciliária a validação das necessidades sentidas pelas famílias, podendo negociar com a família estratégias de adaptação à situação.

Na Unidade de Saúde Familiar, a enfermeira procederia à consulta em bases de dados científicas, de acordo com a metodologia da Prática Baseada na Evidência (PBE), de forma a aceder à informação mais actual e pertinente acerca das problemáticas identificadas e validadas, de forma a desenvolver uma prática o mais eficiente quanto possível, em prol das necessidades das famílias e para melhor racionalização dos recursos disponíveis.

Numa reunião ou visita domiciliária posterior desenvolveria então o plano de cuidados delimitado em função de cada família individualmente ou para o grupo, planeando e negociando com estas as intervenções necessárias para suprir as suas necessidades individuais. Serviria como agente facilitador e mediador em situações cuja intervenção dos pares sociais se justificasse, ajudando a família a mobilizar e usufruir dos recursos ao seu dispor no contexto onde vive. Quer este momento se realizasse numa das reuniões de grupo de auto-ajuda, quer em contexto domiciliária, seria possível ao enfermeiro avaliar continuamente o impacto das intervenções implementadas, bem como novas necessidades da família ainda por suprir.

Este trabalho de cariz dinâmico e contínuo, apenas será possível com o envolvimento de toda a equipa de enfermagem, sendo imprescindível ao longo de todo o processo a elaboração de registos que dêem suporte e continuidades aos cuidados de enfermagem à família.

De forma a clarificar um pouco o planeamento do grupo de ajuda-mútua, foi elaborado um esquema que se pretende clarificador para a sua operacionalização, incluindo competências do enfermeiro de cuidados gerais, permitindo deste modo ser conduzido por qualquer membro na equipa de enfermagem do contexto de estágio.

Tendo em vista o objectivo major da continuidade de cuidados às famílias integrantes deste grupo, reforça-se a importância deste pressuposto em conjunto com o pensamento crítico e com a elaboração de registos, três aspectos cruciais na resposta continuada às famílias.

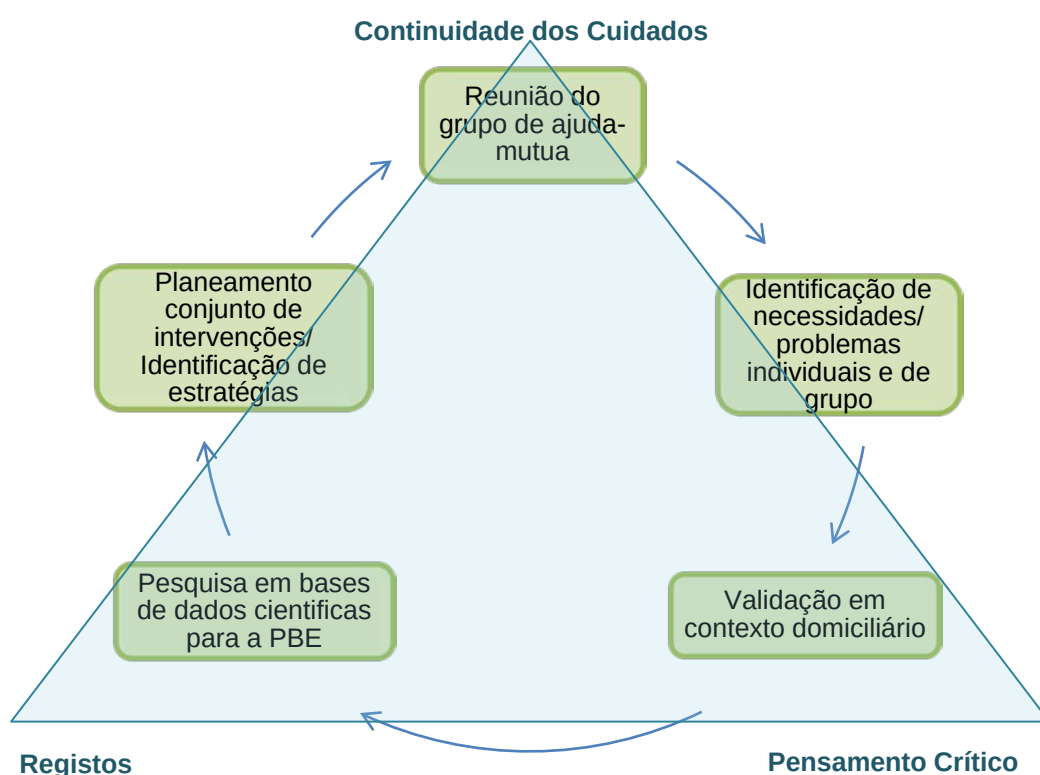


Figura 1: Esquema elucidativo para a operacionalização do grupo de auto-ajuda concebido.

2 – A REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A revisão sistemática da literatura consiste num método moderno de avaliação e sintetização de um conjunto de dados adequados às intervenções do dia-a-dia, sendo frequentemente aplicada na obtenção de provas cientificamente comprovadas na área da saúde (SACKETT *et al* (1996) referido por. PEARSON, WIECHULA, COURT e LOCKWOOD, 2005).

A revisão sistemática da literatura enquanto processo planeado compreende a formulação de uma pergunta em formato PI[C]O, a pesquisa em bases de dados científicas, com a identificação, selecção e avaliação crítica dos estudos, que associada às problemáticas da praxis permite a reflexão e melhoria das práticas (PEARSON *et al.*, 2005).

A reflexão da praxis profissional associada a esta revisão sistemática da literatura, é cada vez mais uma necessidade e uma ferramenta essencial, consolidando os conhecimentos que se possuem com as mais actuais evidências, proporcionando um novo sentido ao cuidar da enfermagem. Este processo iniciado mais precocemente no decorrer do ensino clínico assumiu-se como fundamental, permitindo não só ganhos pessoais pela alteração de concepções e melhoramento das práticas, como também a produção de novos saberes em enfermagem. Para Pearson *et al.* (2005) o processo reflexivo deve acompanhar a prática de cuidados em todas as suas fases de uma forma regular e sistemática, propiciando mudanças cognitivas nos profissionais, com vista à melhoria contínua dos seus cuidados, pela actualização, reformulação e incremento dos seus saberes, impulsionando assim a prática baseada na evidência.

2.1 – A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

A prática baseada na evidência consiste na aplicação consciente e explícita da melhor evidência actual na tomada de decisões sobre o cuidado aos pacientes, indo de encontro aos objectivos maior deste processo formativo (SACKETT *et al.* (1996) referido por. PEARSON *et al.*, 2005).

Segundo Pearson *et al.* (2005) a prática baseada na evidência tem ganho aceitação nos cuidados de saúde da maioria dos países ocidentais, produzindo conhecimento que está em constante evolução e expansão em prol da melhoria da saúde global. É consensual o entendimento de que todos os profissionais de saúde devem exercer a sua prática suportada pela evidência mais actual

A PBE prevê metodologias e processos de identificação de evidências da eficácia e efectividade de intervenções, estratégias ou outros mecanismos de actuação para determinada temática, promovendo a tomada de decisão conscienciosa com vista ao aperfeiçoamento dos cuidados aos pacientes (SANTOS, PIMENTA e NOBRE, 2007)

Deste modo, para além da necessidade de mobilização dos resultados das pesquisas concretizadas ao longo do ensino clínico, foi realizada posteriormente uma nova revisão sistemática da literatura, pretendendo-se não só compreender os mais actualizados conhecimentos para a temática deste relatório, como também produzir novos saberes para a prática futura de enfermagem.

2.2 - PESQUISA EM BASES DE DADOS

Assim, face às necessidades evidenciadas ao longo do relatório, e tendo em conta a conceptualização mobilizada ao longo do estágio como base para um novo cuidar, formulou-se como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura, a seguinte pergunta em formato PICO:

Será que a enfermagem de família em contexto de visita domiciliária (I) promove a saúde familiar (O) em famílias com um idoso dependente (P)?

Pretende-se indagar em fontes credíveis se a enfermagem de família, assumida neste relatório pela óptica da Ordem dos Enfermeiros (2009), enquanto especialização da profissão que visa cuidar da família enquanto unidade nas diferentes fases do seu ciclo de vida, promove a capacitação das famílias para as exigências e especificidades do seu desenvolvimento.

Para este relatório abordou-se a família no contexto específico de visita domiciliária, por se considerar aquele que permitiria acções planeadas e sistémicas de interacção com as famílias no seu contexto de vida, indo de encontro ao referido por Lopes (2003) que assume a visita domiciliária como potenciadora de actividades de saúde que integram os conceitos de integralidade, universalidade, equidade, acesso e continuidade.

Dado a temática deste relatório ter emergido da prática do estágio, pretendeu-se revisar literatura com famílias na última etapa do seu ciclo de vida, denominando-se segundo Relvas (1996) a etapa da família com filhos adultos. Esta opção metodológica prendeu-se com a demanda de cuidados das famílias abordadas, sendo maioritariamente composta por famílias nesta etapa de vida e com a particularidade de assumirem os cuidados a um dos seus membros idosos e dependentes. Por último, a saúde familiar pretendida como resultado (outcome) da prática da enfermagem de família será assumida como um estado dinâmico de mudança e bem-estar, que inclua os diversos factores intervenientes no processo saúde-doença do sistema familiar (HANSON, 2005). Ter-se-á presente que esta saúde familiar integra processos de retro-alimentação promovendo processos de reestruturação do sistema familiar, num continuum entre a estabilidade e a mudança (ALARCÃO, 2002).

No quadro 1 estão representados os critérios usados na formulação da pergunta formato PICO e os descritores definidos para a pesquisa em bases de dados.

P	Participantes	Quem foi estudado?	Famílias com Idoso Dependente	Descritores
I	Intervenções	O que foi feito?	Enfermagem de Família	Family nursing; Family health; Aged
C	Comparações	Podem existir ou não	-----	
O	Outcome	Respostas/Efeitos	Saúde familiar	

Quadro 1: Critérios de formulação da pergunta PICO

As bases de dados electrónicas consultadas foram a **EBSCO** (<http://web.ebscohost.com>), seleccionando as bases de dados CINAHL Plus with *Full Text*; MEDLINE with *Full Text*, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Academic Search Complete, consultadas em 20.11.2011 para análise reflexiva do presente relatório.

Para a consulta da base de dados EBSCO, foram validados na plataforma MeSHBrowser (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>) os descritores family nursing, family health e aged sendo todos eles descritores. Inicialmente foram pesquisados cada um dos descritores, isoladamente, com “full text” e sem filtro cronológico e posteriormente com filtro cronológico 2005-2011 (Quadro 2).

EBSCO (CINAHL Plus with <i>Full Text</i> ; MEDLINE with <i>Full Text</i> , Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Academic Search Complete)		
Descritores	Resultados	
	Sem Filtro Cronológico	Com Filtro Cronológico 2005-2011
Family Nursing	3480	1847
Family Health	32967	15103
Aged	4291046	1426347
Total de Artigos	4327493	1443297

Quadro 2: Resultados dos descritores isoladamente na base de dados EBSCO

Foram então conjugados os descritores dois a dois e finalmente os três em simultâneo, mantendo a opção “full text” e “find all my search terms”, sendo posteriormente sujeitos a filtro cronológico de 2005-2011, conforme apresenta o Quadro 3.

EBSCO (CINAHL Plus with <i>Full Text</i> ; MEDLINE with <i>Full Text</i> , Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Academic Search Complete)		
Descritores	Resultados	
	Sem Filtro Cronológico	Com Filtro Cronológico 2005-2011
Family nursing + Family Health	528	303
Family nursing + Aged	326	214
Family Health + Aged	8386	3799
Family nursing + Family Health + Aged	60	39

Quadro 3: Resultados dos descritores associados na base de dados EBSCO

Deste total de 39 artigos procedeu-se à leitura dos títulos e resumos, tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão especificados para este relatório (Quadro 4), tendo resultado em 19 artigos seleccionados para a sua leitura integral.

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
- Artigos com cerne na problemática deste relatório - Artigos desenvolvidos no âmbito da profissão de enfermagem, com qualquer autor enfermeiro - Artigos de língua Portuguesa, Inglesa ou Espanhola - Estudos mais recentes	- Estudos que não se relacionem com a temática em estudo - Estudos que abordem crianças, grávidas ou puérperas - Estudos realizados em populações Asiáticas, Árabes ou Africanas - Estudos que abordem a pessoa em fim de vida/fase terminal ou em cuidados paliativos - Estudos em línguas diferentes da língua Portuguesa, Inglesa ou Espanhola

Quadro 4: Critérios de inclusão e de exclusão dos artigos

Da leitura integral dos artigos considerados, seleccionaram-se 6 artigos para o corpus deste relatório, como sendo os que melhor respondiam à temática abordada, estando disponíveis as respectivas fichas elaboradas no Anexo V, por se considerar exaustiva a sua exposição no corpus do relatório. Destes 6 artigos, os últimos 3 apresentados tinham já em período de ensino clínico, sido mobilizados no planeamento de cuidados às famílias, enquadrando a prática na evidência disponível na altura.

Artigo 3 (Anexo VI)	A dinâmica de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal GONÇALVES, Lúcia; COSTA, Maria; MARTINS, Maria; NASSAR, Sílvia; ZUNINO, Roberta (2011)		
Desenho	Exploratório, Descritivo	Nível de Evidência	VI
Artigo 4 (Anexo VII)	O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família ROCHA, Francisca; CARVALHO, Cecília; FIGUEIREDO, Maria; CALDAS, Célia (2011)		
Desenho	Descritivo, Qualitativo	Nível de Evidência	VI
Artigo 5 (Anexo VIII)	Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial KAWATA, Lauren; MISHIMA, Silvana; CHIRELLI, Mara; PEREIRA, Maria; MATUMOTO, Sílvia; FORTUNA, Cinira (2011)		
Desenho	Exploratório, Descritivo, Qualitativo	Nível de Evidência	VI
Artigo 7 (Anexo IX)	Atenção ao idoso na estratégia de saúde da família: actuação do enfermeiro OLIVEIRA, Juliana; TAVARES, Darlene (2010)		
Desenho	Exploratório, Descritivo, Qualitativo	Nível de Evidência	VI
Artigo 11 (Anexo X)	Determinantes Sociais de Saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família SANT'ANNA, Cynthia; CEZAR-VAZ, Marta; CARDOSO, Leticia; ERDMANN, Alacoque; SOARES, Jorgana (2010)		
Desenho	Exploratório, Descritivo, Qualitativo	Nível de Evidência	VI
Artigo 14 (Anexo XI)	Sistema de significados sobre a finalidade do trabalho na saúde da família: uma abordagem qualitativa CEZAR-VAZ, Marta; MUCCILLO-BAISCH, Ana; SOARES, Maria; SOARES, Jorgana; COSTA, Valdecir; KERBER, Nalú; BONOW, Clarice; SANT'ANNA, Cynthia; CARDOSO, Letícia (2009)		
Desenho	Exploratório, Descritivo, Qualitativo	Nível de Evidência	VI

2.3 - ANÁLISE REFLEXIVA

Embora a realidade dos contextos de algumas autoras dos artigos seleccionados difira da realidade portuguesa, sendo que mesmo em Portugal existam marcadas desigualdades relacionadas com diversos factores, considerou-se pertinente mobilizar os achados da pesquisa bibliográfica pela semelhança de objectivos de actuação para prática de enfermagem de saúde familiar.

Segundo Gonçalves, Costa, Martins, Nassar e Zunino (2011) a distribuição da população idosa portuguesa é heterogénea, com assimetrias socioeconómicas entre o litoral e o interior, em que associado a estas desigualdades observamos repercussões negativas nos idosos e suas funcionalidades, fragilizando-os.

No Brasil, tal como noutros países desenvolvidos, o envelhecimento populacional obrigou a uma reformulação das estratégias de saúde que focasse não só o indivíduo isoladamente mas antes a família enquanto unidade pragmática de saúde, pela transferência das responsabilidades do cuidar para o domicílio (OLIVEIRA e TAVARES, 2010).

As políticas portuguesas de atenção ao idoso defendem o domicílio como o melhor local para se envelhecer, proporcionando autonomia e preservando a sua identidade e dignidade (GONÇALVES *et al*, 2011).

Rocha, Carvalho, Figueiredo e Caldas (2011) acrescentam que a visita domiciliária propicia aos enfermeiros uma maior aproximação com a realidade permitindo a compreensão da dinâmica familiar, facilitando o planeamento da assistência, com melhoria do vínculo entre os profissionais e os usuários.

No entanto no contexto profissional e no contexto de actuação de ensino clínico poucas eram as práticas que de forma conscienciosa eram desenvolvidas com vista a esta ideologia. A família quando considerada, era assumida como um recurso, com vários deveres no acto de cuidar e com pouco reconhecimento na sua estrutura, unicidade e potencialidade. Surgiu assim a inquietação de alterar concepções que propiciem novas práticas, mais conscienciosas, sensíveis e cientificamente comprovadas como eficientes, na busca de uma meta-competência para o cuidar da família como um todo, reconhecendo as suas especificidades tão próprias.

A revisão sistemática da literatura foi uma ferramenta essencial nesta alteração de concepções e construção de um novo paradigma do cuidar, associado a um processo reflexivo contínuo de crescimento e maturação profissional.

Segundo Rocha *et al* (2011) o processo de cuidar requer do enfermeiro o desenvolvimento de acções, atitudes e comportamentos baseados em conhecimento científico articulado entre a experiencia, a intuição e o pensamento critico, delineado com e para o cliente alvo de cuidados.

Durante o período de ensino clínico, foi possível um momento de aprendizagem na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, mais especificamente na UCC de S. Mamede Infesta, confirmando as desigualdades descritas na literatura, tendo esta UCC um projecto inovador criado já em 1999 com o objectivo de melhorar a qualidade assistencial. Este momento de partilha de experiencias constituiu uma inegável vantagem no processo de aprendizagem, uma

vez que foi possível no terreno observar a implementação da prática abordada neste relatório, com a real aplicação da figura de enfermeiro de família, pelo uso consciente do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Neste contexto não só as intervenções das enfermeiras de família eram mais eficientes como mais adequadas às realidades das suas famílias, traduzindo-se em resultados sensíveis de enfermagem e com marcado reconhecimento não só por auditorias realizadas pelo observatório da Ordem dos Enfermeiros como também e principalmente por parte dos usuários dos serviços de saúde, tendo sido destaque na imprensa nacional. De acordo com Schreck (2010), o projecto “envelhecimento activo” promovido por enfermeiras com formação na área da enfermagem de saúde mental e gerontologia da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, facilita o encontro de indivíduos em sessões de grupo teóricas e práticas que estimulem a inclusão e participação das mesmas na comunidade.

Rocha *et al* (2011) afirma que a formação de grupos, constitui-se enquanto um dos principais recursos terapêuticos utilizados em diversos contextos de assistência à saúde, compreendendo a participação da família como essencial na relação cuidar. Para as autoras o enfermeiro está capacitado em atribuir ao seu cuidado o seu aspecto social, psicológico e familiar, possibilitando a operacionalização de grupos terapêuticos como resposta de cuidado e de apoio social.

Na unidade local de saúde supra referida, todos os serviços entrosam-se numa teia interligada de conexões, num esforço conjunto entre hospital e centros de saúde do concelho, articulados em função da população. Nos vários programas direccionados para a reabilitação do idoso no domicílio é equacionada a família enquanto unidade de cuidados e a necessidade de a incluir no planeamento de intervenções. Com isto, apresentam uma diminuição de 61% na taxa de dependência segundo o índice de Barthel entre 2009 e 2010, sendo que 0% dos inquiridos tiveram aumento da taxa de dependência, com a efectivação de 99% das visitas programadas e com uma taxa de 3,5% de agudizações com necessidade de internamento (1º ANO DE VIDA DA UCC, 2010).

Tais resultados vão de encontro ao referido por Gonçalves *et al* (2011) onde referem que na reorganização dos cuidados de saúde em Portugal, os enfermeiros da equipa de saúde familiar assumem um papel de destaque, participando na vinculação das famílias aos programas de promoção e cuidados de saúde, desenvolvidos em contexto comunitário e doméstico. Surge assim a clareza de que o caminho a trilhar não necessita de ser pioneiro, havendo uma variedade de realidades nacionais e internacionais que comprovam que esta assistência de enfermagem de família é possível, com o envolvimento das equipas de enfermagem de forma integral, com recurso à formação permanente e ao uso consciencioso e reflectido da evidência científica para a melhoria contínua das competências individuais.

Neste sentido Oliveira e Tavares (2010), afirmam que a formação permanente será essencial para motivar a transformação pessoal e profissional na busca de alternativas aos desafios exigentes dos contextos de saúde. A enfermagem deverá pautar-se por propósitos e objectivos comuns, alcançados por todos os seus integrantes.

Começa-se a compreender que a abordagem sistémica e organizada das famílias, integrando as suas peculiaridades permite não só uma prática de enfermagem especializada, como também e principalmente a assistência, equidade e acessibilidade das famílias enquanto sistema, atendendo-se às suas mais íntimas necessidades, num contrato de acção partilhado pelas equipas de enfermagem e famílias usuárias dos serviços de saúde. O reconhecimento das diferentes configurações familiares e suas propriedades próprias, como a auto-organização, equifinalidade e globalidade, permite uma assistência mais fidedigna da enfermagem a este grupo de cuidados. No mesmo sentido, a compreensão de que os processos de retro-alimentação podem facilitar os processos de saúde ou reforçar os processos de doença, permite delinear a actuação do enfermeiro de família enquanto mediador, facilitando a adaptação dos recursos internos e externos das famílias às suas transições normativas e aos factores de crescimento e (des)organização familiar.

A abordagem sistémica das competências, compreende-as enquanto combinações complexas de atributos (conhecimentos, atitudes, valores e perícias) empregues para compreender e actuar em situações particulares dos indivíduos, associando às capacidades individuais e aos objectivos. Isto permite incorporar aspectos éticos e valores à prática reflectida, enfatizando a importância do contexto, uma vez que admite a possibilidade de distintas práticas competentes (HAGER e GONCZI, referido por PIRES, 2005)

Para Rocha *et al* (2011) os profissionais de saúde devem capacitar-se para trabalhar a interdisciplinaridade e a integração entre a rede básica e o sistema de referências, facilitando o acesso da população idosa. No entanto no estágio, vários foram os constrangimentos da acessibilidade das famílias aos vários agentes da comunidade ou mesmo dentro da equipa multidisciplinar, evidenciando que a morosidade dos processos e a burocracia são claramente dificuldades e impedimentos à prática integrativa e interdisciplinar, demonstrando que a rigidez organizativa das acessibilidades as torna redundantemente pouco acessíveis e não articuladas em função dos seus usuários, onde na conjectura actual, a acessibilidade e a racionalização dos cuidados de saúde assumem um papel tão importante e preocupante.

Segundo Kawata, Mishima Chirelli, Pereira, Matumoto e Fortuna (2011), o trabalho em equipa assume-se como um dos pressupostos mais importantes na reorganização do processo de trabalho, podendo actuar como facilitador para uma abordagem mais integral e resolutive, articulando as diferentes acções dos distintos profissionais.

Por outro lado contrariamente ao constatado durante a experiência na ULS de Matosinhos, o contexto de ensino clínico tem uma aposta na visita domiciliária minorada pela escassez de recursos e muito aquém das expectativas próprias, constituindo-se maioritariamente enquanto recurso de saúde em âmbito curativo ao invés de oferta de saúde, com promoção da saúde, sendo claramente dificultador à abordagem sistémica das famílias pretendida. Pela revisão sistemática compreende-se que um dos limites ao cuidado eficiente dos enfermeiros é a falta de recursos materiais e de capacitação dos mesmos bem como de outros recursos humanos envolvidos nos processos de cuidar (ROCHA *et al*, 2011). Segundo Cezar-vaz *et al* (2009) as estruturas sociais para a produção de recursos materiais devem organizar-se a partir de políticas públicas, as quais devem visar satisfazer as carências e demandas de saúde.

Para Gonçalves *et al* (2011) é prioritário que se operacionalize a política pública da rede de cuidados continuados e integrados como resposta às famílias mais empobrecidas, sendo que no seu estudo no contexto do Porto a maioria dos idosos são cuidados no domicílio por mulheres familiares, sendo similar à realidade encontrada em contexto de ensino clínico.

Segundo as autoras supra-citadas ainda existe pouco conhecimento acerca do cuidador informal masculino, embora se denote um crescimento do mesmo nos contextos familiares, o que em parte pode explicar a razão de ter sido na família E. onde o principal prestador de cuidados era o filho da idosa dependente, que houve a necessidade de promover a adequação dos conhecimentos ao papel de prestador de cuidados.

Compreende-se que de facto a enfermagem de família embora com contingências naturais, desempenha um papel primordial na promoção da saúde familiar em famílias com idoso dependente como pela sua centralidade na rede social destas, urgindo reorganizar os serviços de saúde às demandas reais das famílias, visando-se a permanência no domicílio dos seus familiares dependentes, não só pelos seus benefícios próprios, detectando-se mais precocemente sinais de crise ou vulnerabilidades, como também pela rentabilização do já tão saturado Serviço Nacional de Saúde. Os momentos de visita domiciliária proporcionados no decorrer do estágio permitiram a construção de uma relação profissional mais autêntica e efectiva, sendo bem acolhida pelas famílias a presença do profissional de saúde para a construção conjunta de um plano de acções, que visassem muito mais do que apenas o tratamento curativo instituído até então. As famílias quando abordadas como um todo, reconhecem no enfermeiro um papel distinto de profissional parceiro, com aptidões especializadas para além da realização de pensos ou administração de injectáveis, tendo a relação construída pela continuidade de interacções, um papel fundamental nesta nova consciência do seu enfermeiro de família.

É necessário alterar-se concepções e motivar os profissionais a querer saber fazer mais e melhor pelos seus clientes, compreendendo que a multidisciplinaridade pode funcionar enquanto parceria e resposta cabal às necessidades, desde que se assumam as famílias enquanto parceiras e unidade de cuidados, com características próprias e singulares. Importa dotar as comunidades de respostas acessíveis à população que intervenha não só em processo de doença bem como em promoção e manutenção de saúde, sendo claramente a visita domiciliária uma ferramenta estratégica na sua execução.

Rocha *et al* (2011) ressalta o trabalho em parceria com outros profissionais, tais como psicólogos e assistentes sociais, assumidos como fundamentais para restaurar o bem-estar, o equilíbrio emocional e a qualidade dos cuidados prestados, salientando o apoio familiar neste cuidar interdisciplinar, confirmando deste modo as intervenções planeadas com e para as famílias seleccionadas para o presente relatório, embora depois não se obtivesse os resultados pretendidos pelas condicionantes já abordadas e pela pouca continuidade da articulação em rede. Para as mesmas autoras, uma das alternativas para responder às necessidades das famílias, será a orientação para grupos da comunidade, terapias de grupo, novas amizades ou ocupações prazerosas.

Para Cezar-Vaz (2009), os profissionais ao estabelecerem vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população ampliam a finalidade do seu trabalho. Os profissionais constroem relações de consciencialização mútua com a população e assim acrescentam um vínculo humanizado ao significado da finalidade do trabalho, tendo os autores concluído que esta sensibilidade profissional encontra-se mais fortemente presente nos discursos dos enfermeiros que nos dos restantes membros das equipas de saúde, estreitando as possibilidades de mudança nas comunidades. No mesmo sentido Gonçalves *et al* (2011) ressaltam a importância em articular redes locais de suporte social para a manutenção e inclusão social das famílias, evitando sentimentos de solidão e isolamento social, marcadamente presentes na família R. do contexto de estágio.

Embora a actuação da enfermagem no cuidado às famílias não seja um tema novo, no entanto é ainda pouco explorado e valorizado nas práticas quotidianas, relegando-se a intervenção junto deste grupo para o empirismo, sem que se pautem pela cientificidade, rigor e continuidade. Por outro lado e em concordância com os achados da revisão sistemática é frequente a ausência de espaços de lazer, embora se comprovem os benefícios dos grupos da comunidade ou da terapia de grupo acima mencionados.

Durante o período de ensino clínico foi ainda solicitado no contexto de estágio, a participação num grupo de apoio a famílias com indivíduo com doença de Alzheimer, operacionalizado por uma enfermeira e uma psicóloga no apoio aos familiares e por uma fisioterapeuta no apoio aos indivíduos com doença de Alzheimer. Neste grupo eram promovidos encontros periódicos, onde se esclarecia acerca da fisio-patologia da doença de Alzheimer assim como os intervenientes partilhavam as suas experiências entre si, pelos diferentes estadiamentos da doença que apresentavam os seus familiares. Embora fosse claro os benefícios destas reuniões e a forte adesão por parte das famílias, esta era a única resposta enquanto grupo de apoio comunitário, limitando o acesso a apenas famílias acometidas por esta patologia. Para Rocha *et al* (2011) a participação dos profissionais e clientes em grupos terapêuticos é essencial para que ambos possam criar relações afectivas mais humanizadas, relatando que estes grupos permitem a diminuição de sentimentos como o medo e a ansiedade.

Sant'Anna *et al* (2010) afirmam que o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras da saúde da família merece destaque, uma vez que se constituiu uma parceria de sucesso para o desenvolvimento de uma prática integrativa, incluindo a realidade social enquanto condicionante do processo saúde-doença. Rocha *et al* (2011) afirmam no mesmo sentido que o enfermeiro deve actuar no contexto de vida dos indivíduos e famílias, consciencializando-se das suas práticas, crenças e valores. Ainda na mesma lógica, Kawata *et al* (2011) sustentam que a participação da família nos cuidados de saúde são cruciais para a prática de enfermagem, dado a família influir quer no bem-estar, quer no processo de saúde e doença dos seus membros, pressupostos considerados durante a abordagem feita no estágio.

Gonçalves *et al* (2011) acreditam que é importante na compreensão da dinâmica familiar, explorar as relações que proporcionam harmonia ou desarmonia, como no caso da existência de um idoso dependente que requer protecção, cuidado, solidariedade e amor. As autoras

acrescentam que o cuidado ao idoso com afecções crónicas pode desenvolver stress no sistema familiar induzindo nas famílias taxas consideráveis de disfunção familiar, avaliadas pelos mesmos instrumentos mobilizados na dimensão funcional expressiva para caracterização das famílias abordadas em ensino clínico. Tal achado é congruente com a avaliação familiar concretizado durante o ensino clínico, em especial em relação às famílias R. e D., que embora privadas de actividades de lazer com repercussões no seu quotidiano, referiam sentimentos de solidariedade e amor como fundamento para a não partilha dos cuidados.

Para Kawata *et al* (2011) a reorganização dos cuidados de saúde visa a assunção da família em seu ambiente, compreendendo os seus princípios de integralidade, universalidade, equidade, participação e controlo social, bem como a intersectoralidade, a resolatividade e a humanização do atendimento em saúde.

Rocha *et al* (2011) afirmam que a visita domiciliária propicia maior aproximação dos enfermeiros à realidade, constituindo-se enquanto acção relevante para salientar as necessidades básicas, tendo boa aceitação por parte dos idosos, famílias e cuidadores.

As famílias com um idoso dependente serão uma forte demanda de cuidados sendo evidente que o papel do enfermeiro de família, consciente e capacitado, terá um impacte fundamental na assistência das mesmas, sendo necessário para isso, transformações não só das cognições dos profissionais, como também das estruturas pouco flexíveis das equipas multi-disciplinares. Esta transformação necessitará antes de mais, da formação e sensibilidade dos enfermeiros para as necessidades, vulnerabilidades e forças das famílias, para que a relação do cuidar ocorra segundo um método dinâmico, organizado e sistémico, à semelhança do processo desenvolvido no decorrer do estágio.

Para Rocha *et al* (2011) o cuidar implica uma acção dinâmica, pensada e reflectida, envolvendo um agir integrativo, possível pela formação pessoal e profissional, distinguindo-se do cuidado que assume a conotação de responsabilidade e zelo. Assim pode inferir-se que a enfermagem considerada arte do cuidar integra-se na práticas do cuidado, assumindo inevitavelmente a família como parceira de cuidados.

Na realidade concreta do contexto de ensino clínico, falta dotar a rede comunitária de estruturas e respostas às necessidades das famílias; respostas essas evidenciadas pela revisão sistemática da literatura como cientificamente comprovadas para a temática em questão e que foram percebidas no decorrer do estágio pela avaliação sistémica e integrativa das famílias, possibilitada pela meta-competência desenvolvida ao longo do processo de mestrado e especialização do saber. O grupo de auto-ajuda sugerido à equipa de enfermagem no decorrer do estágio, enquanto proposta de melhoria contínua, pretendia assim dotar essa realidade das estruturas referidas pela literatura para assistência das famílias nesta etapa de vida e para o melhoramento das práticas de enfermagem.

3 – CONCLUSÃO

O processo de aprendizagem é um percurso contínuo, pautado por momentos de ansiedade pelo confronto com o desconhecido. A ruptura com antigas concepções e práticas de cuidados implica a abertura própria para com o outro, mas também a disponibilidade do outro para nos acolher, permitindo o crescimento conjunto. O suporte da equipa multidisciplinar, mas mais concretamente da equipa de enfermagem foi essencial para moderar e facilitar os contactos com as famílias abordadas neste estágio. O apoio e orientação da professora que acompanhou o ensino clínico, foram fundamentais em momentos de maiores dúvidas ou desânimo face às contrariedades.

O descortinar dos processos familiares, possibilitou a consolidação de um quadro conceptual mais rico, elevando e amadurecendo o corpo de conhecimentos próprio, essencial para um melhor cuidar. A revisão sistemática da literatura representou não só em termos individuais uma estratégia fundamental para reafirmação de competências, como também se evidenciou enquanto ferramenta essencial para a prática quotidiana nos diferentes contextos de cuidar, dando resposta à vontade de melhoramento.

Pela revisão sistemática da literatura compreende-se que embora se verifique uma variedade de realidades do enfermeiro de família, existem consensos e orientações para a sua prática, promovendo a saúde familiar nas famílias por si cuidadas. Evidencia-se o papel fundamental da enfermagem de família na conjuntura política nacional e embora em alguns contextos já seja uma realidade, noutros não é praticada de forma conscienciosa e científica.

O contexto de visita domiciliária constitui-se não só como uma ferramenta para um cuidar mais adequado como também como a oportunidade da criação de vínculos efectivos com as realidades das famílias numa parceria de cuidados. Assim, confirma-se o espaço domiciliário como o mais favorável para a apreensão da realidade e dinâmica familiar, facilitando o delineamento de intervenções mais adequadas e sensíveis para os problemas, reais ou potenciais das famílias. Por outro lado, determina-se a importância fulcral do contexto ambiental e rede comunitária envolventes às famílias, salientando-se a urgência em organizar respostas sociais e de lazer para as famílias com idoso dependente, bem como em desburocratizar os processos de parceria entre os agentes comunitários.

Face à realidade demográfica do país pretende-se a especialização da enfermagem, nos seus diferentes contextos de trabalho, de forma a responder de forma mais competente e conscienciosa às demandas de cuidados. A enfermagem de saúde familiar, detém um corpo de conhecimentos próprio e especializado, reflectindo acções sistémicas que atendem as propriedades específicas de cada família, pelo que em nada deve ser associada ao empirismo ou aos cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros de cuidados gerais, de forma menos

critérioria. A aſſunção deſte preſſuposto, ſalientará a importância do conhecimento eſpecializado, motivando os profeſſionais a inveſtirem e deſenvolverem eſta área de actuação em prol das famílias e das expectativas de ſaúde, prevendo-ſe o reconhecimento dos intervenientes da área da ſaúde e população em geral.

A caracterização ſiſtémica das famílias abordadas pelo modelo empregue e o deſenvolvimento de uma prática eſpecializada em enfermagem avançada ao longo do preſente proceſſo formativo, permitiu uma actuação mais integrativa e reſolutiva, actuando entanto geſtora dos reſursos internos e externos das famílias, na abordagem das ſuas potencialidades e vulnerabilidades face às ſuas transições normativas e/ou aos factores que deſtabilizam o equilíbrio familiar, viſando a autonomia e ſaúde das famílias.

A neceſſidade de ir recorrendo ao longo do eſtágio às baſes de dados científicas para melhor dar reſpoſta às neceſſidades e propriedades das famílias, permitiu a negociação e co-conſtrução de um plano de cuidados mais autêntico e congruente, de forma a garantir a capacitação, deſenvolvimento e equilíbrio dos ſistemas familiares, tendo ſido baſilar na conſolidação da prática eſpecializada pretendida. O confronto entre a realidade do ensino clínico, a análise dos achados bibliográficos e a conſolidação de conhecimentos e conceptualizações pré-exiſtentes, permitiu revelar o papel de centralidade atribuído ao enfermeiro de família na teia de relações multidisciplinares entre os vários agentes actuantes na área da ſaúde.

Eſte proceſſo formativo proporcionou a reflexão quer peſſoal, quer da equipa de enfermagem do contexto de ensino clínico, acerca da temática do papel da enfermagem de família em contexto de visita domiciliária para a promoção da ſaúde familiar, em famílias onde exiſta um idoso dependente. O projecto de melhoria contínua delineado, quer pela aplicação da norma condutora conſtruída, quer pela ſugestão de criação do grupo de auto-ajuda, ſurge das evidências da literatura e pretende fomentar na equipa de enfermagem a continuidade de cuidados às famílias enquanto ſistema, ſuportado por um eſquema conceptual conſciençioso e baſeado nas evidências diſponíveis.

Afirma-ſe portanto que a enfermagem de família em contexto de visita domiciliária pode promover a ſaúde familiar em famílias com idoso dependente, mobilizando para tal reſursos internos e externos das próprias famílias, das equipas multidisciplinares e da rede comunitária onde eſtão inſeridos, neceſſitando de um método organizado e integrativo de actuação, delimitado pelo ſeu pensamento crítico.

Na certeza do contributo indiſcutível deſte relatório para a melhoria da minha praxis, onde até então a família era recorrentemente aſſumida apenas enquanto reſurso, consideram-ſe alcançados os objectivos definidos, com o deſenvolvimento não ſó de uma metodologia de enfermagem avançada para as várias configurações de cuidar no meu quotidiano, como também e principalmente na conſtrução de uma nova identidade profeſſional, a identidade de enfermeira de família.

4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1º ANO DE VIDA DA UCC, Matosinhos, 2010 – **Unidade de Cuidados na Comunidade, 1º Ano de Vida, A Criação das UCC na ULSM**. Matosinhos: Hospital Pedro Hispano, 2010

ALARCÃO, Madalena (2002). **(Des)Equilíbrios familiares – uma visão sistémica** (2ªed.) Coimbra: Quarteto

AMENDOEIRA, José (1999). **A formação em enfermagem. Que conhecimentos? Que contextos?** Dissertação de mestrado. Universidade Nova de Lisboa

BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle (1995). **Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades**. Lisboa: Lusodidacta

CAEIRO, Rui (1991). **Registos Clínicos em Medicina Familiar**. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul – Ministério da Saúde

CEZAR-VAZ, Marta; MUCCILLO-BAISCH, Ana; SOARES, Maria; SOARES, Jorgana; COSTA, Valdecir; KERBER, Nalú; BONOW, Clarice; SANT'ANNA, Cynthia; CARDOSO, Letícia – **Sistema de significados sobre a finalidade do trabalho na saúde da família: uma abordagem qualitativa**. Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo: Universidade de S. Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 43, N.º: 4 (2009) p. 915-922): [em-linha]. [Consult. 2011-11-20]. Disponível em www. <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a25v43n4.pdf>

COLLIÈRE, Françoise (1999). **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. (2ª ed.) Loures: Lusociência

FIGUEIREDO, Maria (2009). **Enfermagem de Família: um contexto do cuidar**. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. [em linha] [Consult. 2010-09-27]. Disponível em www. <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%C3%ADlia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

FIGUEIREDO, Maria e MARTINS, Manuela – **Avaliação Familiar do Modelo de Calgary de Avaliação da Famílias aos Focos da Prática de Enfermagem**. Revista Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá: Universidade Estadual de Maringá. ISSN 1677-3861. Vol. 9, N.º:3 (2010) p. 552-559

GONÇALVES, Lúcia; COSTA, Maria; MARTINS, Maria; NASSAR, Sílvia; ZUNINO, Roberta – **A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. . Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de S. Paulo. ISSN 1518-8345. Vol. 19, N.º: 3 (2011). p. 458-466: [em-linha]. [Consult. 2011-11-20]. Disponível em www. <URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_03.pdf

HANSON, Shirley. (2005). **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família**(2ª ed.) Loures: Lusociência

HESBEEN, Walter. (2000). **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. (2ª ed.). Loures: Lusociência

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. (2006). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**: Versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

KAWATA, Lauren; MISHIMA, Silvana; CHIRELLI, Mara; PEREIRA, Maria; MATUMOTO, Sílvia; FORTUNA, Cinira – **Atributos Mobilizados pela Enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial**. Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo: Universidade de S. Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 45, N.º: 2 (2011) p. 349-355): [em-linha]. [Consult. 2011-11-20]. Disponível em www. <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a06.pdf>

LOPES, José (2003). **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição – Ministério da Saúde, Brasil

MACHADO, Paulo. (2003). **O Lugar dos idosos em Portugal e no Mundo**. [em-linha] [Consult. 2010-10-27]. Disponível em www. <URL:http://www.janusonline.pt/2003/2003_1_4_4.html

NUNES, Marta (2008). **Desafios Familiares: Parentalidade adoptiva e parentalidade biológica**. Dissertação de Mestrado em Psicologia na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa [em linha] [Consult. 2010-10-16]. Disponível em www. <URL: - <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/706>

OLIVEIRA, Juliana; TAVARES, Darlene – **Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: actuação do enfermeiro**. Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo: Universidade de S. Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 44, N.º: 3 (2010) p. 774-781: [em-linha]. [Consult. 2011-11-20]. Disponível em www. <URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/32.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2003). **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Lisboa: Autor

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2009). **Modelo de Desenvolvimento Profissional – Perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista**. Lisboa: Autor.

PEARSON, Alan; WIECHULA, Rick; COURT, Anthea; LOCKWOOD, Craig. (2005). **The JBI model of evidence-based healthcare**. [em linha] [Consult. 2010-12-1]. Disponível em www. <URL: http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/about/JBI_Model_2005.pdf

PIRES, Ana Luísa - **Educação e Formação ao Longo da Vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagem de competências**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e a Tecnologia, 2005. Tese de Doutoramento

PORTUGAL. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – **Unidades de Saúde: ACES**. [em-linha] 2010 [Consult. 2010-10-26]. Disponível em www. <URL: http://www.arslv.t.min-saude.pt/PrestacoesCuidadosSaude/UnidadesDeSaude/Paginas/can_USF.aspx

PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde – **Departamento da Qualidade na Saúde**. [em-linha] 2010. [Consult. 2010-11-26]. Disponível em www. <URL: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística – **Estatísticas Demográficas de 2008**. [em-linha] 2009. [Consult. 2010-11-26]. Disponível em www. <URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=71446801&PUBLICACOESmodo=2

PORTUGAL. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**: [em-linha]. [Consult. 2010-09-28]. Disponível em www. <URL: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_42.html

Regulamento n.º 126/2011. “DR II Serie”. 35 (2011-02-18) 8660-8661. [Consult. 2011-03-20]. Disponível em www: <URL: <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0866008661.pdf> > .

RELVAS, Ana (1996). **O ciclo vital da família, perspectiva sistémica**. Porto: Edições Afrontamento.

RICE, Robyn. (2004). **PRÁTICA DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS DOMICILIÁRIOS. Conceitos e Aplicação** 3ª Ed. Loures, Lusociência

ROCHA, Francisca; CARVALHO, Cecília; FIGUEIREDO, Maria; CALDAS, Célia – **O Cuidado do Enfermeiro ao idoso na estratégia de Saúde da Família**. Rev. enferm. UERJ. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. ISSN 0104-3552. Vol. 19, N.º: 2 (2011)p. 186-191: [em-linha]. [Consult. 2011-11-20]. Disponível em [www. <URL: http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a03.pdf](http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a03.pdf)

ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred; TIERNEY, Alison (2001). **O Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney**. Lisboa: Climepsi

SANT'ANNA, Cynthia; CEZAR-VAZ, Marta; CARDOSO, Leticia; ERDMANN, Alacoque; SOARES, Jorgana. – **Determinantes Sociais de Saúde: Características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família**. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. ISSN 1983-1447. Vol. 31, N.º: 1 (2010): [em-linha]. [Consult. 2011-11-20]. Disponível em [www. <URL: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a13v31n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a13v31n1.pdf)

SANTOS, Cristina; PIMENTA, Cibele; NOBRE, Moacyr – **A Estratégia PICO para a Construção da Pergunta de Pesquisa e Busca de Evidências**. Revista Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de S. Paulo. ISSN 1518-8345. Vol. 15, N.º: 3 (2007): [em-linha]. [Consult. 2011-08-28]. Disponível em [www. <URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf)

SCHRECK, Inês – **Cuidados do hospital no conforto da casa**. Jornal de Notícias 2010-03-14. Porto. [em-linha]. [Consult. 2011-11-28]. Disponível em [www. <URL: http://www.jn.pt/paginainicial/pais/concelho.aspx?Distrito=Porto&Concelho=Matosinhos&Option=Interior&content_id=1518539](http://www.jn.pt/paginainicial/pais/concelho.aspx?Distrito=Porto&Concelho=Matosinhos&Option=Interior&content_id=1518539)

SEQUEIRA, Carlos (2007). **Cuidar de idosos dependentes**. Coimbra: Quarteto editora

STANHOPE, Márcia; LANCASTTER, Jeanette. (1999). **Enfermagem Comunitária – Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. Lisboa: Lusociência

USF S. Domingos (2008). **Plano de acção (2008-2010)**. Santarém: Autor

ANEXOS

ANEXO I – Folhetos entregues à família E.

Cuidados com a sonda naso-gástrica

A sonda naso-gástrica é fixada através de adesivo ao nariz, devendo este ser trocado pelo enfermeiro ou sob a vigilância deste, para que a sonda não saia do sítio. Se a sonda se exteriorizar, ou seja se sair do sítio, parcial, ou totalmente, não deve tentar introduzi-la.



Avisar o enfermeiro do seu Centro de Saúde, para que este a introduza no sítio correcto.

Apesar da pessoa ser alimentado pela sonda, é muito importante que mantenha os cuidados de higiene oral da mesma, podendo usar a sua escova, ou uma compressa com um pouco de líquido apropriado para higiene oral. No final deve hidratar os lábios, com um baton hidratante ou vaselina.



O interior do nariz também deve ser limpo, com um cotonete com água ou soro fisiológico.

A sonda deve ser mudada com alguma regularidade, dependendo do material de que é feita, cabendo ao enfermeiro do centro de saúde, essa substituição.

Elaborado por: Vânia Luís (mestranda em enfermagem de saúde familiar)



Alimentação da pessoa em casa



Fevereiro, 2011

A alimentação é muito importante na recuperação da saúde do doente. Esta deve ser variada, incluindo fruta, legumes e vegetais, cereais (como o arroz), massas e pão, de preferência integrais.

Deve fazer várias refeições ao longo do dia, de forma a comer de 3 em 3 horas, e pouca quantidade de cada vez. Deve utilizar pouco sal, podendo usar cebola, alho, funcho ou outras especiarias para melhorar o sabor dos alimentos. Ao longo do dia, todas as pessoas devem beber cerca de 2 litros de água ou bebidas sem açúcar e sem gás, em especial quando está calor.

Assim, na hora das refeições a pessoa deve estar sentado e bem acordado, para evitar que se engasgue. Quando possível deve sentar-se a pessoa à mesa, na companhia de outras pessoas para que aprecie o momento da refeição.

Incentive a pessoa a comer sozinha, podendo cortar previamente os alimentos, ou triturá-los no caso do doente não ter dentes suficientes para mastigar, desde que este o consiga fazer.



A pessoa com sonda naso-gástrica

A sonda naso-gástrica é um “tubo” que é introduzido pelo nariz e vai até ao estômago, podendo assim alimentar e hidratar a pessoa com dificuldade em engolir.



Alimentar a pessoa com sonda naso-gástrica

- Os alimentos deverão ser bem triturados, de forma a passarem pela sonda sem a entupirem e devem estar a uma temperatura adequada para que não queime o estômago do doente;
- Pode utilizar vários alimentos desde que bem triturados, e pode fazer batidos de fruta cozida, misturando a água da cozedura. Pode dar pela sonda sopa, fruta cozida, iogurtes, medicamentos (triturados e diluídos em água);
- Deve lavar bem as mãos antes de mexer na sonda;
- A sonda apresenta uma extremidade onde deve adaptar uma seringa própria;
- Enquanto retira a “tampa” que fecha o orifício da sonda, deve clampá-la manualmente, fazendo uma “dobra no tubo”, evitando a entrada de ar e a saída de líquidos;
- Antes de dar a comida, deve aspirar com a seringa o conteúdo que está dentro do estômago. Se este for inferior a 200ml, volte a introduzir e pode dar a alimentação. Se for superior a 200ml, volte a introduzir o conteúdo e aguarde mais uma hora;
- Após essa hora deve voltar a aspirar com a seringa, se o conteúdo for inferior a 200ml, deverá dar apenas um chá. Se o conteúdo do estômago ainda for superior a 200ml, não deve dar nada e aguarde mais um pouco, porque a digestão dos alimentos está mais lenta. Se o doente estiver mal disposto avise o enfermeiro do seu centro de saúde;
- No final da alimentação deve sempre introduzir água, para hidratar a pessoa e lavar a sonda.

Coloque o lençol lavado sobre o colchão, do lado onde enrolou o lençol usado, juntando-o bem à pessoa, depois entale as pontas debaixo do colchão, tendo o cuidado de deixar o lençol bem esticado, podendo fazer uns nós nas pontas, para que não se solte. Pode ainda colocar um segundo lençol dobrado ao meio, a meio da cama para facilitar nas mobilizações da pessoa.



Vire a pessoa para o lado do lençol lavado. Depois do lado oposto da cama, puxe os lençóis (o usado e os lavados), tirando o usado para lavar e esticando bem os lavados, entalando-os debaixo do colchão com mais dois nós, mantendo-o bem esticado, para que não fique enrugado debaixo do doente.



Depois coloque a pessoa numa posição mais confortável, colocando almofadas para a posicionar. Coloque o lençol de cima e os cobertores, não prendendo muito no colchão aos pés da cama, para que não fiquem a fazer pressão sobre os pés da pessoa. Deve mudá-lo de posição pelo menos de 4 em 4 horas.



Elaborado
Vânia
(mestranda
enfermagem
saúde familiar)

por:
Luís
em
de



Higiene e Conforto da pessoa em casa



Fevereiro, 2011

O banho em casa

O banho é uma necessidade essencial para o bem-estar de todas as pessoas. Ao preparar o banho, deve ter em atenção vários pormenores, como a temperatura da água e o ambiente, que devem ser amenos. O local do banho, não deve ter correntes de ar. Deve colocar previamente junto da pessoa, tudo o que achar que vai precisar durante o banho, para que não tenha que o deixar sozinho, de forma a evitar acidentes. Assim, aconselhamos:

- Sabão ou sabonete neutro (glicerina)
- Champô
- Toalha
- Roupas lavadas



Se o banho for realizado na cama, deve também usar:

- Uma bacia com água morna
- Duas esponjas



Se a pessoa consegue ir à casa de banho para tomar banho, deve incentivá-la a fazer o que conseguir, no entanto, deve colocar no chão tapetes anti-derrapantes para que esta não escorregue no piso molhado.

No caso de tomar banho no chuveiro, deve colocar um banco dentro da base do chuveiro, para que a pessoa fique sentada durante a higiene. Deve sempre manter a porta da casa de banho entreaberta, de forma a poder entrar se esta precisar de ajuda.

Na higiene na cama, deve sempre começar pela cara e cabelo, seguindo-se depois o peito, braços e pernas, lavando a esponja na água várias vezes. Depois deve utilizar a segunda esponja apenas para a região dos genitais.

Vire a pessoa de lado na cama e lave as costas, novamente com a primeira esponja, e depois as nádegas e a região anal com a segunda esponja. Após o banho deve massajar todo o corpo com um creme hidratante, com movimentos circulares para activar a circulação sanguínea.

Durante o banho e a massagem de conforto, deve aproveitar para verificar o estado da pele, das unhas e dos cabelos, observando se existem lesões escondidas, como feridas ou zonas vermelhas na pele, devido à pressão do corpo sobre a cama.

O banho deve ser diário, no entanto os cabelos podem ser lavados regularmente e as unhas devem ser cortadas semanalmente. Os cuidados de higiene oral são também muito importantes, devendo lavar a boca e os dentes após as refeições e colocar batom hidratante nos lábios para os hidratar.

Mudar a roupa da cama com a pessoa deitada

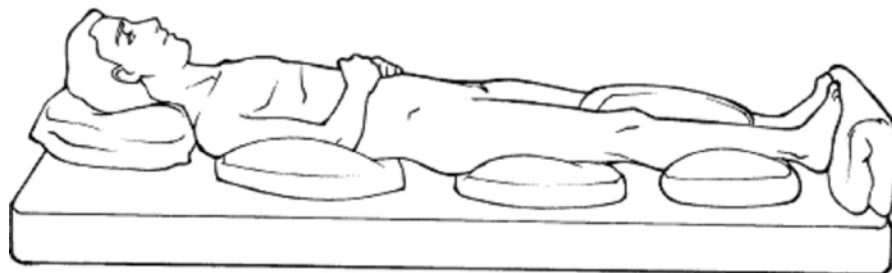
Para mudar a roupa da cama, deve colocar tudo o que precisa sobre uma cadeira aos pés da cama. Deve começar por desentalar a roupa da cama e retirar todas as almofadas. Vire a pessoa de lado e enrole o lençol de baixo usado para junto do corpo da mesma.



Deve mudar a pessoa de posição com frequência, no máximo de 4 em 4 horas;

Evite que a pessoa permaneça muito tempo sentada;

Deve utilizar almofadas para diminuir a pressão do corpo na cama ou na cadeira, podendo colocar almofadas redondas e com buraco no meio (tipo sogras) para colocar em algumas zonas de maior pressão;



Incentive a pessoa a movimentar-se e a mudar de posição;

A roupa da cama e da pessoa devem estar limpas, secas, sem migalhas e bem esticadas. A roupa de cima da cama, não deve ser pesada e fazer muita força sobre os pés;

Apesar de todos os cuidados, muitas vezes as feridas podem começar a surgir. Se notar zonas de vermelhidão que não passam num período de 24 horas e mesmo depois da pessoa ter mudado de posição, ou se aparecerem bolhas na pele deverá contactar o seu enfermeiro da USF, para que este faça a sua avaliação.

Elaborado por: Vânia Luís (mestranda em enfermagem de saúde familiar)



Movimentar e Levantar a pessoa acamada



Prevenir as úlceras de pressão

Fevereiro, 2011

A pessoa quando está acamada necessita de grande ajuda em relação à sua mobilidade. Movimentar e levantar a pessoa tem grande importância para estimular a independência e prevenir úlceras de pressão na pele. Sempre que possível deverá tentar arranjar ajuda para o momento do levante.

O levante da cadeira

Se for cadeira de rodas assegure-se que a cadeira de rodas está travada;

As cadeiras mais altas e com braços firmes ajudam a pessoa a manter a independência por mais tempo, pois facilitam o levante;

Encoraje a pessoa a chegar-se para a beira da cadeira e a ficar com os pés firmes no chão;

Posicione-se frente à pessoa e segure-a pela cintura, de preferência pelo cinto se esta o usar. Coloque os seus pés frente aos pés da pessoa para que não escorregue e dobrando os seus joelhos faça o impulso para levantar a pessoa, transferindo-a para outro sítio ou ajudando a dar alguns passos.



O levante da cama

Quando estiver a levantar a pessoa, mantenha os seus pés afastados e próximos da cama. Mantenha-se junto da pessoa e diga-lhe o que quer que ela faça;

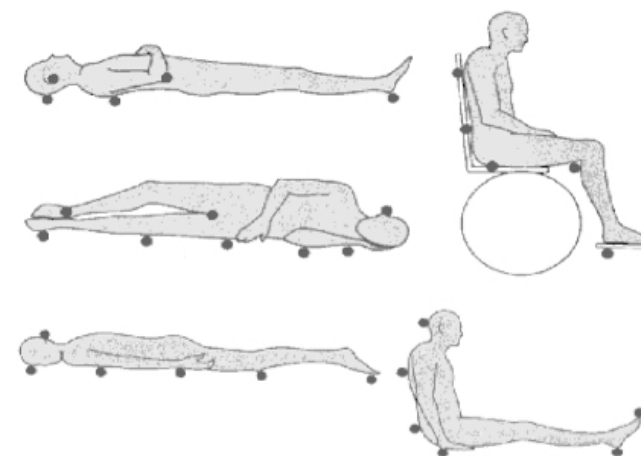
Evite sempre puxar a pessoa pelos braços, mas segure-a pelos ombros (omoplatas), pois pode deslocar as articulações;

Demore o tempo que lhe for necessário, nunca pegue em "peso". Com o levante pode lesionar as suas costas, tente evitar movimentos de "torção".

As úlceras de pressão

As úlceras de pressão ou "escaras" surgem principalmente nas pessoas que não se conseguem movimentar e ficam acamadas ou sentadas por muito tempo na mesma posição.

As zonas mais comuns para o aparecimento de úlceras de pressão são as proeminências ósseas, aumentando o risco quando a pessoa não tem controlo da urina e fezes, quando transpira muito, tem excesso de peso ou é muito magra, ou ainda em situações de uma alimentação pouco variada e de ingestão de pouca água.



Prevenir as úlceras de pressão

Para prevenir as úlceras de pressão deve proporcionar à pessoa uma alimentação variada e uma boa hidratação, devendo a pessoa ingerir cerca de 2 litros de água por dia;

A pele deve ser bem limpa, retirando todo o suor, urina ou fezes;

A pele deve ser massajada suavemente com movimentos circulares com creme hidratante, em especial nas áreas do corpo de maior pressão;

Deve aplicar uma pomada protectora nas regiões mais húmidas e de pregas;

Quando movimentar a pessoa deve tentar levantá-la e não arrastá-la na cama;

ANEXO II – Relato escrito enviado à autarquia local



Tamara Vilela
12-11-2012
Coordenadora
USF S. Domingos

Rosa Maria Feliciano

Cara Dr.^a [REDACTED]

Venho por este meio relatar-lhe a situação familiar exposta na passada semana.

A Sr.^a [REDACTED] de 84 anos, acamada, com necessidades continuadas de cuidados de saúde desde os últimos quatro anos, coabita com mais quatro adultos, nomeadamente um filho, uma filha, o genro e uma neta.

Vivem na [REDACTED], em [REDACTED], sendo o único acesso rodoviário, uma estrada sem pavimento alcatroado, de largura reduzida, ladeada pela linha ferroviária e por uma encosta sem protecção anti-aluimento.

Nas intempéries, ficam isolados, sem possibilidade de ocorrerem aos serviços de saúde com a Sr.^a [REDACTED] ou de receberem o apoio prestado pela equipa de saúde da USF de S. Domingos.

Esta situação é de grande constrangimento para a família, adoptando-se soluções extremas como verem a Sr.^a [REDACTED] ser transportada em maca de Bombeiros ao longo da linha ferroviária quando a sua situação de saúde assim o exige.

Solicitava então o parecer técnico das autoridades competentes, de forma a solucionar a situação, que se revela de risco não só para esta família, como para a equipa de saúde que se desloca em visita domiciliária.

Atenciosamente

Enfermeira Vânia Luís

(mestranda em Enfermagem de Saúde Familiar da E.S.S.S., em estágio na Unidade de Saúde Familiar de S. Domingos)

Com o conhecimento da Dr.^a Rosa Feliciano, coordenadora da USF de S. Domingos.

ANEXO III – Resposta da autarquia após peritagem realizada



Município de Santarém
CÂMARA MUNICIPAL
DIVISÃO DE ACÇÃO SOCIAL E SAÚDE

A' Sr.ª J.ª
para as devidas
exat.

EXMO(A). SENHOR(A)

Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar
de S. Domingos
Dr.ª Rosa Maria Feliciano
Rua Comendador Ladislau Teles Botas

2005-257 SANTARÉM

Vº REF.

DATA

Nº REF.

DATA

H-1/7
950205

13/04/2011

ASSUNTO: Pedido de Apoio Agregado Familiar – acessibilidades à [REDACTED]

No seguimento do solicitado pela Sra. Enfermeira Vânia Luís, relativamente à situação do agregado familiar residente nas [REDACTED], vimos por este meio informar, após vistoria técnica que, apesar das intervenções com alguma regularidade efectuadas pela Junta de Freguesia, o arruamento de acesso à [REDACTED] é um caminho de utilização particular, eventualmente em zona de jurisdição da REFER por via da proximidade da via-férrea.

Com os melhores cumprimentos

A Chefe de Divisão de Acção social e Saúde

(Maria Elisabete Filipe)

(No uso de competências subdelegadas, por via do
Despacho Conjunto n.º 7, de 19 de Novembro de 2010,
dos Senhores Vereadores Luísa Fêria e Vítor Gaspar)

SRM



Departamento de Acção Social,
Ambiente, património e Educação
Câmara Municipal de Santarém
Praça do Município
2005-245 Santarém
Tel.: 243 304 400
Fax.: 243 304 416
sócia@cm-santarém.pt
www.cm-santarém.pt

ANEXO IV – Norma orientadora para a visita domiciliar de enfermagem

INTRODUÇÃO

Os princípios de qualidade e eficiência são um propósito que acompanham todo e qualquer processo de cuidados, em qualquer contexto de actuação ou grupo profissional.

Como referido pelo Plano de Acção para 2008-2010 (2008) da unidade de saúde familiar de S. Domingos, a prestação de cuidados de saúde aos seus utentes será orientada por uma gestão competente, pela valorização do mérito e pela responsabilização eficaz e incentivo à produtividade.

A definição de normas de procedimentos de enfermagem é um processo importante no quotidiano dos enfermeiros, pretendendo disciplinar as práticas, definindo os procedimentos que orientam os profissionais numa prática segura e em prol do mesmo nível de qualidade.

As normas de actuação profissional pretendem enunciar a actuação desejada nos cuidados de enfermagem da instituição, descrevendo de forma detalhada e sequencial a actividade a desenvolver, permitindo não só organizar os cuidados, como compará-los entre si, facilitando por último, uniformizar os cuidados de enfermagem, com vista à melhoria continua e desenvolvimento profissional.

A visita domiciliária é um importante instrumento utilizado pelos profissionais de saúde, mais especificamente pelos enfermeiros da unidade de saúde familiar de S. Domingos, como forma de resposta às necessidades de saúde dos seus utentes, pelo que é indiscutível a pertinência da especificação de normas para esta actividade.

Assim, o presente documento tem por objectivos:

- Fornecer uma orientação para as práticas de enfermagem em visita domiciliária;
- Promover a eficiência e maior qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros que realizam visita domiciliária;
- Evitar erros devidos ao desconhecimento ou imperícia;
- Maximizar o conforto e segurança dos utentes/famílias alvo de visita domiciliária.

1 - VISITA DOMICILIÁRIA - DEFINIÇÃO

A assistência domiciliar define-se como a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com vista à promoção, restauro ou manutenção do conforto, função e saúde das pessoas, incluindo os cuidados para uma morte digna. Estes podem desenvolver-se no domínio preventivo, terapêutico, reabilitador ou de acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos.

Os cuidados de saúde domiciliários integram-se na carteira básica de serviços da USF de S. Domingos, sendo orientados para a resolução de problemas de saúde das pessoas em situação de dependência global, transitória ou crónica, que as impossibilite de se deslocarem à USF (PLANO DE ACÇÃO, 2008).

O plano de acção vigente define que os cuidados de saúde domiciliários realizam-se no domicílio dos utentes da USF, que não se incluem nos critérios para a integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, realizando-se através de visitas domiciliárias, sendo planeadas em função das necessidades dos utentes/famílias e dos objectivos delineados pelos profissionais (PLANO DE ACÇÃO, 2008).

A visita domiciliária é um dos instrumentos mais indicado na prestação de cuidados e assistência de saúde ao indivíduo, família e comunidade. Esta deve ser realizada de forma planeada e racional, delineada por objectivos definidos e pautada pelo princípio da eficiência. A visita domiciliária tem resultados comprovados, uma vez que permite a interacção entre os profissionais e os utentes/famílias no seu próprio contexto, contribuindo para a redução de gastos hospitalares, além de fortalecer o vínculo terapêutico entre o profissional e os seus utentes. Esta deve ser planeada em parceria com o utente/família alvo de cuidados, em respeito pelos princípios da qualidade e da ética.

No âmbito da educação para a saúde, a visita domiciliária é o instrumento que permite uma abordagem mais autêntica, permitindo um conhecimento mais fidedigno da realidade dos utentes, em qualquer contexto ou faixa etária, contribuindo para a mudança de padrões de comportamento, com vista à qualidade de vida, ou para o reconhecimento das suas condições contextuais, mobilizando-se as respostas sociais possíveis na área da saúde pública.

2 - ACTUAÇÃO/PLANEAMENTO DE CUIDADOS

2.1 - POPULAÇÃO ALVO

A população alvo da visita domiciliária serão todos os utentes inscritos na USF, independentemente da sua faixa etária e que apresentem dependência transitória ou crónica que os impeça de se deslocarem às instalações da USF e cuja periodicidade de cuidados não exceda a um contacto diário, nem ultrapasse uma hora e trinta minutos por dia em pelo menos três vezes na semana. Não poderão ainda ser assegurados os utentes com necessidades de cuidados para além dos dias úteis ou fora do horário entre as 8h e as 20h, ou que apresentem necessidades que ultrapassem as contratualizadas pela USF (PLANO DE ACÇÃO).

2.2 - ACTIVIDADES

As actividades planeadas pelo plano de acção para a visita domiciliária são nomeadamente:

- Identificação da Pessoa/Família em Risco sócio – laboral e/ou saúde.
- Consultas no domicílio aos utentes que necessitem de cuidados de saúde e de vigilância (médicos e enfermagem – *intervenção do tipo Informar*) e que não se possam deslocar à USF.
- Realização de visita domiciliária de enfermagem (*intervenção do tipo Executar*) para realização de cuidados curativos.
- Realização de visita domiciliária de enfermagem à puérpera e recém-nascido para promover a saúde e bem-estar.
- Realização de visita domiciliária de enfermagem a famílias inscritas na USF de S. Domingos para avaliação e intervenção sistémica da mesma.
- Promoção de auto-cuidado da pessoa/família.
- Promoção de saúde da pessoa/família.
- Adesão à Vacinação das Pessoas em Visita Domiciliária.

3 – OPERACIONALIZAÇÃO

Norma: Visitação Domiciliária	
PLANEAMENTO DA VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA:	
Verificar os elementos que pertencem ao agregado familiar no SAPE	Proporciona melhores e mais diferenciados cuidados, pelo conhecimento de informações básicas da família (ex.: nome, idade, número de familiares); Promove uma visitação domiciliária planeada e programada, de acordo com as disponibilidades dos envolvidos e sem que exista desperdício de tempo ou invasão do espaço próprio das famílias; Permite a gestão mais eficaz dos recursos;
Validar os programas de saúde activos para os vários elementos e intervenções planeadas activas	
Providenciar o material necessário para as intervenções planeadas (ex.: Aparelho de avaliação de glicemia capilar, esfigmomanómetro, balança, material de penso, etc)	
Confirmação da morada familiar	
Agendamento da visitação domiciliária	
REALIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIÁRIA:	
Avaliação Estrutural	
Confirmar o número de elementos pertencentes ao agregado familiar	Actualização da informação em SAPE, permitindo um melhor acompanhamento da população inscrita na unidade de saúde (realização de genograma familiar);
Validar a existência de redes formais ou informais de apoio à família, tais como vizinhos, instituições de apoio social, etc	Reconhece-se os recursos de que a família dispõe, podendo-se articular com os mesmos no planeamento e desenvolvimento de cuidados

	(elaboração de ecomapa). Promove-se a inserção social da família com a comunidade;
Reconhecer relações importantes ou alianças criadas na família entre si ou com outros	Mobiliza-se as relações importantes e de maior poder para promover alteração de comportamentos;
Avaliar a notação social da família através da escala de Graffar	Classifica-se socialmente a família face ao tipo de habitação, local de residência origem do rendimento familiar, profissão e instrução do principal provedor da família, determinando se os rendimentos serão suficientes às necessidades básicas da família ou se será necessário mobilizar respostas sociais para a mesma;
Avaliar o edifício residencial	Verifica-se a existência de barreiras arquitectónicas, higiene e organização da residência, tipo de aquecimento da residência, abastecimento de gás e água e se esta cumpre critérios de segurança (potabilidade, controlo regular da qualidade). Confirma-se o serviço de tratamento de resíduos e a presença de animais domésticos, bem como o seu estado de saúde (Vacinação/desparasitação) e espaço circundante;
Avaliação Desenvolvimental:	
Avaliar de acordo com a etapa do ciclo vital familiar a adaptação aos papéis e a concretização das tarefas evolutivas de desenvolvimento	Verifica-se por exemplo a adaptação e readaptação à conjugalidade, gravidez ou à parentalidade e os conhecimentos quanto ao planeamento familiar ou quanto ao desenvolvimento infanto-

	juvenil, para que mais facilmente despistem e actuem nas várias situações de saúde e doença. Observa-se a adaptação à saída dos filhos de casa e a readaptação à conjugalidade e a forma como se lida com o envelhecimento;
Avaliação Funcional-Instrumental:	
Verificar a existência de um membro da família com dependência, especificando em que actividades é dependente	Percepciona-se a especificidade da família, orientando a actuação de enfermagem nesse sentido;
Confirmar qual o elemento que se assume como principal prestador de cuidados e se desempenha essa responsabilidade em exclusivo	Reconhecimento do elemento cuidador principal, valorizando as suas actividades e apoiando-o nas dúvidas e necessidades decorrentes dessa responsabilidade. Valida-se a capacidade da família se reorganizar e intersubstituir em situação de necessidade ou de stress do prestador de cuidados;
Validar os conhecimentos do prestador de cuidados e se este demonstra comportamentos de adesão e/ou saturação do papel	Detectar dúvidas ou más práticas que comprometam a saúde da pessoa dependente ou do cuidador. Instruir o prestador de cuidados para melhor desempenhar o seu papel elogiando a adesão a comportamentos correctos de saúde;
Dimensão Funcional-Expressiva:	
Aplicar a escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe	Permite determinar a probabilidade de ocorrência de doença física e/ou psíquica no seio familiar, pela quantidade de acontecimentos significativos que ocorreram no ultimo ano na família, obrigando a uma maior ou menor

	readaptação;
Avaliar a coesão e adaptabilidade da família através da escala de FACES II	Permite compreender o tipo de coesão e de adaptabilidade que existe na família e o tipo de equilíbrio entre os elementos, possibilitando prever-se como a família reagirá em momentos de maior stress ou de mudança, alertando para a necessidade de intervenção para restabelecer o equilíbrio familiar;
Avaliar a percepção dos membros quanto à sua funcionalidade enquanto família, através da aplicação da escala de APGAR familiar de Smilkstein a todos os elementos no núcleo familiar	Indica-nos a percepção individual de cada membro da família relativamente à sua funcionalidade, sendo posteriormente possível a comparação dos resultados entre os elementos entre si, evidenciando discrepâncias de percepção entre os membros que podem indicar a necessidade de apoio ao(s) membro(s);
Realizar o teste do pezinho no momento da primeira visita à puérpera e recém-nascido, se esta ocorrer entre o 3º e 6º dia de vida do bebé	Pretende-se despistar alguma doença genética rastreada pelo teste do pezinho dentro da calendarização recomendada, evitando-se o transtorno da deslocação da puérpera e recém-nascido à unidade de saúde. Permite a avaliação familiar descrita anteriormente nesta etapa de vida familiar;
Vigiar amamentação e adaptação do casal à parentalidade, priorizando-se o atendimento à puérpera.	Observa-se e corrige-se se necessário a técnica da mamada, incluindo a observação das mamas e períneo da puérpera. Avalia-se a adaptação à parentalidade e os conhecimentos quanto aos cuidados e desenvolvimento do recém-nascido. Despistam-se sinais de

	depressão pós-parto, ou outras complicações decorrentes do mesmo;
Programar a próxima visita da família à USF de S. Domingos	Permite o encaminhamento da família em consultas de promoção e vigilância de saúde para o acompanhamento do desenvolvimento do bebé, puérpera e família enquanto sistema.
Vigiar peso, tensão arterial e/ou glicemia capilar, de acordo com os problemas de saúde e antecedentes pessoais de cada utente	Pretende-se a manutenção do estado de saúde do utente, minimizando-se situações de doença por descompensação clínica;
Capacitar a família para as suas necessidades de saúde, esclarecendo dúvidas e fornecendo-lhe os conhecimentos para que esta possa participar esclarecidamente no seu processo de saúde	Reconhecimento da família com parceira de cuidados, dando-lhe a capacidade de exercer essa parceria mais autenticamente, permitindo que esta tenha um papel activo na sua saúde, despistando mais precocemente situações de risco;
Executar actividades de enfermagem do âmbito curativo, tais como pensos ou administração de vacinas ou de medicação	Promoção da adesão ao Plano Nacional de Vacinação. Satisfação das necessidades de cuidados curativos de utentes com incapacidade temporária ou definitiva de deslocação;
REGISTOS	
Actualizar o número de elementos do agregado familiar e seus contactos	Proporciona a manutenção de um registo actualizado, que permita um conhecimento mais autêntico da população inscrita, facilitando o planeamento adequado de cuidados;
Identificar o tipo de família e etapa do ciclo de vida familiar em que se encontra (segundo Duvall)	Regista-se a etapa do ciclo vital familiar em que a família se encontra e a sua adaptação à mesma, facilitando a

	abordagem profissional, pelo despiste das transições e acontecimentos esperados para cada uma das etapas;
Registrar as redes mobilizadas pela família, especificando sempre que possível os serviços de que usufruem	Identifica-se os recursos de que a família dispõe e as necessidades que continuam por suprir, para que se possam articular as respostas necessárias;
Registrar as condições habitacionais da família	Percepciona-se as necessidades estruturais e materiais da família face à sua etapa de vida familiar. Permite a negociação para a aquisição de material prioritário para a segurança dos membros ou a identificação de problemas (reais ou potenciais) de saúde;
Registrar os parâmetros de saúde e tratamentos curativos realizados	Permite o acompanhamento da situação de saúde, bem como o registo dos consumos efectuados para uma melhor gestão dos recursos; Permite antecipar situações de doença, pela referenciação para outros elementos da equipa multi-disciplinar;
Registrar qualquer outro dado avaliado e que se seja pertinente para a continuidade dos cuidados	Proporciona o acompanhamento mais fidedigno da família pelas várias etapas do seu ciclo de vida familiar, mesmo em momentos de mudança ou de maior stress, ou em situações de ausência do seu enfermeiro de família, pela intersubstituição de enfermagem;
Planeamento da periodicidade adequada de visitas domiciliárias às famílias, fazendo marcação em sistema informático se necessário	Assegura a continuidade de cuidados às famílias inscritas na Unidade de Saúde.

4 - CONCLUSÃO

O presente documento pretende ser uma ferramenta de apoio à visita domiciliária, enquanto instrumento privilegiado de avaliação e intervenção de enfermagem à família. No entanto, compreende-se que seria exaustivo determinar todas as situações e particularidades com que o profissional se pode deparar, pelo que este deve medir as suas práticas pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e à luz dos conceitos da ética e deontologia.

Foi mobilizada a abordagem sistémica da família fornecida pelo Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar de Figueiredo (2009), como organizador de pensamento para os enfermeiros que realizam visita domiciliária. Para o ciclo de vida familiar, foi referido o ciclo de Duvall, no seguimento do estipulado pelo SAPE.

As escalas e instrumentos mencionados deverão ser mobilizados de acordo com a necessidade do enfermeiro no sentido de completar a sua abordagem e avaliação da família enquanto sistema, depreendendo-se assim que a sua aplicação não será obrigatória e dificultadora da relação empática e terapêutica entre o enfermeiro e a família. Em anexo será feita a disponibilização e uma breve descrição dos instrumentos de forma a poderem ser reproduzidos quando necessário para a prática de enfermagem.

Considera-se que a visita domiciliária quando realizada adequada e eficazmente, será uma mais-valia para a prática de enfermagem e para a saúde familiar, promovendo-se a parceria de cuidados entre os mesmos e a manutenção das pessoas no seu contexto o máximo tempo possível.

BIBLIOGRAFIA

CAEIRO, Rui (1991). **Registos Clínicos em Medicina Familiar**. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul – Ministério da Saúde

FIGUEIREDO, Maria (2009). **Enfermagem de Família: um contexto do cuidar**. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. [em linha] [Consult. 2010-09-27]. Disponível em www. <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%C3%ADlia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

NUNES, Marta (2008). **Desafios Familiares: Parentalidade adoptiva e parentalidade biológica**. Dissertação de Mestrado em Psicologia na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa [em linha] [Consult. 2010-10-16]. Disponível em www. <URL: - <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/706>

RELVAS, Ana (1996). **O ciclo vital da família, perspectiva sistémica**. Porto: Edições Afrontamento.

USF S. Domingos (2008). **Plano de acção (2008-2010)**. Santarém: Autor

USF S. Domingos. (2009). **Carta de Qualidade**. Santarém: Autor

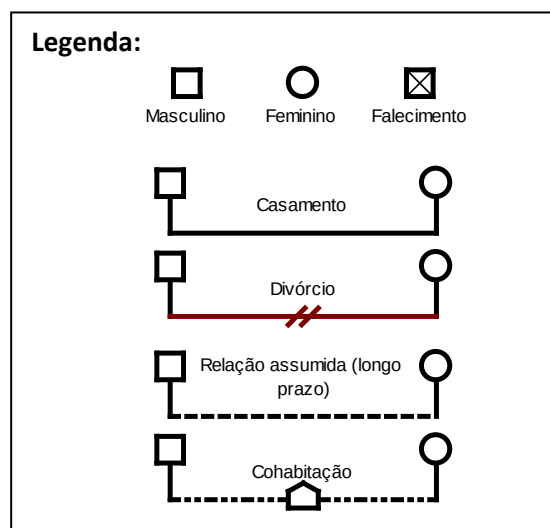
WRIGHT, Lorraine; LEAHEY, Maureen (2002). **Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família** (3ª ed.). São Paulo: Editora Roca

ANEXOS

ANEXO I - Genograma

O genograma é um dos instrumentos para avaliação estrutural interna, representando-a através de uma árvore familiar. Reflete dados acerca dos relacionamentos entre os membros ao longo do tempo, podendo também incluir dados de saúde, ocupação, religião, etnia e migrações, devendo representar pelo menos três gerações.

As pessoas são apresentadas por símbolos, sendo que geralmente, os indivíduos do sexo masculino são representados por quadrados e os do sexo feminino por círculos. Os membros da família são representados em séries horizontais, que significam linhagens de geração, distinguindo-se os casamentos de outros relacionamentos por diferentes simbologias, especificados por uma legenda como o exemplo a baixo. Os descendentes são denotados por linhas verticais, ordenados da esquerda para a direita por ordem de nascimentos (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

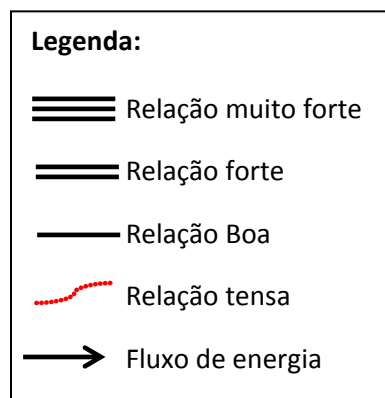


ANEXO II - Ecomapa

O ecomapa representa visualmente as relações e a sua natureza, desenvolvidas pela unidade familiar em relação à comunidade, à família extensa e aos sistemas mais amplos que a rodeiam, retratando ligações importantes de intervenção, como são as relações de stress.

Para a elaboração do ecomapa, representa-se a unidade familiar num círculo central, preenchendo-se depois com círculos exteriores, menores e circundantes, as estruturas de relação importantes de apresentar face ao contexto da família (WRIGHT e LEAHEY, 2002).

À semelhança do genograma deve ser acompanhado por uma legende que explique a simbologia aplicada, como no exemplo que se segue.



ANEXO III – Escala de Graffar adaptada

A escala de Graffar avalia as condições sócio-económicas da família, permitindo classificar a sua classe social, de forma a prever condições de risco, bem como alterações de comportamentos de saúde e de desenvolvimento psico-social.

As características da família serão classificadas nos cinco itens, profissão, nível de instrução, fonte de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspecto da zona habitacional. Ao grau 1 corresponderá a pontuação 1, ao grau 2 a pontuação 2 e assim sucessivamente, permitindo o somatório das pontuações de acordo com o número de itens avaliados. Esse somatório permitirá incluir a família numa classe social, numerada de I (classe alta) a V (classe baixa) (FIGUEIREDO, 2009).

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRaus	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	- Gr.industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos	- Licenciatura - Mestrado - Doutoramento	- Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível	- Casa ou andar luxuoso, espaço c/ máximo de conforto	- Zona residencial elegante	5 $\longleftrightarrow$ 9	4 $\longleftrightarrow$ 7	3	I CLASSE ALTA DATA ____/____/____
2	- Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intermédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens.Básico - Professores Ens.Secundário - Professores Universitários (s/ Doutoramento)	- Bacharelato ou Curso Superior c/duração $\leq$ 3 anos	- Altos vencimentos e honorários ($\geq$ 10 vezes o salário mínimo nacional)	- Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	- Bom local	10 $\longleftrightarrow$ 13	8 $\longleftrightarrow$ 10	4 $\longleftrightarrow$ 6	II CLASSE MÉDIA ALTA DATA ____/____/____
3	- Pequ. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Secção - Emp. Escritório (grau $\uparrow$) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados	- 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade	- Vencimentos certos	- Casa ou andar em bom estado de conservação, c/cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais	- Zona intermédia	14 $\longleftrightarrow$ 17	11 $\longleftrightarrow$ 13	7 $\longleftrightarrow$ 9	III CLASSE MÉDIA DATA ____/____/____
4	- Pequ. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau $\downarrow$) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível $\downarrow$	- Escolaridade $\geq$ 4 anos e < 9 anos	- Remunerações $\leq$ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos	- Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível	- Bairro social / operário - Zona antiga	18 $\longleftrightarrow$ 21	14 $\longleftrightarrow$ 16	10 $\longleftrightarrow$ 12	IV CLASSE MÉDIA BAIXA DATA ____/____/____
5	- Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	- Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos	- Assistência (subsídios) - RMG	- Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	- Bairro de lata ou equivalente	22 $\longleftrightarrow$ 25	17 $\longleftrightarrow$ 20	13 $\longleftrightarrow$ 15	V CLASSE BAIXA DATA ____/____/____

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courrier, Septembre, 1956, Vol. VI - n° 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459 Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .

ANEXO IV – Etapa do ciclo vital familiar

Numa perspectiva sistêmica, a família evolui e ajusta-se devido a pressões recorrentes da vida e em função da sobrevivência do sistema familiar. Estas mudanças desenvolvimentais ocorrem numa sequência previsível a nível organizacional familiar, com o cumprimento de tarefas específicas, denominando-se essa sequência de ciclo vital da família (RELVAS, 1996). As etapas que compõem o ciclo vital da família variam consoante o autor, sendo oito segundo Duvall (1977) citado por Relvas (1996, p.18):

1. Casal sem filhos.
2. Famílias com recém-nascido (tendo o filho mais velho até trinta meses).
3. Famílias com criança em idade pré-escolar (tendo o filho mais velho entre trinta meses e seis anos).
4. Famílias com criança em idade escolar (tendo o filho mais velho entre seis e treze anos).
5. Famílias com filhos adolescentes (tendo o filho mais velho entre treze e vinte anos).
6. Família com jovens adultos (desde a saída do primeiro filho de casa até ao último).
7. Casal de meia-idade (do ninho vazio até à reforma).
8. Envelhecimento (desde a reforma até à morte de um ou de ambos os cônjuges).

ANEXO V – Escala de readaptação social de Holmes e Rahe

A Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe mobilizada na Avaliação Funcional-Expressiva, possibilita a identificação de eventos familiares geradores de stress, permitindo equacionar uma relação entre os níveis de stress das transições familiares e o risco de surgirem doenças psicossomáticas em membros da família (FIGUEIREDO, 2009).

Esta escala surgiu na década de 70, criada por especialistas em stress da Universidade de Washington (Holmes e Rahe), sendo constituída por um índice de 43 factores de mudança, cotados numa escala de 1 a 100, quanto à sua capacidade de provocar stress.

Para a sua aplicação, devem-se somar as pontuações atribuídas à família ao longo do espaço de um ano. Um total de 150 atribui 50% de probabilidade de surgir um problema de saúde, sendo que um total superior a 300, aponta uma probabilidade de 90% desses problemas surgirem, indicando a importância de uma intervenção adequada (CAEIRO, 1991).

Nº	Acontecimento	Valor Médio
1	Morte de cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39

14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança da situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração n.º de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de actividades religiosas	19
36	Mudança de Actividades Sociais	18
37	Contrair uma Pequena Dívida	17
38	Mudança nos Hábitos de Sono	16
39	Mudança no Número de Reuniões Familiares	15
40	Mudança nos Hábitos Alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas Transgressões à Lei	11
TOTAL		

>300 pontos ano – 80% de probabilidade de adoecer de algum tipo de doença física ou psíquica.

>200 ≤ 300 pontos – 50% de probabilidade de adoecer.

150 – 200 – menor incidência de doenças.

ANEXO VI – Escala de avaliação da adaptabilidade e coesão familiar (FACES II)

A escala de FACES (Family Adaptability and Cohesion Scale) consiste num questionário de auto-avaliação do funcionamento familiar, podendo ser aplicada individualmente ou em grupo (ao casal). Existem quatro versões desenvolvidas desta escala pelos autores do Modelo Circumplexo (Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen, & Wilson, 1982; 1985; 1991; 2003; 2006; Olson, 1982; 1986; 1991) (FIGUEIREDO, 2009).

A FACES II consiste assim na segunda versão da escala, contendo trinta itens de avaliação familiar, sendo dezasseis pertencentes à dimensão de coesão e os restantes catorze à dimensão de adaptabilidade. Cada resposta é cotada de 1 a 5, obedecendo depois o somatório a uma fórmula específica, de forma a categorizar as famílias segundo quatro tipos, muito equilibrada, equilibrada, meio-termo e extrema (FIGUEIREDO, 2009).

A adaptabilidade consiste na capacidade do sistema familiar, para mudar a sua estrutura no que concerne ao poder, aos papéis e às regras, em resposta a situações de stress, num equilíbrio entre a mudança e a estabilidade. A coesão refere-se aos laços emocionais que existem na família e que unem os elementos entre si, avaliando como os membros da família reagem perante a separação e a aproximação (NUNES, 2008).

A versão da escala apresentada é a versão portuguesa de Otília Fernandes disponibilizada pela Professora Doutora Maria Henriqueta Figueiredo na sua tese de doutoramento. Para a interpretação dos scores obtidos pela aplicação da escala, considera-se facilitador os seguintes quadros da tese de mestrado em psicologia de Marta Nunes de 2008.

COESÃO		
8	80 74	Muito Ligado
7	73 71	
6	70 65	Ligado
5	64 60	
4	59 55	Separado
3	54 51	
2	50 35	Desligado
1	34 15	

Fonte: NUNES (2008)

ADAPTABILIDADE		
8	70 65	Muito Flexível
7	64 55	
6	54 50	Flexível
5	49 46	
4	45 43	Estruturado
3	42 40	
2	39 30	Rígido
1	29 15	

Fonte: NUNES (2008)

FACES II Versão Portuguesa de Otília Monteiro Fernandes (Coimbra, 1995)					
	Quase Nunca	De vez em quando	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Em casa ajudamo-nos uns aos outros quando temos dificuldade.					
2. Na nossa família cada um pode expressar livremente a sua opinião.					
3. É mais fácil discutir os problemas com pessoas que não são da família do que com elementos da família.					
4. Cada um de nós tem uma palavra a dizer sobre as principais decisões familiares.					
5. Em nossa casa a família costuma reunir-se toda na mesma sala.					
6. Em nossa casa os mais novos têm uma palavra a dizer na definição da disciplina.					
7. Na nossa família fazemos as coisas em conjunto.					
8. Em nossa casa discutimos os problemas e sentimo-nos bem com as soluções encontradas.					
9. Na nossa família cada um segue o seu próprio caminho.					
10. As responsabilidades da nossa casa rodam pelos vários elementos da família					
11. Cada um de nós conhece os melhores amigos dos outros elementos da família.					
12. É difícil saber quais são as normas que regulam a nossa família.					
13. Quando é necessário tomar uma decisão, temos o hábito de pedir a opinião uns aos outros.					
14. Os elementos da família são livres de dizerem aquilo que lhes apetece.					
15. Temos dificuldades em fazer coisas em conjunto, como família.					
16. Quando é preciso resolver problemas, as sugestões dos filhos são tidas em conta.					
17. Na nossa família sentimo-nos muito chegados uns aos outros.					
18. Na nossa família somos justos quanto à disciplina.					
19. Sentimo-nos mais chegados a pessoas que não da família do que a elementos da família.					

20. A nossa família tenta encontrar novas formas de resolver os problemas.					
21. Cada um de nós aceita o que a família decide.					
22. Na nossa família todos partilham responsabilidade.					
23. Gostamos de passar os tempos livres uns com os outros					
24. É difícil mudar as normas que regulam a nossa família.					
25. Em casa, os elementos da nossa família evitam-se uns aos outros					
26. Quando os problemas surgem todos fazemos cedências.					
27. Na nossa família aprovamos a escolha de amigos feita por cada um de nós.					
28. Em nossa casa temos medo de dizer aquilo que pensamos.					
29. Preferimos fazer as coisas apenas com alguns elementos da família do que com a família toda.					
30. Temos interesses e passatempos em comum uns com os outros					

Scores:

Coesão:

- Desmembrada ☐
- Separada ☐
- Ligada ☐
- Muito Ligada ☐

Adaptabilidade:

- Rígida ☐
- Estruturada ☐
- Flexível ☐
- Muito Flexível ☐

Tipo de Família:

- Muito Equilibrada ☐
- Equilibrada ☐
- Meio-termo ☐
- Extrema ☐

ANEXO VII – APGAR familiar de Smilkstein

O APGAR familiar desenvolvido por Smilkstein avalia a percepção do indivíduo relativamente à funcionalidade da sua família, em determinado momento, avaliando a família enquanto funcional ou disfuncional.

O APGAR é aplicado a cada um dos membros do agregado familiar, apresentando um conjunto de cinco questões, que avaliam:

- Adaptação (Adaptability) – o modo como os recursos são partilhados, reflectindo o grau de satisfação com a assistência recebida quando um dos membros recorre à família.
- Participação (Partnership) – o modo como as decisões são partilhadas, demonstrando a satisfação do membro com a reciprocidade na comunicação e resolução de problemas.
- Crescimento (Growth) – o modo como a maturidade é partilhada, manifestando a satisfação do membro pela liberdade concedida para mudança de funções, no processo de crescimento físico e emocional.
- Afecto (Affection) – o modo como as experiencias são partilhadas, revelando a satisfação do membro com a intimidade e interacção emocional partilhada na família.
- Decisão (Resolve) – o modo como o tempo é partilhado no seio familiar, reflectindo a satisfação do membro com a partilha de tempo, espaço e recursos materiais com a família.

O questionário equaciona três possíveis respostas, que conferem diferentes pontuações, dando a soma final o nível funcional da família (CAEIRO, 1991).

APGAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			
TOTAL:			

Quase sempre: 2 pontos

Algumas vezes: 1 ponto

Quase nunca: 0 pontos

Total:

7 a 10 – Família altamente funcional

4 a 6 – Família com moderada disfunção

0 a 3 – Família com acentuada disfunção

ANEXO V – Fichas dos artigos seleccionados pela Revisão Sistemática da Literatura

Artigo	A dinâmica de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal GONÇALVES, Lúcia; COSTA, Maria; MARTINS, Maria; NASSAR, Sílvia; ZUNINO, Roberta (2011)		
Desenho	Exploratório, Descritivo	Nível de Evidência	VI
Participantes	107 Idosos dependentes com mais de 80 anos e respectivos familiares cuidadores em contexto domiciliário na região do Porto		
Objectivos	• Conhecer a dinâmica do funcionamento familiar quanto a relações de cuidado entre famílias cuidadoras e idosos dependentes com mais de 80 anos • Produzir conhecimento que permita à enfermagem de família, planear as intervenções individualizadas às famílias cuidadoras de idosos no domicílio		
Intervenções	• Selecção da amostra por conveniência na área do Porto • Aplicação de instrumentos de dinâmica familiar, qualidade de vida e de estilo de vida		
Resultados	• A maioria dos idosos dependentes apresentam baixa escolaridade e são mulheres viúvas, sendo que 31,8% são casados e cuidados pelo cônjuge. • A maioria das cuidadoras são do sexo feminino e apresentam grau de parentesco com o idoso dependente. • Evidencia-se o aumento de cuidadores masculinos, sendo que no contexto do estudo e em comparação com estudo anterior, em quatro anos a percentagem de cuidadores masculinos duplicou. • Os cuidadores apresentam média etária de 58 anos, sendo maioritariamente casados e activos laboralmente. Percepcionam a sua saúde enquanto regular, com equivalência na qualidade e estilo de vida, cuja média de scores é mediana. • As percepções pessoais dos membros da família podem influir na dinâmica familiar, tornando-a mais ou menos adaptativa ou funcional, face a novas situações, como o cuidar de um membro dependente. • A funcionalidade familiar pela aplicação do APGAR familiar aos idosos dependentes, revela que estes vêm a sua família com boa ou moderada funcionalidade. No entanto, o estudo revela que 32,7% dos idosos está inserido em famílias com elevada ou moderada disfunção familiar, sendo que as autoras correlacionam este facto com o impacto da dependência do idoso nas famílias, podendo estas desenvolver formas de stress familiar, como na falta de adaptabilidade às mudanças de papéis, aos novos estilos de relações intra-familiares e às próprias relações de cuidado. • As famílias experimentam uma gama ambígua de sentimentos, como satisfação e orgulho, tristeza, frustração e revolta, contudo parecem vocacionadas para o cuidado do idoso, pela avaliação favorável da dinâmica familiar. Os motivos para a assunção do cuidado foram o dever, a obrigação, o compromisso conjugal, a reciprocidade e a gratidão pela vida conjugal duradoura. • As autoras salientam a importância da enfermagem alterar estereótipos e expandir conhecimentos quanto ao cuidador masculino e ao cuidador idoso, com implicações directas para a assistência da família. • Ressalva-se a importância da intervenção familiar, em especial por enfermeiros dado estarem envolvidos na administração das dificuldades familiares e dos problemas de idosos dependentes, quer sejam cuidados ou cuidadores. • Fornecesse subsídios importantes para o desenvolvimento do programa de saúde familiar e mais especificamente para a enfermagem de família, enfatizando-se a importância de compreender a família na óptica de cliente de serviços sociais e de saúde.		

Artigo	O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família ROCHA, Francisca; CARVALHO, Cecília; FIGUEIREDO, Maria; CALDAS, Célia (2011)		
Desenho	Descritivo, Qualitativo	Nível de Evidência	VI
Participantes	12 Enfermeiros que cuidam de idosos na estratégia de saúde da família há pelo menos dois anos.		
Objectivos	• Descrever e discutir o cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia de saúde da família • Analisar aspectos facilitadores ou dificultadores para esse cuidado.		
Intervenções	• Aplicada entrevista semi-estruturada aos participantes do estudo • Exame das narrativas dos enfermeiros pela análise de conteúdo • Análise dos dados categorizados em quatro temáticas emergentes das entrevistas, os modos de cuidado ao idoso, as estratégias de cuidado dos enfermeiros, a diversidade do cuidado psicossocial e familiar ao idoso pelo enfermeiro e ainda as possibilidades vs limites do cuidado efectivo do enfermeiro ao idoso.		
Resultados	• Atribui-se ao cuidado duas significações básicas ligadas entre si. A atitude de solicitude e atenção para com o outro e a preocupação e inquietação, uma vez que a pessoa que cuida sente-se envolvida e afectivamente ligada ao outro. • Aponta-se a importância do enfermeiro conhecer não só o individuo como a sua família em seu contexto de vida, consciencializando-se das suas práticas, crenças e valores. • Refere-se que o cuidado significa uma acção dinâmica, pensada e reflectida, envolvendo competência técnica, conhecimento científico e qualidades humanas, integrando a formação pessoal e a profissional. • Considera-se que a visita domiciliária e as práticas de promoção de saúde são acções relevantes com boa aceitação pelos idosos e famílias. Para os enfermeiros a visita domiciliária permite uma maior aproximação com a realidade, sendo uma oportunidade para compreender parte da dinâmica familiar, facilitando o planeamento da assistência e melhorando o vínculo entre os profissionais e os usuários. • A participação da família foi percebida como essencial na relação de cuidado, onde o enfermeiro mobiliza o aspecto social, psicológico e familiar para as suas intervenções, incluindo a realização de grupos terapêuticos, como resposta de cuidado ao idoso. Por outro lado, os relatos dos enfermeiros evidenciam a necessidade de redes de apoio social ou de encaminhar as famílias para grupos da comunidade, novas amizades ou ocupações de lazer. Relata-se a formação destes grupos como principal recurso terapêutico nos diferentes contextos de saúde, onde a relação profissional-cliente tem o intuito de diminuir sentimentos de medo, ansiedade e outras situações causadores de stress. • Ressalta-se a necessidade de colaboração de outros profissionais, como psicólogos e assistentes sociais, para restauração do bem-estar, equilíbrio emocional e qualidade dos cuidados ao idoso, reconhecendo o papel do apoio familiar neste processo de cuidados. • Distingue-se o papel da enfermagem na promoção de saúde e no desenvolvimento de novas competências para perspectivas mais humanizadas de cuidado. • Evidencia-se o cuidado com base em valores humanos, como o respeito e a solidariedade. • Reconhece-se limitações para a efectivação de um cuidado digno por falta de recursos humanos e materiais, bem como pela capacitação dos profissionais e estruturas físicas inadequadas.		

Artigo	Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial KAWATA, Lauren; MISHIMA, Silvana; CHIRELLI, Mara; PEREIRA, Maria; MATUMOTO, Sílvia; FORTUNA, Cinira (2011)		
Desenho	Exploratório, Descritivo, Qualitativo	Nível de Evidência	VI
Participantes	4 Enfermeiras que actuem na área da saúde da família há pelo menos um ano, de Unidades de Saúde Familiares do município de Ribeirão Preto, Brasil.		
Objectivos	• Identificar e analisar os atributos mobilizados pelas enfermeiras na área da saúde da família • Caracterizar os desempenhos das enfermeiras na construção da competência gerencial na área da saúde da família		
Intervenções	• Realizada observação participante de uma semana de trabalho das enfermeiras de saúde da família, num total de 160h. • Exame das observações pela análise de conteúdo. • Análise dos dados categorizados em cinco temáticas, a supervisão, o trabalho em equipa, o controlo social, a organização de trabalho e o planeamento.		
Resultados	• A supervisão como instrumento de controlo e educação constitui-se não só parte do processo colectivo de trabalho, como está relacionada com as demandas dos serviços e com os objectivos e finalidades do trabalho em saúde. A supervisão apresenta dimensões de educação, quer dos pares, quer de capacitação dos usuários, como de controlo, tendo o intuito de conferir, corrigir e informar. • O trabalho em equipa constitui um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho, podendo ser uma ferramenta que possibilita uma abordagem mais integral e resolutiva, uma vez que pode ser implementado visando as acções dos distintos profissionais. • O trabalho em equipa permite a avaliação do risco e das prioridades, articulando o cuidado para promover a continuidade, a intersectoralidade e a integralidade, pela mobilização da equipa multidisciplinar, reconhecendo a relevância do trabalho dos parceiros, podendo a reunião em equipa ser o momento utilizado para a tal integração. • O trabalho das enfermeiras de saúde da família na gestão do controlo social possibilita a construção da cidadania, no entanto fica aquém das expectativas, pois verifica-se que estas têm dificuldade em actuar enquanto sujeitos sociais, por demonstrarem dificuldades em promover ou desencadear processos de gestão, planeamento e avaliação mais participativos, pelo uso dos seus conhecimentos, habilidades e atitudes em prol da população. • Quanto à organização do trabalho para produção de cuidado destas enfermeiras, verifica-se que tomam decisões de forma centralizada, não buscando a responsabilização dos diferentes agentes envolvidos no processo de trabalho, pelo que não organizam o trabalho na lógica de educação permanente em saúde, embora participe activamente em discussões junto da equipa e embora realize o cuidado considerando o vínculo dos usuários do serviço. • Relativamente à coordenação e planeamento do trabalho evidencia-se que este está direccionado para actividades pontuais de promoção de saúde e educação permanente, sendo raras as iniciativas de planeamento mais global, voltado para a comunidade, não havendo um processo sistemático de avaliação das actividades desenvolvidas, salientando deste modo lacunas de gestão e no processo de tomada de decisão para a produção de cuidados. • Os atributos mobilizados pelas enfermeiras estão ainda muito centrados na organização do trabalho em saúde para o cuidado individual, com raras incursões para o planeamento sistematizado.		

Artigo	Atenção ao idoso na estratégia de saúde da família: actuação do enfermeiro OLIVEIRA, Juliana; TAVARES, Darlene (2010)		
Desenho	Exploratório, Descritivo, Qualitativo	Nível de Evidência	VI
Participantes	12 Enfermeiras que actuem na estratégia de saúde da família há pelo menos um ano, no município de Uberaba, Brasil.		
Objectivos	• Descrever a consulta de enfermagem ao idoso na estratégia de saúde da família • Identificar dificuldades na atenção à saúde do idoso • Revelar necessidades de aprendizagem e cursos de qualificação profissional realizados pelos enfermeiros nesta área de actuação		
Intervenções	• Realizada entrevista semi-estruturada • Exame dos testemunhos das enfermeiras pela análise de conteúdo. • Análise dos dados categorizados em duas temáticas, consulta de enfermagem ao idoso na estratégia de saúde da família e qualificação profissional para a atenção à saúde do idoso.		
Resultados	• Reforça-se que se pretende qualificar os profissionais e co-responsabilizá-los pelo cuidado prestado, estimulando a atenção integral à saúde de todos os membros familiares, nas diversas fases do ciclo vital. • A consulta de enfermagem é assumida como uma necessidade, que implementada nos serviços de saúde facilitará o trabalho multiprofissional, o desenvolvimento de práticas intersectoriais, o relacionamento interpessoal com cliente e familiares e o cuidado baseado na cientificidade. • Evidencia-se a escassez de recursos face ao número de usuários, sendo que o número de consultas de atendimentos de enfermagem/mês não atingiu o número de idosos inscritos na unidade de saúde, reafirmando-se a necessidade de planeamento em saúde e a sobrecarga das enfermeiras. • A atenção domiciliária é vista como favorável à compreensão do espaço social dos sujeitos e familiares, ampliando as possibilidades de actuação dos profissionais de saúde e o estabelecimento de parcerias para a realização do cuidado, dado fomentar a reflexão e revisão das atitudes profissionais. A atenção domiciliária tem potencial para sensibilizar o modo de agir e pensar dos profissionais e não somente somar mais tarefas aos já saturados serviços de saúde. • Enfatiza-se a necessidade de estimular a autonomia e independência da população idosa, estimulando o auto-cuidado, no entanto torna-se essencial o envolvimento dos familiares neste processo. O trabalho das enfermeiras visa auxiliar os clientes e famílias a identificar e resolver se possível, os desajustes inter-acçãoais, para além da resolução de problemas e tomada de decisões. O foco do cuidado é então ajudar e capacitar o cliente e família, para que esta se organize para atender às necessidades de saúde-doença dos seus membros, mobilizando os seus recursos, promovendo apoio mútuo e crescimento conjunto. As famílias representam frequentemente a principal fonte de sustento e apoio dos idosos, pelo que o trabalho do cuidador representa esforço mental, físico, psicológico e um considerável ónus financeiro. • A complexidade do trabalho em saúde requer co-responsabilidades, incentivando a busca de parcerias entre os agentes sociais envolvidos na saúde. No entanto esta articulação permanece frequentemente no âmbito profissional e não no institucional. • O enfermeiro está cada vez mais preocupado com a melhoria da qualidade da atenção oferecida aos clientes, sendo que a aprendizagem contínua tem o papel de desenvolver os profissionais para desempenharem actividades com maior segurança, dinamismo e de forma individualizada, no contexto colectivo e familiar.		

Artigo	Determinantes Sociais de Saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família SANT'ANNA, Cynthia; CEZAR-VAZ, Marta; CARDOSO, Leticia; ERDMANN, Alacoque; SOARES, Jorgana (2010)		
Desenho	Exploratório, Descritivo, Qualitativo	Nível de Evidência	VI
Participantes	65 Enfermeiras que actuem na estratégia saúde da família do município de Rio Grande do Sul, Brasil.		
Objectivos	• Identificar determinantes sociais de saúde percebidos pelas enfermeiras • Caracterizar a comunidade e analisar a relação do trabalho desenvolvido pelas enfermeiras neste domínio		
Intervenções	• Realizada entrevista semi-estruturada gravada. • Exame das entrevistas pela análise de conteúdo. • Análise dos dados categorizados em três temáticas, Determinantes Proximais, Determinantes Intermediários e Determinantes Distais.		
Resultados	• Nos determinantes Proximais as enfermeiras associam as características anatomofisiológicas dos indivíduos como condicionantes de saúde. Nos determinantes intermediários, compreende-se dos relatos que se associam as interações sociais e os recursos da comunidade como condicionantes de vida e saúde e por último nos determinantes distais as enfermeiras salientam as características sócio-ambientais como condicionantes de saúde, mobilizando as realidades do ambiente de trabalho, fontes de renda, saneamento básico, habitação, serviços sociais de saúde e cultura das famílias. • A comunidade condiciona e determina a saúde e o adoecimento, na relação entre os indivíduos e os sistemas ambientais em que vivem. • Evidencia-se que o ambiente condiciona incisivamente o quotidiano dos indivíduos, seja impondo limites de locomoção, tipo de produção ou socialização. • O trabalho das enfermeiras salienta-se de entre o grupo multiprofissional como agentes propulsoras de acções interactivas e integrativas na relação com os demais grupos da comunidade, podendo-se caracterizar as enfermeiras enquanto articuladoras do trabalho multidisciplinar ao intervirem nas várias dimensões de saúde e de doença, dos indivíduos, família e grupo, em contexto sócio-ambiental comunitário. • Dos relatos das enfermeiras salienta-se a ausência de espaços de lazer nas redes sociais, comunitárias e de saúde, pelo que os indivíduos utilizam os serviços de saúde, participam em grupos religiosos, no conselho local de saúde e em grupos de saúde mental como formas de socialização. • Considera-se que essas redes de apoio social podem representar um potencial de redução de transtornos mentais, ainda que igualmente relacionado com os factores idade, escolaridade e participação no mercado de trabalho, pois promove as inter-relações entre os grupos, produzindo auto-confiança e poder para lidar com os problemas do quotidiano. • Na óptica da saúde relacionada com bons hábitos, as enfermeiras de saúde da família desenvolvem a sua atenção a indivíduos acometidos por doenças crónico-degenerativas, em actividades educativas e informativas individuais ou colectivas, incluindo conteúdos relativos à patologia, suas implicações e riscos. • Conclui-se que a saúde e seus determinantes devem ser equacionados na dimensão social, cultural e económica, que se manifesta no contexto dos indivíduos e sua colectividade. • Infere-se a relação directa entre ambiente e saúde, destacando-se o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras da saúde da família, o qual pode ser considerado uma parceria de sucesso no desenvolvimento de uma atenção integral.		

Artigo	Sistema de significados sobre a finalidade do trabalho na saúde da família: uma abordagem qualitativa CEZAR-VAZ, Marta; MUCCILLO-BAISCH, Ana; SOARES, Maria; SOARES, Jorgana; COSTA, Valdecir; KERBER, Nalú; BONOW, Clarice; SANT'ANNA, Cynthia; CARDOSO, Letícia (2009)		
Desenho	Exploratório, Descritivo, Qualitativo	Nível de Evidência	VI
Participantes	82 Profissionais de saúde, entre enfermeiros e médicos integrantes das equipes de saúde da família, do município de Rio Grande e Pelotas, Brasil.		
Objectivos	Compreender o sistema de significados sobre a finalidade do trabalho dos profissionais participantes.		
Intervenções	- Realizada entrevista semi-estruturada gravada. - Exame das entrevistas pela análise de conteúdo. - Análise dos dados categorizados em duas temáticas: o sentido instrumental da relação entre necessidades sociais de saúde e finalidade do trabalho e a necessidade de humanizar a finalidade do trabalho e a relação entre esta e o limite do trabalho.		
Resultados	- Evidencia-se nos discursos dos profissionais que estes vêem na relação de cuidado a possibilidade do exercício para uma prática socialmente diferenciada daquela centralizada na cura da doença, ou seja, uma continuidade que diminua as possibilidades negativas dos estados de doença. - Enfatiza-se a necessidade social de humanizar a finalidade do trabalho, não somente no que concerne ao sentido da carência, mas também da potencialidade de mudanças nos indivíduos e diferentes grupos sociais. - Ao desenvolverem o seu trabalho, os profissionais estabelecem vínculos de compromisso e co-responsabilidades com a população, ampliando assim a finalidade do trabalho, tendo por referência a dimensão da ética e as carências sociais vivenciadas no quotidiano de trabalho, que transcendem o sector saúde e têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. - A centralidade da finalidade instrumental do trabalho tem o sentido de sensibilizar os indivíduos e grupos para possibilitar mudanças positivas nas condições de vida. - Para que ocorra reciprocidade social é necessária a construção de vínculos de compromisso e de co-responsabilização entre os indivíduos ou grupos da comunidade e os profissionais, mobilizando o dever da solidariedade para com os mesmos, cujas necessidades não são reconhecidas parcial ou plenamente. - Os profissionais estabelecem relações de consciencialização mútua com a população, acrescentando um vínculo humanizado à finalidade ao trabalho no sentido de melhorar. Este melhorar apresenta-se associado à sensibilidade dos profissionais no processo de aproximação com a comunidade, estreitando potencialidades de mudança nos usuários de cuidados, sendo que esta sensibilidade aparece mais frequentemente nos discursos dos enfermeiros do que no dos restantes profissionais de saúde inquiridos. - Conclui-se que falar de humanizar a finalidade do trabalho, é assumir uma redundância ontológica. Falar de humanizar é elucidar a relação, entre a vontade e o limite imposto pela própria acção.		

ANEXO VI – Artigo: A dinâmica de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal

A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal¹

Lucia Hisako Takase Gonçalves²

Maria Arminda Mendes Costa³

Maria Manoela Martins⁴

Silvia Modesto Nassar⁵

Roberta Zunino⁶

Este é um estudo descritivo que objetivou conhecer a dinâmica de família de idosos com 80 anos ou mais, sob cuidados do familiar cuidador, em domicílio. Cuidadores e idosos, registrados na unidade de saúde familiar da grande região do Porto, compuseram amostra de 107 unidades. Dados colhidos entre 9/2009 e 3/2010, por instrumentos de dinâmica familiar, qualidade de vida e de estilo de vida, resultaram em: aumento de cuidador masculino e de cônjuge idoso de seu par dependente e inclusão substancial no elenco de familiares cuidadores: netas(os), sobrinhas(os) e irmãs(os). Estilo de vida do cuidador revelou-se regular como também a qualidade de vida de ambos: cuidador e idoso, apesar de a dinâmica de família se mostrar de boa funcionalidade. Limitações impedem a generalização dos resultados, porém, fornece subsídios relevantes para o desenvolvimento do programa de saúde familiar e de enfermagem de família.

Descritores: Família; Idoso de 80 Anos ou mais; Programa Saúde da Família; Enfermagem de Família.

¹ Parte do projeto multicêntrico DIFAI (Dinâmica da família de idosos mais idosos: o convívio e cuidados na quarta idade nos contextos Florianópolis, SC; Palmeira das Missões, RS; Jequié, BA; Belém, PA e Porto, Pt). Apoio financeiro do Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento e Tecnológico (CNPq), processo nº 474154/2008-4.

² Doutora em Enfermagem. Professor, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: lucia.takase@pq.cnpq.br.

³ Doutora em Educação. Professora, Universidade do Porto, Portugal. E-mail: arminda@esenf.pt.

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. E-mail: mmartins@esenf.pt.

⁵ Doutora em Ciências Estatísticas e da Computação. Professora, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: silvianassar@ctc.ufsc.br.

⁶ Aluna do curso de graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: roberta.zunino@hotmail.com.

Endereço para correspondência:

Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Campus Universitário Trindade
Bairro: Trindade
CEP: 880400-960 Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: lucia@ccs.ufsc.br

The Family Dynamics of Elder Elderly in the Context of Porto, Portugal

Descriptive study aiming to understand the family dynamics of elderly people aged 80 years or older, receiving family care at home. Caregivers and elderly, registered at the family health unit of Greater Porto, comprised a sample of 107 pairs. Data were collected between 09/2009 and 03/2010. The following instruments were applied: family APGAR, quality of life and lifestyle scale. The results that stand out are: increase in male partners serving as caregivers for dependent partners; substantial inclusion in the list of family caregivers: grandchildren, nieces, nephews, siblings. The caregiver lifestyle was considered regular, as well as the caregiver and elderly's quality of life, although the family dynamics showed to work well. Limitations prevent further generalizations, but offer relevant support for the development of the family health and family nursing program.

Descriptors: Family; Aged, 80 and over; Family Health Program; Family Nursing.

La dinámica de la familia de ancianos con edad avanzada en el contexto de la ciudad de Porto, Portugal

Se trata de un estudio descriptivo, que tuvo por objetivo conocer la dinámica de familia de ancianos con 80 años o más, bajo cuidados de familiar, en su domicilio. El cuidador y el anciano, que estaban registrados en la unidad de salud familiar de la grande región de la ciudad de Porto, en Portugal, compusieron la muestra de 107 sujetos pareados. Los datos fueron recolectados entre 09/2009 y 03/2010 por medio del APGAR familiar, de calidad de vida y de estilo de vida; los resultados mostraron: aumento de cuidador masculino; conyugue anciano dependiente de su par; e, inclusión substancial de familiares en el elenco de cuidadores (nietas(os), sobrinos(os), hermanas(os)). A pesar de la dinámica de la familia mostrarse de buena funcionalidad, el estilo de vida del cuidador y la calidad de vida de ambos (cuidador y anciano) se mostraron regulares. Las limitaciones del estudio impiden la generalización de los resultados; sin embargo ofrece subsidios relevantes para el desarrollo del programa de salud familiar y de enfermería de familia.

Descriptores: Familia; Anciano de 80 o Más años; Programa de Salud Familiar; Enfermería de la Familia.

Introdução

Em todo o mundo, principalmente nos países desenvolvidos, em especial no conjunto dos países da União Europeia, as questões que provêm do envelhecimento da população e do aumento da longevidade das pessoas têm levantado discussões das mais variadas naturezas, notadamente das políticas públicas de assistência de saúde e de cuidados prolongados e contínuos para a população que envelhece⁽¹⁾. Desde o final da década de 90, Portugal vem demonstrando alteração na estrutura demográfica com número de idosos (65 anos e mais) a aumentar, tanto em números relativos quanto absolutos. O censo de 2001⁽²⁾ revela que Portugal conta com população de 10,356 milhões de habitantes com 16,4% de idosos (1,693 milhões), sendo que quase a

metade é composta por idosos mais idosos (690.125), indicando o envelhecimento simultâneo no próprio estrato. A distribuição da população idosa, contudo, não é homogênea: a assimetria socioeconômica coincide com a assimetria geográfica entre o litoral e o interior. Esse último com população mais envelhecida e empobrecida. Associada principalmente às condições socioeconômicas desfavoráveis, a longevidade repercute negativamente nos idosos em sua funcionalidade, fragilizando-os. A pobreza afeta, sobretudo, os idosos⁽²⁾, pois a atual taxa de risco de pobreza em idosos (24%) situa-se acima da taxa geral (15%). É possível muitos idosos manterem-se ativos e plenamente independentes até o final de sua existência, apesar das ameaças concretas de prevalência de afecções

crônico-degenerativas⁽³⁾. A prevalência da cronicidade e longevidade tem contribuído para o aumento de idosos com limitações funcionais, implicando em cuidados constantes por parte dos serviços de saúde e, sobretudo, das famílias⁽³⁻⁴⁾. Geralmente esses cuidados são dispensados no domicílio, recaindo notadamente sobre um de seus membros, como o cuidador principal. Outros membros da família podem auxiliar em atividades complementares, daí serem chamados cuidadores secundários⁽⁵⁻⁶⁾. O domicílio é visto hoje como espaço em que pessoas dependentes, idosas ou não, podem se manter estáveis e com qualidade de vida. A experiência de cuidar em casa tem-se tornado cada vez mais frequente no cotidiano familiar⁽⁶⁻⁷⁾. Em consonância com essa tendência, as políticas de atenção ao idoso defendem que o domicílio se constitui no melhor local para o idoso envelhecer, com possibilidades de garantir a autonomia e preservar sua identidade e dignidade. Cuidar de idosos dependentes, acometidos por afecções crônicas ou agudas, constitui-se em condição frequente entre as famílias.

Ao longo da história, na maioria dos países, o cuidado do idoso é exercido por mulheres, principalmente esposas, filhas e netas, o qual se explica pela tradição de as mulheres desempenharem funções essencialmente domésticas e familiares. Contudo, essa realidade vem sendo modificada pela participação progressiva da mulher no mercado de trabalho, entre outros fatores. Mesmo assim, elas vêm exercendo o papel de cuidadora, acumulando suas atividades de cuidar com as atividades domésticas, além de trabalho fora do lar. Tal sobrecarga tem contribuído para o descuido de outrem e comprometimento da própria saúde⁽⁵⁻⁷⁾. Embora a literatura atual sinalize as múltiplas características e necessidades da família cuidadora de idosos dependentes, faltam conhecimentos contextualizados, considerando que esses idosos têm se tornado mais velhos, mais ou menos fragilizados, dependendo das circunstâncias, indicando novas demandas a emergir. Assim, o presente estudo teve por objetivo conhecer a dinâmica do funcionamento familiar no contexto das relações de cuidado diuturno, entre a família cuidadora e o parente mais idoso (80 anos e mais), dependente de cuidados.

Dinâmica familiar – uma referência conceitual

Na investigação da dinâmica familiar, é importante explorar suas relações na qual se visualiza a harmonia ou desarmonia no funcionamento da unidade de cuidados, como no presente caso, em que há um membro em condição de dependência, o idoso em situação de fragilidade pela idade avançada, requerendo, por parte da família, proteção, cuidado, solidariedade, afeição e amor.

Contudo, a idealização de família como cenário de proteção e cuidados pode tomar contornos como de um lugar de violência e de opressão⁽⁷⁻⁸⁾. Ante essa possibilidade, a avaliação é essencial para intervenção de saúde. O *APGAR*⁽⁸⁻⁹⁾, eficiente teste de *screening* de funcionamento familiar, avalia por meio de cinco questões as dimensões: adaptação (*adaptation*), companheirismo (*partnership*), desenvolvimento (*growth*), afetividade (*affection*) e capacidade resolutive (*resolve*). A função familiar refere-se à maneira pela qual a família é vista por seus membros no atendimento desse compromisso e permite identificar as percepções individuais dos valores da família, como recurso psicossocial ou como suporte social. Como o indivíduo percebe a eficácia e a qualidade desse recurso influenciará, significativamente, seu estado de saúde. A família saudável é a que demonstra a integridade desses componentes, por representar sua unidade de sustentação e cuidados. Altos índices do *APGAR* demonstram maior capacidade de adaptação da família à nova situação e possíveis e prováveis mudanças de papéis, enquanto baixo índice pode representar ambiente estressante de baixa adaptabilidade à nova situação e, assim, requerer intervenções rápidas e apropriadas.

Método

Trata-se de estudo do tipo exploratório, de natureza diagnóstico-avaliativa e cujos participantes constituíram-se por par formado por familiar cuidador principal e idoso de 80 e mais anos, dependente de cuidados da saúde e nas atividades do seu viver diário. Porto, localizado no litoral norte de Portugal, foi o contexto do estudo. A grande região do Porto^(2,10) concentra população de 263.131 habitantes. Segundo projeções demográficas, sua taxa é de 19,4%, maior que a média do país (16,4%) e, em números absolutos, são 51.047, dos quais 32.517 (63,7%) mulheres e 18.530 (36,3%) homens. Quanto ao grupo etário de 85 e mais anos, são de 3.947 (1,5%).

O Ministério da Saúde encontra-se empenhado na implementação das Unidades de Saúde Familiar em todo o território nacional⁽¹¹⁻¹²⁾, e é onde se encontram cadastrados os idosos convivendo em família. Enfermeiros da equipe de saúde familiar têm sido essenciais, participando da vinculação das famílias em torno das ações de promoção e cuidados de saúde, desenvolvidas no âmbito comunitário e doméstico. As Unidades de Saúde Familiar do Porto têm expandido, somando atualmente 64 unidades das 119 existentes em toda a Região Norte do país⁽¹¹⁻¹²⁾. A população alvo do estudo constituiu-se de famílias com idosos dependentes de cuidados, aos 80 e mais anos, vivendo em ambiente doméstico/familiar, cujo controle e

cuidados da vida e saúde são realizados por seus familiares. A amostra foi obtida por conveniência, localizando-se os pares nas unidades de saúde familiar onde havia maior concentração de idosos registrados e mais acessíveis à equipe de pesquisa. Os critérios de inclusão, definidos na seleção dos participantes, foram: famílias registradas na Unidade de Saúde Familiar, cujos idosos tinham indicação de visita domiciliar por serem dependentes de cuidados, ambos do par em condições de responder as perguntas do pesquisador e, ao mesmo tempo, aceitar voluntariamente participar do estudo, e, à época da coleta de dados, o idoso não deveria estar hospitalizado. A coleta de dados se deu no período entre 9/2009 e 3/2010. Os pares selecionados foram convidados e, após aceitarem, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e os instrumentos foram aplicados. O QPFC - questionário de perfil da família cuidadora⁽¹³⁾ foi aplicado ao familiar cuidador para responder as questões de identificação, acerca das variáveis sociodemográficas, do estado de saúde e situações de cuidado de ambos, o familiar cuidador e o idoso dependente. Ao idoso foi-lhe aplicado o já referido *Family APGAR*⁽⁸⁻⁹⁾, contendo cinco questões simples sobre adaptação intrafamiliar, convivência e comunicação, crescimento e desenvolvimento, afeto e dedicação da família, com as seguintes opções de resposta: sempre, quase sempre, algumas vezes, raramente e nunca, com pontuação de, respectivamente, quatro, três, dois pontos, um ponto e zero. A avaliação se faz pelo valor da pontuação total obtida, classificando a família em três tipos: a altamente funcional, moderadamente funcional e família com disfunção acentuada. Os estudos de validade e credibilidade desse teste garantem a segurança na sua aplicação⁽⁹⁾. Para complementar os resultados da dinâmica familiar, avaliou-se, também, a percepção individual em aspectos correlatos, como qualidade de vida e estilo de vida. Assim, aos familiares e aos idosos, foi aplicado o WHOQOL⁽¹⁴⁻¹⁶⁾, instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS). A versão WHOQOL-Brief, de 26 questões, que abrange quatro domínios, preservadas as vinte e quatro facetas do original WHOQOL-100, foi aplicada aos familiares. Cada questão tem cinco opções de resposta do tipo Likert, oscilando de 1 a 5 pontos. Para os idosos, além do WHOQOL - Brief, aplicou-se o WHOQOL - Old de 24 questões, que inclui facetas específicas, como: funcionamento do sensorio; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; morte e morrer e intimidade. Em todas as variantes, o WHOQOL foi testado, obtendo bons índices de validade e confiabilidade⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Ademais, para os familiares, aplicou-se também a escala de bem-estar⁽¹⁷⁾, que avalia o estilo de vida de comportamentos que afetam a saúde. Essa

escala avalia cinco ações habituais: nutrição, atividades físicas, comportamentos preventivos para a saúde, relações sociais e controle de estresse, que refletem atitudes, valores e oportunidades das pessoas. Cada ação com 3 itens, perfazendo o total de 15 questões, poderá receber resposta com pontuação de zero a 3 para cada item. A pontuação máxima total, na escala, é de 45, que corresponde ao ótimo estilo de vida, e a pontuação mínima zero, ao inadequado estilo de vida. Seus testes conferem aceitável validade e confiabilidade⁽¹⁷⁾. O presente projeto, para replicação em vários centros, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (sede da coordenação do projeto), conforme a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, Brasil, sendo aprovado e registrado sob nº051/08.

Resultados

Caracterização da amostra

A amostra, composta por 107 idosos de 80 e mais anos de idade e seus respectivos familiares cuidadores principais, está apresentada nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Caracterização dos idosos de 80 e mais anos, cuidados por seus familiares em âmbito domiciliar, grande região do Porto, Portugal, 2010

Caracterização da amostra – idoso (n=107)	n	%
Idade por estrato		
Até 84	59	55,1
85 a 89	42	39,2
90 ou mais	6	5,6
Gênero		
Masculino	29	27,1
Feminino	78	72,9
Escolaridade		
Analfabeto	30	28,1
Primário até 4 anos	53	49,6
Primeiro grau incompleto/completo	10	9,2
Segundo grau incompleto/completo	14	13,1
Estado conjugal		
Casado	34	31,8
Divorciado/separado/solteiro	19	17,7
Viúvo	54	50,5
Idade do cônjuge do idoso		
Média em anos/dp	84/4,5	
Profissão religião (católica)		
Sim	103	97,0
Parentesco com seu familiar cuidador(a)		
Filha(o)	50	46,7
Sobrinha(o)	19	17,8
Cônjuge	18	16,8
Irmã	11	10,3
Outros (irmão, nora, genro, amigo e neta)	9	8,9

(continua...)

Tabela 1 - (continuation)

Caracterização da amostra – idoso (n=107)	n	%
A casa onde mora o idoso		
Sua propriedade/usufruto	15	14,0
Alugada	66	61,7
De seu cuidador/outro familiar	26	24,3
Doenças de que sofre		
Hipertensão arterial	60	56,1
Sequela de AVC	24	22,4
Cardiopatias	20	18,7
Diabetes mellitus	22	20,6
Câncer (cólon, mama, pulmonar, bexiga, pele e estômago)	16	14,9
Doença de Parkinson	7	6,5
Escores médios de qualidade de vida (WHOQOL-Brief 0-100)		
Escores médios/dp	62,0/11,9	
Escores médios de qualidade de vida (WHOQOL-Old 0-100)		
Escores médios/dp	67,0/13,1	
APGAR de dinâmica de família		
Boa funcionalidade (escores de 13 a 20)	72	67,3
Moderada disfuncionalidade (escores de 9 a 12)	20	14,0
Elevada disfuncionalidade (escores de 0 a 8)	15	18,7

dp – desvio padrão

A maioria da amostra foi composta por mulheres e viúvas. Contudo, 31,8% da amostra são ainda casados, mesmo com 80 e mais anos de idade, dos quais a metade é cuidada pelo cônjuge.

Tabela 2 - Caracterização do familiar cuidador principal de idosos de 80 e mais anos, dependentes de cuidados, da grande região do Porto, Portugal, 2010

Caracterização da amostra - cuidador do idoso	n	%
Idade		
Média em anos/dp	58/15,4	
Gênero		
Masculino	43	40,2
Feminino	64	59,8
Estado conjugal		
Casado(a)	76	71,0
Divorciado/separado/solteiro	27	25,2
Viúvo(a)	4	3,7
Escolaridade		
Analfabeto	3	2,8
Primário até 4 anos	22	20,5
Primeiro grau incompleto/completo	49	45,8
Segundo grau incompleto/completo ou superior incompleto	33	30,8
Ocupação/trabalho		
Sim	40	38,0
Cuida de outros dependentes		
Sim	27	25,0
Mora com o idoso cuidado		
Sim	80	75,0

(continua...)

Tabela 2 - (continuation)

Caracterização da amostra - cuidador do idoso	n	%
Autoapreciação da saúde		
Ótima/boa	38	35,5
Regular	61	57,0
Má/péssima	8	7,5
Qualidade de vida-WHOQOL/Brief, 0-100		
Escore médio/dp	73,0/12,3	
Estilo de vida-escala de Nahas, 0-45		
Escore médio/dp	26,2/4,4	

dp – desvio padrão
n=107

Os cuidadores contam com média etária de 58 anos, oscilando entre 30 e 89 anos. São majoritariamente casados, muitos ainda trabalham fora de casa, cuidam de outros dependentes na família. Perguntados sobre como percebem sua própria saúde, prevaleceu a resposta saúde regular. Tal percepção mostra equivalência entre a avaliação obtida na qualidade de vida e estilo de vida, cuja média dos escores atingiu nível mediano.

Qualidade de vida do idoso e familiar cuidador

A qualidade de vida⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ representa a percepção individual da posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais se insere, e em relação aos objetivos e expectativas, padrões e preocupações. Essa percepção tem valor subjetivo importante, pois influi diretamente no estado de bem-estar, de saúde e na sensação de maior ou menor competência para administrar a própria vida em qualquer circunstância. As respostas dos idosos ao WHOQOL-Brief foram de baixa pontuação no domínio físico e no de relações sociais. Já familiares se avaliaram com pontuação mais baixa no meio ambiente e no psicológico, como se observa na Tabela 3.

Tabela 3 - Média e desvio padrão dos escores nos domínios do WHOQOL-Brief (amplitude 0-100), obtidos pelos idosos e cuidadores, grande região do Porto, Portugal, 2010

Domínio WHOQOL-Brief	Média		Desvio padrão	
	Idoso	Cuidador	Idoso	Cuidador
Físico	48,4	76,5	20,8	15,9
Psicológico	53,0	65,7	15,3	14,8
Relações sociais	50,9	71,5	14,7	14,3
Meio ambiente	58,7	64,1	12,3	12,4

Na Tabela 4, encontram-se os escores médios discriminados em estrato etário, do WHOQOL-Old. O escore médio geral foi influenciado por valores mais baixos em funcionamento do sensório, participação social e morte/morrer.

Tabela 4 - Média e desvio padrão dos escores das facetas do WHOQOL-Old (amplitude 0-100), dos idosos por estrato etário da grande região do Porto, Portugal, 2010

Domínio WHOQOL-Old	Estrato Etário					
	até 84		85 a 89		90 ou mais	
	Média	dp	Média	dp	Média	dp
Funcionamento do sensório	76,2	20,9	62,6	27,4	40,6	33,2
Autonomia	53,1	20,9	62,1	19,2	60,1	30,3
Atividades passadas, presentes e futuras	56,2	14,8	59,2	15,7	53,1	9,5
Participação social	47,1	20,7	54,5	17,8	36,5	21,4
Morte e morrer	46,2	33,6	47,6	37,3	58,3	46,5
Intimidade	69,5	21,7	76,6	22,1	81,2	22,1

A análise da associação entre os escores obtidos no WHOQOL-Brief e WHOQOL-Old, testada pelo coeficiente de correlação de Spearman, resultou em $r = 0,63013$, com significância estatística $p < 0,000001$. Tal coeficiente foi adotado porque os dados não apresentaram distribuição normal. Evidencia-se moderada relação positiva entre os escores de ambos os instrumentos.

Funcionalidade familiar

A avaliação da dinâmica familiar, sob a óptica dos idosos, com a aplicação do APGAR de Família, demonstra que a maioria dos idosos, neste estudo, vê sua família como unidade de relações de cuidado com boa funcionalidade ou com moderada funcionalidade (Tabela 1).

Estilo de vida relacionado à saúde dos cuidadores

O estilo de vida foi avaliado pela escala de bem-estar⁽¹⁷⁾, cujo escore total médio foi de 26,2, dentro da amplitude de respostas possíveis de zero a 45, situou os cuidadores em nível mediano ou regular de estilo de vida, equivalendo ao resultado também regular de qualidade de vida obtido.

Discussão

A predominância de idosas na amostra confirma a tendência da já conhecida feminização da velhice^(2,10). A baixa escolaridade encontrada também já era previsível, considerando a realidade pregressa de quem hoje conta com 80 ou mais anos de idade. A prevalência de afecções crônico-degenerativas se constitui em panorama epidemiológico comum às populações envelhecidas⁽³⁻⁴⁾. O fato irremediável de conviver com a cronicidade, de modo prolongado pelo aumento da longevidade, pode fazer as pessoas perderem qualidade de vida, caso a política pública de rede de cuidados continuados e integrados⁽¹⁸⁾, para a atenção à vida e à saúde dos idosos, não seja colocada em marcha. É importante que se dê cobertura prioritária às famílias mais empobrecidas (86%, neste

estudo), que reparte o único recurso da aposentadoria do idoso. No estudo, os idosos são ainda majoritariamente cuidados por mulheres, entre filhas, sobrinhas, netas e irmãs, como já identificado em outros estudos^(5-6,19-20), embora um fato novo se desponte: o crescimento de cuidadores masculinos. Em comparação com estudo anterior⁽⁵⁾, realizado há quatro anos, no mesmo contexto, essa percentagem dobrou. Tal crescimento, porém, já foi apontado, em 1999, no relatório do programa de apoio aos idosos do Ministério da Saúde⁽¹¹⁾, estimando que a participação dos homens como cuidadores informais estava em torno de 28 a 37%, embora pouco se conheça acerca do cuidador informal masculino, mesmo em âmbito internacional⁽²¹⁻²²⁾, cuja literatura é ínfima. Estudo qualitativo, realizado junto a idosos cuidadores de suas esposas doentes, despendia substancial tempo e energia, contrariando os tradicionais estereótipos de gênero de atribuição do cuidado da família à mulher⁽²³⁾. Os motivos de serem cuidadores foram: o dever e a obrigação, o compromisso conjugal, a reciprocidade e a gratidão pela vida conjugal duradoura. Quanto aos sentimentos, experimentavam uma gama deles, muitas vezes ambíguos: satisfação e orgulho, como também tristeza, frustração e revolta. Estudo semelhante⁽²³⁻²⁴⁾ buscou interrogar a decisão dos idosos de cuidar de suas esposas com afecção demencial. Nos resultados, destacaram-se: o amor, a reciprocidade de obrigações, a redenção. Segundo a autora, o que leva o idoso a decidir cuidar é o elemento crucial dessa experiência e, provavelmente, a maior diferença de cuidar no masculino e cuidar no feminino. Expandir conhecimentos acerca do homem cuidador e, ainda, idoso é essencial, contudo, quaisquer dados de que se disponha têm implicações diretas com a prática da assistência de família. É necessário que os profissionais, especialmente os enfermeiros, revejam o estereótipo de o cuidar ser sempre da mulher, é preciso e é possível encorajar homens a essa tarefa familiar, a exemplo daqueles que decidiram cuidar de suas esposas, contrariando corajosamente os valores sociais e culturais,

e lançando-se à tarefa de cuidar, classificada como eminentemente feminina.

Os cuidadores aqui estudados convivem na mesma casa do idoso cuidado em 75% dos casos, motivados, por vezes, pela facilidade para o cuidado, mas, principalmente, pelo empobrecimento das famílias. Esse dado corrobora resultados de alguns estudos^(5,7,19-22) com destaque peculiar da proporção de 17% de cônjuges cuidadores aqui encontrados e que tem confirmação de algumas pesquisas que sinalizam o aumento de cuidadores idosos, cônjuges de ambos os sexos, exercendo o encargo do cuidado de seus parceiros. Esses cuidadores também são tomados por sentimentos de solidão e isolamento social, como se observou aqui na avaliação da qualidade de vida, nos domínios psicológico e meio ambiente, com escores mais baixos. Por isso, na prática, é necessário articular redes locais de suporte social a partir dos serviços de saúde para manutenção da inclusão social das famílias.

Muitos dos cuidadores, aqui, (64,5%) responderam que sua saúde era regular ou má, como também mostraram estilo de vida com escore total médio em nível regular, possivelmente pelo estresse e pela sobrecarga da tarefa de cuidar, restando-lhes pouco tempo para o cuidado de si e daqueles já idosos, acrescido do desgaste do próprio envelhecimento, o que é demonstrado em muitas pesquisas estrangeiras e confirmadas por alguns estudos em nosso meio^(5-7,23-24).

Na óptica dos idosos dependentes sob cuidados de seus familiares, a avaliação da dinâmica familiar, obtida com a aplicação do *APGAR*, demonstrou característica de adequada funcionalidade familiar em 67,3%. A princípio, tal resultado positivo mais dinâmico não isenta o alerta para a intervenção de assistência familiar às novas condições experimentadas pela família, sobre a necessidade e expectativas de cuidar do idoso, em âmbito doméstico. É o lugar da intervenção antecipada de prevenção de possíveis crises na família^(12,19). O estudo revela, ainda, 32,7% dos idosos inseridos em famílias com elevada e moderada disfunção familiar, o que não é de se estranhar, considerando que o cuidado de um idoso com afecções crônicas e outros agravos pode desenvolver alguma forma de estresse na família, como a falta de adaptabilidade às mudanças de papéis de seus membros, aos novos estilos de relações intrafamiliares, e às próprias relações de cuidado. Tal resultado remete à intervenção de assistência familiar por profissionais, sobretudo os enfermeiros que estão envolvidos na administração das dificuldades familiares em lidar com problemas do idoso dependente, a ser cuidado ou sendo cuidado. Quando o paciente idoso relata uma crise familiar, geralmente os recursos familiares estão inadequados para responder

às necessidades e/ou sinaliza a existência de áreas fragilizadas, ou vulneráveis, do contexto familiar que podem estar interferindo na habilidade dos membros da família para encontrar estratégias e recursos para desenvolver o papel de cuidadores^(10,12,19).

As percepções pessoais dos membros de uma família acerca de certas variáveis, contudo, como qualidade de vida e estilo de vida saudável ou não, podem influir na dinâmica familiar, fazendo-a mais ou menos adaptativa, mais ou menos funcional, em face de situação que se apresenta como fato novo a enfrentar: um membro idoso que adoece e se torna cada dia mais frágil e dependente a exigir cuidados, e criando impactos sobre as relações intrafamiliares.

As duas versões do WHOQOL avaliaram, de modo equivalente, a qualidade de vida, pois houve associação positiva, testada pela correlação de Spearman. Isso confirma as vantagens do WHOQOL-Old, pois permite avaliar as especificidades das percepções mais positivas ou negativas de idosos nas facetas dos domínios de qualidade de vida. Ambas as avaliações dos idosos recaíram sobre nível mediano ou regular de qualidade de vida. Na avaliação pelo WHOQOL-Brief, o escore médio baixo no domínio físico, que tem relação com a saúde, contribuiu para escore total regular. Na avaliação pelo WHOQOL-Old, o escore médio/baixo na faceta participação social, dos domínios da qualidade de vida, revelou nível geral regular de qualidade de vida. Contudo, a avaliação dada por essa versão permitiu identificar diferenças sensíveis entre as seis facetas, e quando os seus escores foram distribuídos nos estratos etários (80-84, 85-89, 90 e +), verificou-se que as variações não guardam necessariamente regularidade com o avançar da idade, denotando a manifestação da individualidade do idoso, mesmo em idades mais avançadas.

Considerações finais

Guardadas as limitações do estudo, cujos dados foram extraídos de amostra por conveniência, o que impede sua generalização, seus resultados representam subsídios úteis à prática profissional, sobretudo para o enfermeiro de família. Em síntese, os resultados que se destacam acerca do familiar cuidador de idosos tende a mudar ao que se encontra na literatura: aumento do cuidador masculino, aumento de cuidador idoso cônjuge, inclusão mais substancial de parentes cuidadores, como sobrinhas(os), netas(os), irmãs(os).

As famílias do presente estudo parecem vocacionadas para o cuidado do idoso, dada a avaliação favorável da dinâmica familiar. Já a qualidade de vida do cuidador e

do idoso tem similaridade em seus resultados em nível mediano. O estilo de vida do cuidador revelou-se em nível mediano à semelhança da qualidade de vida. A falta de oportunidades sociais externas do cuidador e o afetado estado de saúde e bem-estar do idoso parecem convergir para um resultado regular ou mediano.

Implicações para a prática levam à necessidade de compreensão da família cuidadora para além de parceira de cuidados, para uma cliente/usuária dos serviços sociais e de saúde.

Referencias

1. Ministério da Saúde (PT). Direção geral da saúde - Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direção Geral de Saúde do Ministério da Saúde de Portugal; 2004.
2. Instituto Nacional de Estatística- INE (PT). O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconômica recente das pessoas idosas. Estatísticas Censitárias e da População. Lisboa: INE; 2002.
3. Organisation Mondiale de la Santé - OMS. Santé 21: La politique - Cadre de la Santé, pour tous pour la Région Européenne de l'OMS. Série Européenne de la Santé pour tous , n.6 Copenhague: Bureau Regional de l'Europe, OMS; 1999.
4. Chaimowicz F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 106-30.
5. Pimenta GMF, Costa MASM, Gonçalves LHT, Alvarez, AM. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da Grande Região do Porto, Portugal. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(3):609-14.
6. Decreto Lei 309-A/2000, de 30/11/2000 (PT). Altera o artigo 7º do Decreto-Lei nº 265/99, de 14/07/99, que procede à criação de uma nova prestação destinada a complementar a protecção concedida aos pensionistas de invalidez, velhice e sobrevivência dos regimes de segurança social em situação de dependência. Diário da República, PT. [periódico na internet], 30 nov 2000. [acesso 25 ago 2010]. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdfgratis/2000/11/277A01.pdf>
7. Meira EC, Gonçalves LHT, Souza AS, Silva JA, Neri IG. Fatores de risco de maus tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. Textos Envelhecimento. 2004;7(2):63-84.
8. Gardner W, Nutting PA, Kelleher KJ, Werner JJ, Farley T, Stewart L, et al. Does the Family APGAR Effectively Measure Family Functioning? J Fam Practice. 2001;50(1):141-9.
9. Duarte YAO. Família: Rede de Suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo; 2001. 196 p.
10. Instituto Nacional de Estatística - INE (PT). O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-econômica recente das pessoas idosas. Rev Estudos Demográficos. 2002; (32):185-208.
11. Ministério da Saúde (PT). Decreto-lei n.301, de 18/94/2008. Enquadramento, organização e funcionamento da Unidade de Saúde Familiar, 2008. Diário da República nº 77, Série I, 18 abril 2008.
12. Ordem dos Enfermeiros (PT). A Cada Família o seu Enfermeiro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.
13. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Santos SMA, Spricigo JS, Portella, MR, Fortes VLF et al. El perfil de la familia cuidadora del anciano enfermo/debilitado em los contextos socioculturales de Florianópolis, SC y Passo Fundo, RS. Rev Panam Enferm. 2005;3:185-94.
14. WHOQOL Group. World Health Organisation - WHO). Measuring quality of life: the development of the World Health Organisation Quality of Life Instrument. Geneve: WHO; 1993.
15. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. [Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref]. Rev Saúde Pública. 2000; 34(2):178-83. Portuguese.
16. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. Rev Saúde Pública. 2003;34(6):793-9.
17. Nahas MV, Barros MVG, Francalacci VL. Pentáculo do bem estar: base conceitual para a avaliação do estilo de vida de indivíduos e grupos. Rev Bras Atividades Físicas Saúde. 2000;5(2):48-59.
18. Ministério do Trabalho e Solidariedade. Ministério da Saúde (PT). Serviço de Apoio aos Idosos: Relatório de actividades. [internet]. 1999. [acesso 1 ago. 2010]. Disponível em: <http://www.ias.gov.mo/pt/stat/rept1999/ch5/r99-di-p.htm>.
19. Delgado, JA. A família vivenciando situações de saúde-doença: um conhecimento em construção. In: Elsen I, Marcon SS, Santos, MRS. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduen; 2002. p. 443-56.
20. Mayor MS, Ribeiro O, Paul C. Estudo comparativo: percepção da satisfação de cuidadores de pessoas com demência e cuidadores de pessoas com AVC. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009;17 (5):620-4.

21. Ducharme F, Lévesque L, Lachance L, Zarit S, Vézine J, Gangbè M, et al. Older husbands as caregivers of their wives: a descriptive study of the context and relational aspect of care. *Int J Nurse Studies*. 2006;43(5):567-79.
22. Crocker HS. Methodological issues in male caregiver research: an integrative review of literature. *J Adv Nurs*. 2002;40(6):626-40.
23. Pinto CVD, Silva AL. Razão e sensibilidade no cuidado informal: narrativas de homens idosos cuidadores. In: Silva AL; Gonçalves LHT. *Cuidado à Pessoa Idosa*. Porto Alegre: Sulinas, 2010. p. 238-69.
24. Melo G. A Experiência vivida de homens (cônjuges) que cuidam de mulheres com demência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2009;12(3):319-30.

Recebido: 20.9.2010

Aceito: 4.4.2011

Como citar este artigo:

Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, Nassar SM, Zunino R. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. maio-jun 2011 [acesso em: ____/____/____];19(3):[09 telas]. Disponível em: _____

URL

dia ano
mês abreviado com ponto

ANEXO VII – Artigo: O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família

O CUIDADO DO ENFERMEIRO AO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

NURSING CARE OF THE ELDERLY IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

EL CUIDADO DEL ENFERMERO AL ANCIANO EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Francisca Cecília Viana Rocha^I
Cecília Maria Resende Gonçalves de Carvalho^{II}
Maria do Livramento Fortes Figueiredo^{III}
Célia Pereira Caldas^{IV}

RESUMO: Estudo descritivo de natureza qualitativa, que teve como objetivos descrever e discutir o cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família (ESF), bem como analisar os aspectos que facilitam ou dificultam este cuidado. Participaram do estudo 12 enfermeiros. Os dados foram coletados no período de abril a junho de 2008 nas unidades básicas de saúde de Teresina-PI, através de entrevista semi-estruturada, e discutidos pela análise de conteúdo de Bardin. Dos resultados emergiram quatro categorias: os modos de cuidado ao idoso na ESF; as estratégias de cuidado do enfermeiro ao idoso na atenção básica; a diversidade do cuidado psicossocial e familiar ao idoso pelo enfermeiro na ESF; das possibilidades aos limites do cuidado efetivo do enfermeiro ao idoso. Evidenciou-se o cuidado com base em valores humanos, como o respeito e a solidariedade, apesar das limitações como a falta de recursos humanos e materiais, capacitação dos profissionais e estrutura física inadequada.

Palavras-chave: Enfermagem; idoso; cuidado; saúde da família.

ABSTRACT: A qualitative descriptive study, aiming at describing and discussing nursing care for the elderly in the family health strategy (FHS), as well as analyzing the aspects that facilitate or hinder this care. Study participants were 12 nurses. Data were collected from April to June, 2008 in basic health units in Teresina, PI, Brazil, through semi-structured interview and discussed on the basis of Bardin's content analysis theory. Results highlighted four categories: methods of caring for the elderly in the FHS; nursing care strategies in primary care of the elderly; diversity of psychosocial and family care of the elderly by nurses in FHS; limits of effective nursing care to the elderly. Care based on human values such as respect and solidarity stood out, despite limitations such as lack of human and material resources, professional training, and inadequate physical structure.

Keywords: Nursing; elderly; care; family health.

RESUMEN: Estudio cualitativo y descriptivo, que tuvo como objetivos describir y discutir el cuidado de enfermería al anciano en la estrategia salud de la familia (ESF) y analizar los aspectos que facilitan o dificultan la atención. Participaron del estudio 12 enfermeros. Los datos fueron recogidos entre abril y junio de 2008 en las unidades básicas de salud de Teresina-PI-Brasil, a través de entrevista semiestructurada, y discutidos por el análisis de contenido de Bardin. Los resultados destacaron cuatro categorías: métodos de atención al anciano en la ESF; las estrategias de atención de enfermería al anciano en la atención primaria; la diversidad del cuidado psicossocial y familiar al anciano por el enfermero en la ESF; de las posibilidades a los límites de los cuidados de enfermería eficaces al anciano. Fue evidenciada la atención basada en valores humanos, como el respeto y la solidaridad, a pesar de las limitaciones como la falta de recursos humanos y materiales, la formación profesional y la estructura física inadecuada.

Palabras clave: Enfermería; anciano; atención; salud de la familia.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial e vem ocorrendo de forma distinta entre os diversos países do mundo. No Brasil, esse processo ocorre

com grande rapidez, modificando a pirâmide populacional, atingindo um aumento de nove vezes o número absoluto de pessoas com mais de 60 anos em seis décadas¹.

^IMestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Docente da Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: fceciliavr@hotmail.com.

^{II}Doutora em Ciências da Nutrição Universidade Estadual de Campinas. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: ceciliamariapop@hotmail.com.

^{III}Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: liff@ufpi.br.

^{IV}Pós-Doutora em Gerontologia pela Universidade de Jönköping, Suécia. E-mail: celpcaldas@hotmail.com.

^VArtigo resultante da dissertação aprovada no Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)², a população de 60 anos ou mais no país corresponde a 10,5% da população total. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (IBGE/PNAD), realizada em 2008, revelam que, no Brasil, existem 19,9 milhões de idosos, o que equivale a 10,5% da população brasileira. No Piauí^V, esse percentual está em torno de 10,71%, correspondendo a 329 mil pessoas com 60 anos ou mais, sendo a maioria do sexo feminino.

As mudanças no perfil populacional refletem grandes preocupações não só em decorrência dos agravos de doenças crônicas, mas da interação da saúde física e mental, da independência financeira, capacidade funcional e suporte social^{3,4}. O idoso tem merecido atenção especial, pois o processo de envelhecer saudável implica cuidados de promoção, prevenção, educação, intervenção. Requer envolvimento e qualificação dos profissionais da atenção básica, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar⁵.

A enfermagem tem papel fundamental na assistência, educação em saúde e formação de recursos humanos, por serem ferramentas utilizadas para se promover saúde^{6,7}. Neste contexto, a enfermagem tem se desenvolvido no sentido de buscar novos horizontes e perspectivas mais humanizadas no cuidado com as pessoas, em especial, os idosos, grupo que a sociedade pouco reconhece devido aos seus estereótipos.

Dessa forma, foram objetivos do estudo: descrever e discutir o cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família (ESF), bem como analisar os aspectos que facilitam ou dificultam este cuidado.

REFERENCIAL TEÓRICO

O envelhecimento populacional é uma conquista social, que, além de representar uma contribuição para a família e a sociedade, significa o desenvolvimento econômico. A política nacional da pessoa idosa define que a atenção à saúde do idoso tem como porta de entrada a atenção básica/saúde da família. Assim, o papel do enfermeiro implica em relacionar os fatores que influenciam o funcionamento da saúde da família, entre estes estão a cultura, a classe social, a própria família e o profissional de saúde⁸.

Nesse sentido, estes profissionais devem estar preparados para trabalhar a interdisciplinaridade e a integração entre a rede básica e o sistema de referências, facilitar o acesso dos idosos aos diversos níveis de complexidade⁹.

Assim, resgatar o cuidado humano torna-se essencial para os profissionais de saúde da ESF, principalmente quando se trata de cuidado à pessoa idosa que precisa de atenção, carinho, respeito a seus valores culturais, por se encontrar em situação de fragilidade ocasionada pela própria idade.

O cuidado está embutido nos valores, que independente do enfoque, prioriza a paz, a liberdade, o respeito, o amor, entre outros aspectos¹⁰. O cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato¹¹. É um modo de ser no qual a pessoa centra-se no outro, incluindo duas significações básicas, intimamente ligadas entre si: a primeira, a atitude de solicitude e atenção para com o outro; a segunda, de preocupação e inquietação, porque a pessoa que cuida se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro.

Dessa forma, o enfermeiro deve conhecer o indivíduo do qual cuida, sua família em seu contexto de vida, conscientizando-se de suas práticas, crenças e valores¹². A concretização do cuidado sustenta-se na concepção de um trabalho dirigido aos indivíduos e à coletividade, em que os valores e crenças relacionam-se a todos os sujeitos envolvidos no cuidado¹³.

Os componentes do cuidado envolvem competência técnica, conhecimento científico, qualidades humanas, por isso é importante distinguir o termo cuidar de cuidado. Cuidar significa uma ação dinâmica, pensada e refletida, envolve um agir, uma atitude integrada pela formação pessoal e a profissional, enquanto que o cuidado tem a conotação de responsabilidade e de zelo.

Nesse vertente, a enfermagem, considerada como a arte do cuidar, passa a integrar-se fundamentalmente nas práticas de cuidado, sempre buscando um envolvimento com o ser humano em todos os seus aspectos, não importando como e a quem, só precisa que o indivíduo esteja necessitando de cuidado.

METODOLOGIA

Pesquisa do tipo descritiva, interpretativa, com abordagem qualitativa. Os sujeitos deste estudo foram 12 enfermeiros que assistem os idosos na ESF.

Utilizou-se como critério de inclusão o tempo de atuação na ESF, que não poderia ser inferior a dois anos, tendo em vista que é a partir deste período que o profissional cria maior vínculo, envolvimento e aproximação com a comunidade. Para observar os princípios da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, foram atribuídos aos depoentes do estudo a identificação da letra D e um número, de acordo com ordem da realização das entrevistas. Assim, assegurou-se o sigilo com atenção e rigor aos aspectos éticos da pesquisa.

O cenário do estudo foi composto por 12 unidades básicas de saúde da Rede Municipal de Teresina, que estão sob a Coordenação de Saúde da Regional Centro-Norte (CRSCN). Os dados foram produzidos por meio da entrevista semiestruturada, no período de abril a junho de 2008, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI), por meio do protocolo CAAE 0023.0.045.000-08.

As narrativas dos sujeitos foram examinadas de acordo com o método de análise de conteúdo, que é um conjunto de técnicas analíticas parciais, mas complementares, o qual consiste na explicação e sistematização dos conteúdos das mensagens e da expressão dos mesmos, sendo possível categorizar as narrativas obtidas para sistematizar as unidades de significação. Assim, priorizou-se a análise categorial, que consiste no desmembramento do texto em unidades e categorias conforme reagrupamentos analógicos¹⁴. Como resultados emergiram quatro categorias que foram interpretadas à luz das concepções teóricas e filosóficas de Boff^{11,15,16} e Waldow^{10,17-20}.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados convergiu para a formação de quatro categorias temáticas, as quais expressam diferentes modos de cuidado do enfermeiro ao idoso, bem como evidenciam as estratégias utilizadas para realização do cuidado, com vista à diversidade de demandas de cuidado psicossociais e familiares presentes no cotidiano do idoso e os limites existentes, tanto na prática individual, como no âmbito institucional. Segue-se a análise das categorias emergentes.

Os modos de cuidado do enfermeiro ao idoso na ESF

O cuidado neste estudo está definido como a forma de relacionar-se com o outro: respeitando e ajudando o indivíduo nos aspectos físico, mental, espiritual, social e psicológico. A importância deste envolve ética, princípios e valores, como pode ser visto nos depoimentos:

[...] aqui no PSF a gente tem tratado de algumas prioridades ao idoso. O respeito existe [...]. Eles chegam aqui, a gente atende eles, dando prioridade a esse idoso aqui na fila. Eles chegam com algum problema que eles queiram dividir com a gente, então a gente dá prioridade a esse idoso. (D1)

[...] no meu modo de cuidado existe afetividade, respeito, solidariedade, preocupação com o idoso, inclusive eles têm prioridade aqui, tanto para realizar exame, como no atendimento. Eles são prioritários, na vez, para serem atendidos. (D4)

Expressões como prioridade ao idoso, respeito, atenção, ouvir as queixas, preocupação com o idoso denotam a visão holística e humanitária balizadora do cotidiano profissional e assistencial dos enfermeiros. A palavra acolher, em seus princípios filosóficos, significa aceitar sem preconceitos o outro, respeitar sua diferença, vendo-o como um próximo, um companheiro de caminhada, um irmão e uma irmã¹¹.

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que o acolhimento dos idosos na ESF se mostrou como ele-

mento positivo, evidenciando-se como uma forma de superação de deficiências e dificuldades existentes, sendo possível garantir certo grau de resolutividade e satisfação dessa clientela.

A evidência da afetividade do enfermeiro em relação ao idoso foi outro modo de cuidado demonstrado e expresso pelas depoentes. A afetividade é percebida através do atendimento às suas necessidades, como se verifica nos seguintes relatos:

[...] aqui na área a gente já conhece todos, tratamos como se fosse alguém assim da família [...] chegam já chamando a gente pelo nome. Aquela coisa toda. Então temos grande afeto por eles. (D6)

[...] é o grupo que mais me empenho, é o que tem maior número de clientes [...] eu sinto identificação por eles e eles comigo, inclusive quando estive de licença saúde, muitos deles me ligaram, mandaram lembrancinhas, fico até emocionada. [Neste momento, a depoente encheu os olhos de lágrimas]. (D7)

Na ESF o enfermeiro passa a ter vínculos e laços afetivos com a comunidade, especificamente com os idosos, pela carência em que muitas vezes se encontram. Nesse sentido, o cuidado humano constitui-se num imperativo moral, de atitude ética, em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros¹⁷.

Entende-se que se cuida bem quando esse cuidado é realizado com o coração. Numa visão holística, quem cuida procura atender a todas as necessidades do paciente, e caracteriza-se em um relacionamento mais íntimo, de interesse, carinho, amor, atenção para com o outro. O cuidar é como uma interação interpessoal, uma característica humana e uma intervenção terapêutica¹⁰.

As estratégias de cuidado do enfermeiro ao idoso na atenção básica

A visita domiciliar e as práticas de promoção à saúde se constituíram em ações relevantes, com boa aceitação tanto por parte do idoso, como de seus familiares e cuidadores. A visita domiciliar, para os enfermeiros, propicia uma maior aproximação com a realidade, constituindo uma oportunidade para alçar as necessidades básicas em cada idoso assistido, como é elucidado nestas falas:

[...] a gente orienta na visita domiciliar os cuidados que eles têm que ter com relação às escadas para não levar quedas, para não ter acidentes [...]. (D1)

[...] trabalho com o idoso a parte de cuidado, nas doenças. Trabalho acompanhando bem o paciente não só aqui na unidade, e também na visita domiciliar. (D12)

Essas evidências estão apoiadas por estudiosos^{21,22}, pois consideram a visita domiciliar como uma possibilidade de compreender parte da dinâmica das relações familiares, facilitando o planejamento da assistência, contribuindo para a melhoria do vínculo entre o profissional e o usuário.

O cuidado do enfermeiro ao idoso também é visto como uma preocupação relacionada aos hipertensos e diabéticos, pois estas patologias podem levar a incapacitações e doenças crônicas degenerativas²³. O cuidado é desenvolvido através de determinações sobre hábitos saudáveis de vida, como se verifica no depoimento:

[...] meu cuidado com o idoso dentro da saúde da família é com o grupo de idosos hipertensos e diabéticos. Então nós atendemos na unidade e nas visitas, a gente faz orientação sobre cuidados alimentares, hábitos saudáveis de um modo geral. (D7)

Outra estratégia de cuidado ao idoso foi a promoção da saúde. Esta representa um cuidado importante, em que o enfermeiro consegue melhorar a qualidade de vida do idoso, relacionada às mudanças de hábitos cotidianos. Essas preocupações são relatadas pelos enfermeiros entrevistados:

[...] a gente procura trabalhar o idoso orientando quanto às técnicas de alongamento, de relaxamento. (D5)

[...] o nosso cuidado com o idoso é através de conversas, realização de atividade física: caminhada e biodança [...] todos muito interessados, tanto os homens como as mulheres. (D10)

É comum os profissionais cuidarem das pessoas, procurando atender às normas, regras e pressões institucionais que muitas vezes se tornam contrárias à forma como desejariam interferir. Na estratégia de promoção da saúde, existe preocupação com o outro, o ser humano. O cuidado deve ser iniciado pelo enfermeiro, visando ao equilíbrio da saúde do outro que refletirá o próprio bem-estar¹⁸.

A diversidade do cuidado psicossocial e familiar ao idoso pelo enfermeiro na ESF

A diversidade do cuidado do enfermeiro ao idoso foi enfatizada nos aspectos psicossocial e familiar. A participação da família foi percebida como essencial nessa relação. O enfermeiro insere o cuidado em seu aspecto social, psicológico e familiar, incluindo também a realização de grupos terapêuticos como resposta de cuidado ao idoso. No entanto, realidades distintas ainda foram descritas e podem ser percebidas através da fala a seguir:

[...] na família a gente busca a questão do isolamento para que o idoso não fique sem nenhuma atividade, a gente orienta a realização de leitura e programas educativos na televisão para ele não ficar deprimido. (D1)

Apreende-se por meio da fala da depoente que existe uma preocupação do enfermeiro em relação ao cuidado do familiar no domicílio. No ambiente desses idosos há responsabilidade deles com seus familiares. Isto denota uma sobrecarga muito grande para o idoso que passa a ser o sustentáculo da própria família, pela sua experiência de vida. O cuidado humano é uma atitude ética, em que seus agentes percebem e reconhecem os direitos uns dos outros¹⁹.

Nesse contexto, o enfermeiro, como profissional educador em saúde, precisa trabalhar junto às famílias, no sentido de informá-las e orientá-las como cuidar do idoso, tendo em vista, que o cuidado deve ser preservado e estimulado⁷. Isto é demonstrado de forma contrária neste depoimento:

[...] eles têm muitos problemas familiares, eles sustentam a família, muitos dos netos são usuários de drogas, eles têm aquela revolta [...], tristeza. Não têm uma vida social, passam o tempo todo cuidando dos netos. Dessa forma, a gente tenta orientar a família. (D10)

O último relato mostra que o enfermeiro busca, também, em sua diversidade de cuidado, ver o lado psicológico e social do idoso, demonstrando, assim, que esse cuidar deve ser proporcionado em todos os seus aspectos, havendo, portanto, necessidade de redes de apoio social para que juntos possam oferecer melhores condições de vida a essa clientela, como é revelado nestas falas:

[...] a gente se preocupa com a parte psicológica [...], porém não temos aquela preparação. (D9)

[...] eu acho que a gente precisa de um apoio maior, precisamos de mais profissionais que trabalhem junto com a equipe: um psicólogo, uma assistente social. Os problemas sociais são grandes e a enfermeira é sobrecarregada. (D10)

É importante ressaltar que a ajuda e o incentivo de profissionais como psicólogos e assistentes sociais são fundamentais para restaurar o bem-estar, equilíbrio emocional e a qualidade do cuidado ao idoso, apesar de que o apoio familiar é extremamente necessário. Esse cliente precisa ser orientado a buscar outras alternativas como grupos da comunidade, terapia de grupo, novas amizades, ocupações prazerosas.

Vale relatar que a formação de grupos constitui um dos principais recursos terapêuticos utilizados nos diferentes contextos de assistência à saúde. Essa relação entre profissional-cliente se dá com o intuito de diminuir os sentimentos como medo, ansiedade e outras situações estressantes vividas pelos idosos. A participação do profissional e cliente é essencial para que ambos possam caminhar juntos e construir um mundo mais humano em suas relações afetivas¹⁵.

Das possibilidades aos limites do cuidado efetivo do enfermeiro

Apesar do cuidado ao idoso ter sido evidenciado nas falas dos sujeitos como um cuidado humano, foram expressos pelos enfermeiros limites para que haja eficiência neste cuidado: a falta de recursos materiais e de capacitação dos enfermeiros bem como de outros recursos humanos envolvidos no processo.

[...] a gente tem capacitação na saúde da criança, tuberculose, hanseníase, DST/HIV, mas não na saúde do idoso. É preciso existir uma estratégia/treinamento para que a gente possa acompanhar melhor esse idoso. (D3)

[...] a gente do PSF não tem capacitação no cuidado ao idoso. Você vê na faculdade essa limitação. É visto na disciplina saúde do idoso, mas, uma coisa muito resumida. Falta capacitação. (D8)

Os relatos demonstram a necessidade de o enfermeiro realizar um treinamento para o cuidado ao idoso, considerando-se que a própria Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa enfatiza, em uma de suas diretrizes essenciais, a capacitação de recursos humanos especializados, prática esta ainda não realizada nas unidades de saúde.

O processo de cuidar requer do profissional o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base no conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico realizados para e com o paciente/ser cuidado²⁰.

Além da falta de capacitação profissional, os enfermeiros destacam, como limitação, a falta de recursos materiais para o cuidado ao idoso. O seguinte depoimento confirma:

[...] o idoso é mal tratado em seu próprio domicílio. Comunicar a quem? Comunica ao serviço social? Ao CRAS? O idoso está precisando de uma cadeira de rodas, é uma burocracia para conseguir. O idoso precisa de uma orientação alimentar, mas é uma dificuldade para conseguir uma nutricionista. Então são muitas limitações no cuidado com os idosos. (D1)

Há necessidade de mudanças nos padrões culturais e de comportamentos de cada pessoa para que o cuidado ocorra, possa transformar-se e haja um resgate da humanidade¹⁶. A atenção ao idoso deve ser de forma integral e integrada, baseada em seus direitos, necessidades, preferências e habilidades desde acesso, estrutura física, insumos e equipe qualificada para que ocorra uma assistência de qualidade.

CONCLUSÕES

As categorias temáticas que emergiram dos depoimentos desta investigação foram intituladas: os modos de cuidado do enfermeiro ao idoso na ESF; as estratégias de cuidado do enfermeiro ao idoso na atenção básica; a diversidade do cuidado psicossocial e familiar do idoso pelo enfermeiro na ESF; e das possibilidades aos limites do cuidado efetivo do enfermeiro ao idoso. Possibilitaram evidenciar que as ações de cuidar do enfermeiro perpassa pelo agir com competência, pelas atitudes dos próprios profissionais, que são mediadas por suas vivências e experiências no cotidiano do trabalho com idosos, na ESF.

Percebe-se que falta otimizar a operacionalização das políticas públicas voltadas para o idoso, no sentido de capacitar profissionalmente o enfermeiro e ampliar recursos financeiros para apoiar e melhorar as ações de cuidado na saúde. Tais intervenções são incipientes, em-

bora estejam bem fundamentadas e regulamentadas nos seus diversos dispositivos legais.

Apesar de todos os limites, os enfermeiros prestam um cuidado humano, de forma calorosa, com amor, respeito, solidariedade, carinho, preocupando-se com o outro, sentindo e vivenciando seus problemas. Porém, fazem-se necessárias reflexão e análise, por parte dos gestores, com vistas a programar e realizar treinamentos direcionados e específicos para o cuidado à pessoa idosa.

Por meio deste estudo, foi possível refletir que existem limitações para que haja efetivação de um cuidado digno. É preciso haver mudanças em vários aspectos, como a inclusão de profissionais na equipe e reforma na estrutura física das unidades de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Beltrão KL, Camarano AA, Kanso S. Dinâmica populacional brasileira na virada do Século XX. Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
2. Instituto de Geografia e Estatística (IBGE). Departamento de População e Indicadores Sociais [site de Internet]. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil/2008/IBGE. [citado em 20 dez 2009]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
3. Ministério da Saúde (Br). Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília (DF): Secretaria Executiva; 2006.
4. Souza CB, Abreu RNDC, Brit EM, Moreira TMM, Silva LMS, Vasconcelos SMM. O cuidado domiciliar de idosos acometidos por acidente vascular cerebral: cuidadores familiares. *Rev enferm UERJ*. 2009; 17:41-5.
5. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19:24-48.
6. Litvoc J, Brito FC, organizadores. Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Atheneu; 2004.
7. Sousa LB, Aquino OS, Fernandes JFF, Vieira NFC, Barroso MGT. Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. *Rev enferm UERJ*. 2008; 16:107-12.
8. Ministério da Saúde (Br). Portaria 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
9. Ministério da Saúde (Br). Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde; 2006.
10. Waldow RV. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006.
11. Boff L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. 12ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004.
12. Possebon MHM. Perspectiva cultural no cuidado de enfermagem ao adulto portador de enfermidade crônica. In: Budó MLD, Beck CLC, Mostardeiro SCTS, organizadores. Interfaces do cuidado, da educação e do trabalho na enfermagem. Santa Maria (RS): FACOS-UFSM; 2005. p. 22.

13. Gonçalves AM, Sena RR. Biblioteca Médica. [online]. A pedagogia do cuidado de enfermagem. [citado em 01 set 2007]. Disponível em: <http://www.bibliomed.com.br>.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa (Po): Edições 70; 2004.
15. Boff L. Virtudes para um outro mundo possível. Hospitalidade: direito e dever de todos. Petrópolis (RJ): Vozes; 2005.
16. Boff L. Virtudes para um outro mundo possível. Convivência, respeito & tolerância. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006.
17. Waldow VR. Estratégias de ensino na enfermagem: enfoque no cuidado e no pensamento crítico. 2ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2005.
18. Waldow VR. Cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.
19. Waldow RV. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006.
20. Waldow RV. Cuidado humano: o resgate necessário. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzato; 2001.
21. Takahashi RF, Oliveira MAC. A visita domiciliar no contexto da saúde da família. Manual de Enfermagem. São Paulo: IDS USP; 2001.
22. Peres EM, Poz MRD, Grande NR. Visita domiciliar: espaço privilegiado para diálogo e produção de saberes. Rev enferm UERJ. 2006; 14:208-13.
23. Martins JJ, Silva RM, Nascimento ERP, Coelho FL, Schweitzer G, Silva RDM, Erdmann AL. Idosos com necessidades de cuidado domiciliar. Rev enferm UERJ. 2008; 16:319-25.

ANEXO VIII – Artigo: Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial

Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial*

ATTRIBUTES MOBILIZED BY NURSES IN FAMILY HEALTH: REACHING PERFORMANCES WHEN DEVELOPING MANAGERIAL COMPETENCE

ATRIBUTOS MOVILIZADOS POR LA ENFERMERA EN LA SALUD FAMILIAR: APROXIMACIÓN A LOS DESEMPEÑOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE LA COMPETENCIA GERENCIAL

Lauren Suemi Kawata¹, Silvana Martins Mishima², Mara Quaglio Chirelli³, Maria José Bistafa Pereira⁴, Silvia Matumoto⁵, Cinira Magali Fortuna⁶

RESUMO

Estudo de caráter exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, objetivando identificar e analisar os atributos mobilizados nas situações de trabalho e que caracterizam os desempenhos das enfermeiras na área da competência gerencial na Saúde da Família, apoiado nos conceitos da competência dialógica. Para coleta de dados, foi realizada observação participante do trabalho das enfermeiras atuantes na Saúde da Família em quatro unidades vinculadas à Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto - SP/Brasil, considerando-se uma semana típica de trabalho, totalizando 160 horas de observação. Através da análise de conteúdo, usando a técnica de análise temática, identificamos cinco temas relacionados a: supervisão, trabalho em equipe, controle social, organização do trabalho e planejamento. Os resultados apontam para um conjunto de atributos mobilizados pelas enfermeiras ainda centrado na organização do trabalho em saúde para o cuidado individual com raras incursões para um processo de planejamento sistematizado.

DESCRIPTORES

Enfermagem em saúde pública
Competência profissional
Saúde da família
Atenção primária à saúde
Conhecimento

ABSTRACT

This exploratory-descriptive study was performed using a qualitative approach with the purpose to identify and analyze the attributes mobilized in work situations that characterize the performance of nurses in managerial competence in Family Health based on the concepts of dialogic competence. Data collection was performed through participant observation of the work performed by Family Health nurses in four units associated with the University of São Paulo in Ribeirão Preto - SP/Brazil, considering a typical workweek, with a total of 160 hours of observation. Through content analysis, using the thematic analysis technique, we identified five themes related to: supervision, teamwork, social control, work organization and planning. Results show there is a group of attributes mobilized by nurses which remains centered on work organization for individual health care with rare incursions for a systemized planning process.

DESCRIPTORS

Public health nursing
Professional competence
Family health
Primary health care
Knowledge

RESUMEN

Estudio exploratorio-descriptivo, de abordaje cualitativo, objetivando identificar y analizar los atributos movilizados en situaciones de trabajo que caracterizan los desempeños de enfermeras en el área de competencia gerencial en la Salud Familiar apoyado en conceptos de competencia dialogal. Para recolectar datos, se realizó observación participativa de trabajo de enfermeras actuantes en Salud Familiar en cuatro unidades vinculadas a la Universidad de San Pablo en Ribeirão Preto (SP-BR), considerando una semana típica de trabajo, totalizando 160 horas de observación. A través de análisis de contenidos, usando técnica de análisis temático, identificamos cinco temas relacionados con: supervisión, trabajo en equipo, control social, organización del trabajo y planeamiento. Los resultados refieren un conjunto de atributos movilizados por las enfermeras, aún centrado en la organización del trabajo en salud para el cuidado individual con raras incursiones apuntando a procesos de planeamiento sistematizado.

DESCRIPTORES

Enfermería en salud pública
Competencia profesional
Salud de la familia
Atención primaria de salud
Conocimiento

* Extraído da dissertação "Os atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: uma aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial", Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2007. ¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG, Brasil. lsuemi@hotmail.com ² Enfermeira. Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. smishima@eerp.usp.br ³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Doutora da Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil. marachirelli@gmail.com ⁴ Enfermeira. Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. zezebis@eerp.usp.br ⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. smatamoto@eerp.usp.br ⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. fortuna@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

A Saúde da Família, uma estratégia de política pública de reorientação dos serviços, foi lançada no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1994 e, a partir de então, tem-se constituído, em um novo campo de atuação para a enfermeira na atenção primária à saúde – APS^(a). A Saúde da Família tem sido considerada uma importante possibilidade de intervenção no campo da APS centrada na ação multiprofissional, com implementação de serviços de saúde articulando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em larga escala, reconhecida internacionalmente pelo seu caráter inovador na atenção à saúde.

Esta proposta de organização dos serviços impõe reflexões na direção de se repensar: a organização do processo de trabalho em saúde, focalizando as práticas de saúde nas quais se toma a família em suas necessidades como centralidade do trabalho; a qualificação da ação clínica na atenção aos indivíduos em seu contexto familiar e comunitário e onde estejam presentes atos de fala, escuta e vínculo, possibilitando diálogo e negociação; a integração da equipe de saúde mediante um esforço de interação e de articulação, dentre outros aspectos⁽¹⁻²⁾.

Este movimento de transformação, visando a reorganização do processo de trabalho, só se fará presente se passar a fazer parte da preocupação e das práticas desenvolvidas pelos trabalhadores que atuam no setor saúde e, em específico, na atenção básica⁽³⁾. Nesta perspectiva, consideramos a gestão uma dimensão estratégica para transformação do processo de trabalho nos serviços de nível local, compreendida como uma ferramenta que direciona o processo de trabalho para a produção de cuidados de modo ampliado, ou seja, não ficando restrita somente a atividades burocráticas e administrativas, possibilitando a formação e transformação das práticas sanitárias⁽²⁾, e buscando quebrar a lógica que mantém os serviços ainda reféns de um processo distante da intervenção sobre problemas e necessidades locais⁽⁴⁾.

A atuação da enfermagem no cuidado a famílias não é um tema novo do ponto de vista da prática profissional, tampouco da produção de conhecimentos. A participação e o envolvimento de famílias no cuidado à saúde são considerados aspectos cruciais da prática de enfermagem, já que a família contribui para o bem-estar e para a saúde dos seus membros e influencia a doença⁽⁵⁻⁶⁾.

Reiteramos que Saúde da Família no Brasil tem a família como foco precípua de atenção, porém, esta estratégia não busca somente a participação e o envolvimento da fa-

mília no cuidado à saúde, já que foi lançada com a finalidade de reorganização dos serviços, considerando a família inserida no ambiente em que vive, devendo ser implementada seguindo os seguintes princípios: integralidade, universalidade, equidade, participação e controle social, intersetorialidade, resolutividade, saúde como direito e humanização do atendimento.

Assim, a análise do trabalho da enfermeira na atenção básica, a partir da conformação da Saúde da Família, com as características próprias adotadas no Brasil, merece um olhar mais focalizado. Considerando estas questões, este estudo se volta a este olhar, fazendo o recorte para a identificação e análise dos atributos (conhecimentos, habilidades e atitudes) mobilizados nas situações de trabalho e que caracterizam os desempenhos das enfermeiras no que diz respeito à área de competência gerencial na Saúde da Família, apoiado nos conceitos teóricos de competência dialógica.

Destacamos que há várias linhas/abordagens de competência, dentre elas: a condutivista (ênfase nos resultados esperados), a funcionalista (importa em descrever os resultados e não os processos realizados para atingi-los), a construtivista (mesmo sendo orientada pelo trabalho e referida aos conteúdos dos empregos típicos, ainda está centrada na verificação e no cumprimento de tarefas e dos resultados) e a dialógica⁽⁷⁾, pela qual optamos, considera o contexto e a cultura do local de trabalho, e confere à competência uma dimensão relacional entre tarefas e atributos. Identificam-se os desempenhos dos enfermeiros partindo-se do mundo do trabalho, por meio do levantamento de suas ações, identificam-se os atributos que fundamentam a realização dessas ações, incorporando a ética e os valores como elementos integrantes do desempenho competente.

A proposição de competência dialógica é considerada holística e trabalha com o desenvolvimento de capacidades ou atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos), sendo que a combinação destas capacidades *conformam distintas maneiras de realizar, com sucesso, as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional*⁽⁷⁾. Assim, a identificação e a análise das diversas combinações dos atributos poderão revelar o desempenho das enfermeiras em várias situações no cenário da Saúde da Família. Ou seja, podem permitir a observação de que tipos de tecnologias estão sendo aplicadas pelas enfermeiras em suas atuações na Saúde da Família, uma estratégia para reorganização da prática assistencial vigente, médico-hegemônica, na qual prevalece o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos) e leve-duras (definidas como conhecimento técnico)⁽⁸⁾. Ressaltamos que a mudança do atual modelo assistencial - proposta da Saúde da Família - requer a inversão do uso das tecnologias de cuidado na produção da saúde, assim como a revisão do modo como vem

...a análise do trabalho da enfermeira na atenção básica, a partir da conformação da Saúde da Família, com as características próprias adotadas no Brasil, merece um olhar mais focalizado.

^(a) O termo atenção primária à saúde tem sido utilizado como sinônimo de atenção básica no Brasil. Neste texto utilizaremos a terminologia de atenção básica, como trazida intensivamente nos documentos oficiais do Brasil.

se organizando e processando o trabalho, sendo necessário um processo de trabalho centrado no uso mais intensivo das tecnologias leves⁽⁸⁾ (cuja essência é a produção de processos intercessores, de relações) e leve-duras, tanto nas ações que se voltam para a produção do cuidado individual e coletivo quanto nas ações de organização e gestão do processo de trabalho.

É na construção dessa abordagem de competência dialógica, que relaciona o mundo do trabalho (local onde se desenvolve a prática) e a formação para o desenvolvimento de práticas profissionais⁽⁷⁻⁹⁾, que podemos constituir possibilidades de reconstrução das práticas em saúde por meio da reflexão do desempenho do enfermeiro, ou seja, das ações e dos seus atributos mobilizados nas diversas situações da prática profissional cotidiana.

Nesta perspectiva, este estudo possibilita: pensar implicitamente em resolutividade na atenção básica, a qual está relacionada aos atributos dos profissionais; observar quais tipos de tecnologias estão sendo adotadas pelas enfermeiras na Saúde da Família e fornecer subsídios para construção de projetos pedagógicos que visem a formação de enfermeiras com conhecimentos, habilidades, atitudes contemporâneos no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS. Para tanto há necessidade de se considerar que a construção de tais projetos somente será viabilizada a partir de discussões das transformações vigentes no mundo do trabalho.

Ainda, este estudo pode contribuir para reflexão da prática da enfermeira na atenção básica em diferentes países, como por exemplo, na União Soviética, uma vez que em estudo⁽¹⁰⁾ realizado no Tajiquistão é relatado que enfermeiras de Saúde da Família têm implementado novas práticas. Adicionalmente, a presente investigação também pode levantar reflexões possibilitem subsídios para a atuação de enfermeiras comunitárias do Canadá, Polônia, Islândia, entre outros países.

OBJETIVOS

Identificar e analisar os atributos (conhecimentos, habilidades e atitudes) mobilizados nas situações de trabalho e que caracterizam os desempenhos das enfermeiras na área de competência gerencial na Saúde da Família.

MÉTODO

Este estudo apresenta caráter exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. O campo de estudo é o município de Ribeirão Preto – SP/Brasil, que se encontra localizado no nordeste do estado de São Paulo. Com relação à rede de atenção básica, Ribeirão Preto, não vem apresentando alterações numéricas em sua rede de atenção, sendo que desde 2007, apresenta 27 Unidades Básicas de Saúde – UBS, 5 Unidades Básicas e Distritais – UBDS, 1 Ambulatório Regional de Especialidades, 1 Ambulatório de Especi-

alidades Pediátricas, 1 Ambulatório Regional de Saúde Mental, 2 Núcleos de Assistência Psico-social e 22 equipes de Saúde da Família.

O cenário da pesquisa foi um conjunto de Unidades de Saúde da Família – USF, selecionadas considerando-se aquelas há mais tempo instaladas e em funcionamento no município. Assim, o cenário foi constituído por quatro das cinco USF ligadas à Universidade de São Paulo. Uma das USF foi excluída por ser uma unidade mista, isto é, serviço com uma equipe de Saúde da Família implantada em uma Unidade Básica de Saúde.

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiras com mais de um ano de trabalho na Saúde da Família, indicando certo acúmulo de experiências. As enfermeiras participantes responderam a um questionário inicial denominado *Caracterização das Enfermeiras*, contendo dados referentes à idade, município de residência, nível de instrução, tempo de exercício na profissão, experiências anteriores, experiências anteriores no Programa de Saúde da Família, forma de seleção e modalidade de contratação.

A coleta de dados foi desenvolvida no segundo semestre de 2006, por meio da observação participante do trabalho das enfermeiras, durante uma semana (40 horas) de trabalho considerada típica, ou seja, na qual não houve qualquer motivo que interferisse na rotina de trabalho, totalizando 160 horas de observação.

Assim, foram observadas: as ações realizadas; o modo como foram desenvolvidas, os critérios e recursos utilizados; a interação da enfermeira com o usuário e a equipe; o tipo de comunicação adotada (verbal, não-verbal, corporal) e a maneira como foi usada; a tomada de decisão (centralizada, compartilhada), entre outros.

Simultaneamente às observações, foram realizados os registros das mesmas, já que esses são considerados uma expressão quase idêntica de todo o processo de desenvolvimento da pesquisa, quando realizados de maneira que sejam anotadas tanto as atividades quanto os aspectos físicos (relacionados à estrutura física e à presença de barreiras como ruídos) e sociais (conversas), quanto relacionados à interação (com membros da equipe e usuários).

Para a análise dos dados, organizamos os registros das observações de modo a se constituir o *corpus* da pesquisa e optamos pela análise de conteúdo, utilizando a técnica da análise temática⁽¹¹⁾. Inicialmente realizamos várias leituras do material registrado, com a finalidade de uma maior aproximação com o mesmo. A seguir, o mesmo foi separado em fragmentos, identificando: a ação desenvolvida (o que faz), os atributos mobilizados (como faz) e a área de competência (para que faz).

Após esse momento, foi realizada a leitura flutuante e, então, a identificação dos núcleos de sentidos que foram agrupados em grandes temas. Para o desenvolvimento da pesquisa, foram seguidas as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, sendo o projeto

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, mediante o protocolo nº 0192 CEP/CSE-FMRP-USP, sendo garantidos o anonimato e a livre expressão dos sujeitos da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As quatro enfermeiras cujos trabalhos foram observados residem em Ribeirão Preto, SP, Brasil e foram contratadas por meio de processo seletivo, sendo que a idade das mesmas variou de 25 a 50 anos.

Esse perfil etário é semelhante ao encontrado na pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde sobre avaliação da Saúde da Família em dez grandes centros⁽¹²⁾, na qual se verificou que idade dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família pesquisadas apresentava-se distribuída predominantemente em duas grandes faixas etárias – *até 30 anos, que reflete a juventude das equipes, e acima de 45 anos que caracteriza a senioridade das mesmas*⁽¹²⁾.

No que se refere ao nível de instrução, três enfermeiras possuem formação no nível de Pós-Graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado). Quanto ao tempo que exercem a profissão, três profissionais trabalham na Saúde da Família há cinco anos e uma trabalha há seis anos. Em relação à experiência profissional anteriormente à Saúde da Família, duas enfermeiras trabalharam, por curtos períodos (1 ano e 6 meses e 2 anos), em unidades de Saúde da Família. Esses dados apontam trabalhadoras que já acumularam experiências de trabalho na atenção básica e na Saúde da Família, reiterando os critérios de inclusão utilizados nesta investigação.

Na análise do material, foram identificados cinco grandes temas que estão apresentados de forma separada, mas é fundamental ressaltarmos que tal divisão só é possível enquanto abstração com caráter analítico, uma vez que a dinamicidade do trabalho, na realidade dos serviços de saúde, os mantém permanentemente articulados.

O primeiro tema: *A supervisão como instrumento de controle e educação* aponta que a supervisão, além de se constituir em parte do processo coletivo do trabalho em saúde, está relacionada às demandas dos serviços e aos objetivos e finalidades aos quais se dirigem⁽¹³⁾. Ainda, aponta a supervisão como atividade inerente ao cotidiano da gestão do trabalho das enfermeiras e mostra que a supervisão apresenta as dimensões de educação (tanto no aspecto de educação de outros trabalhadores quanto no caráter de capacitação) e de controle (de atividades e de pesoal), podendo ter o intuito de conferir, corrigir e informar.

Desempenho da enfermeira na *A supervisão como instrumento de controle e educação*:

Conhece sobre o trabalho de cada membro da equipe, a rotina e a dinâmica do trabalho na unidade, a condição de saúde dos trabalhadores e as restrições para o trabalho; uti-

liza princípios de justiça, tolerância e responsabilidade. Comunica-se utilizando linguagem de forma direta, concisa e clara durante conversa com os trabalhadores, possibilitando interação e participação no diálogo, explicando como a jornada de trabalho deve ser realizada, demonstrando atitude de respeito e de manejo de relações de poder. Realiza avaliação do trabalho desenvolvido pelos trabalhadores e as alterações em seu trabalho de modo pontual e, consequentemente, no processo de trabalho da equipe, considerando fatores relativos à saúde do trabalhador como carga de trabalho, ambiente físico, segurança, a prática do serviço, a responsabilidade da unidade e da equipe com a assistência, de modo que o atendimento não seja interrompido, indicando respeito com os usuários.

Considerando as dimensões da supervisão, observamos que, durante o processo educativo, há preocupação com a capacitação da equipe em distintos momentos, contudo, evidencia-se o predomínio de uma educação de caráter diretivo e vertical, fazendo parecer que nem sempre a perspectiva da educação permanente está sendo adotada como um recurso que possibilita reflexão crítica sobre as práticas de atenção e de gestão, promovendo processos educativos aplicados ao trabalho. A Política de Educação Permanente no SUS, aprovada em 2004, assinala a educação em serviço como um recurso estratégico para gestão do trabalho e como uma estratégia para recomposição das práticas de formação e atenção⁽¹⁴⁾.

Com relação ao controle, enquanto dimensão da supervisão, identificamos que o mesmo, muitas vezes, apresentou o enfoque estrito de controlar, ou seja, o foco se volta para que o trabalho seja realizado conforme o planejado e seguindo estritamente as regras estabelecidas. Consideramos que tal enfoque deve ser superado, já que as enfermeiras, ao realizarem a supervisão, podem desempenhá-la como um instrumento para promover o envolvimento dos trabalhadores segundo os objetivos do projeto do qual fazem parte, buscando sua responsabilização em relação à produção de cuidados.

O segundo tema, *O trabalho em equipe na Saúde da Família*, mostra que o trabalho das enfermeiras está articulado ao da equipe para a produção do cuidado, evidenciando como ocorre a articulação das ações e a interação entre os trabalhadores. Nesse contexto, o trabalho em equipe constitui um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho, podendo ser uma ferramenta que possibilita uma abordagem mais integral e resolutive, já que pode ser implementado de um modo que articule as diferentes ações dos distintos profissionais⁽¹⁵⁾.

Encontramos como desempenho da enfermeira no *O trabalho em equipe na Saúde da Família*:

Conduz discussão de casos, possibilitando espaços para que qualquer trabalhador exponha seus conhecimentos. Toma decisão de modo centralizado e vertical. Tem atitude de fazer contato com outros níveis de atenção, a fim de obter informações sobre os usuários e famílias e de trocar

experiências. Realiza avaliação de risco e de prioridades, articula o cuidado, a fim de buscar continuidade, interseccionalidade e integralidade, através da mobilização da equipe. Reconhece como relevante o trabalho desenvolvido pelos outros membros da equipe.

Identificamos que o trabalho das enfermeiras, muitas vezes, está articulado e integrado ao da equipe a fim de viabilizar a produção do cuidado, sendo que, em vários momentos, a reunião da equipe é o momento utilizado para tal integração. Além disso, observamos que, em determinadas situações, as enfermeiras buscam interação com o profissional médico, principalmente para discutir e planejar condutas voltadas para o cuidado individual, o que fornece pistas de que há relação entre o trabalho e a autonomia, indicando que seguem a perspectiva de que *todos profissionais de saúde executam suas ações dentro de certa esfera de autonomia e responsabilidade [...] (16)*.

O terceiro tema, definido como *O controle social no processo de gestão*, explicita o controle e a participação social como instrumentos que possibilitam a construção da cidadania, estando presentes no trabalho das enfermeiras e relacionados à Comissão Local de Saúde.

Desempenho das enfermeiras no *Controle social no processo de gestão*:

Conhece a função e o regulamento da Comissão Local de Saúde. Pontualmente reflete sobre os problemas identificados. Procura alternativas que possam ser negociadas com a comunidade. Reconhece a Comissão Local de Saúde como um espaço de reivindicação e a importância da participação dos trabalhadores neste colegiado.

No que se refere ao controle e à participação social, na perspectiva presente no sistema de saúde público brasileiro, onde há o estímulo à ação da sociedade nas definições do sistema de saúde, chama atenção o fato de ambos estarem presentes, no cotidiano do trabalho das enfermeiras na Saúde da Família, apenas em raras situações. Dessa forma ambos apareceram somente articulados à atuação da enfermeira junto à Comissão Local de Saúde (instância formal prevista na legislação brasileira onde se viabiliza a participação e o controle sociais no nível local do SUS), o que contraria, de certa forma, a expectativa presente nos documentos oficiais da Saúde da Família. Ainda, apesar de parecer evidente certo conhecimento das enfermeiras referente ao controle social, os dados desta investigação indicam que pode haver dificuldades por parte destas trabalhadoras, em atuarem como sujeitos sociais, ou seja, terem dificuldade em promover ou desencadear processos de gestão, planejamento e avaliação mais participativos, em que as possam colocar seus conhecimentos, habilidades e atitudes a serviço das necessidades da população. Portanto, identificamos que as enfermeiras têm noção dos conceitos de controle e participação social, mas não conseguem operá-los no cotidiano, na interlocução com os demais sujeitos para efetivar a participação da comunidade. Desse modo, inferimos que as enfermeiras não conseguem apreender o controle e a

participação social enquanto dimensões presentes em suas ações, ou seja, para além da dimensão técnica do trabalho.

O quarto tema, *A organização do trabalho para a produção do cuidado*, define a organização do trabalho como a seleção, de modo adequado, dos instrumentos de trabalho que irão responder às necessidades que se colocam⁽¹⁷⁾ e mostra que o trabalho das enfermeiras se desenvolve no sentido de organizar o fluxo de usuários e informações tanto na unidade como entre os serviços e de realizar controle de infra-estrutura, de recursos humanos e de previsão e provisão de material.

Desempenho da enfermeira na *Organização do trabalho para a produção do cuidado*:

Participa de discussões junto à equipe, questiona condutas, justificando o motivo dos questionamentos. Indica limites do exercício profissional e demonstra atitude de preocupação com o acesso dos usuários aos serviços e com a continuidade da atenção. Realiza o cuidado embasando-se em protocolos de atendimentos, regionalização e a história dos usuários, considerando o vínculo com os usuários do serviço.

Toma decisão de forma centralizada, não busca a responsabilização dos diversos sujeitos envolvidos no processo de trabalho, não organiza o trabalho na lógica da educação permanente em saúde.

Em relação a esse modo de organização do trabalho, identificamos que as enfermeiras têm desenvolvido ações que estão voltadas para mobilização do cuidado, o que indica a articulação entre a dimensão gerencial e dimensão assistencial, no desenvolvimento do trabalho em saúde.

O último tema, *Coordenação e planejamento do trabalho*, resgata que o planejamento está direcionado a atividades pontuais de promoção à saúde e de educação permanente; às escalas e ao cuidado. A coordenação está relacionada à organização do trabalho para a produção do cuidado, sendo raras as iniciativas para o planejamento mais global voltado ao território e à avaliação das ações individuais, coletivas e de organização da unidade de saúde.

Desempenho das enfermeiras na *Coordenação e planejamento do trabalho*:

Participa da elaboração, coordenação e articulação do planejamento. Identifica os recursos (estrutura física, sistema de informação, localização de documentos na unidade) e os fatores (perfil demográfico e epidemiológico da população adscrita) envolvidos com o plano. Elabora o desenvolvimento das atividades atendendo à finalidade para a ação da unidade de saúde como priorização das famílias de acordo com a classificação de risco e por agravos presentes, atenção voltada a grupos de risco, ampliação da clínica, atuação junto com outros profissionais. Reflete sobre a previsão de situações e possíveis alternativas para a tomada de decisão com compromisso e responsabilidade. Identifica problemas potenciais, desenha cenários pos-

síveis, tentando acumular subsídios para agir no sentido de evitar intercorrências na organização do serviço e ter suporte caso essas venham a ocorrer.

Quanto ao planejamento, considerando-o como uma ferramenta que possibilita a programação, direção, coordenação, controle e avaliação de ações no processo de gestão do trabalho identificamos nesta investigação que no cotidiano do trabalho das enfermeiras na Saúde da Família, não há um processo sistemático de avaliação das atividades desenvolvidas pelos serviços, fato que traz preocupação, já que a avaliação é definida como um instrumento para a gestão, o qual deve subsidiar o processo de tomada de decisão e a produção de cuidados e de serviços, ou seja, que deve apoiar o planejamento em saúde, na perspectiva do cuidado e na promoção da inclusão dos usuários⁽¹⁸⁾.

Ainda, destacamos muitas contradições no trabalho das enfermeiras, no qual estão presentes momentos em que há o predomínio de ações de caráter vertical, ou seja, ações impostas que não possibilitam o diálogo e a negociação, visando apenas à transmissão de conteúdos. Da mesma forma que evidenciado em outros estudos, faz-se necessário o desenvolvimento, pelas enfermeiras, de capacidade de se comunicar para estabelecer um *diálogo com a equipe aonde irá se inserir, com estabelecimento de vínculo, com confiança, para um processo de negociação e possibilidades de mudança das práticas*⁽¹⁹⁾. No entanto, também identificamos alguns momentos em que as enfermeiras parecem buscar a reversão do modelo assistencial vigente, ou seja, observamos atos de fala e escuta que proporcionam vínculo e educação da equipe e dos usuários.

CONCLUSÃO

Compreendemos que a gestão dos serviços de saúde deve ter função de articular as relações entre pessoas, estruturas, tecnologias, objetivos/metast e meio ambiente e satisfação dos usuários.

A análise dos resultados aponta um conjunto de atributos (conhecimentos, habilidades e atitudes) mobilizados pelas enfermeiras ainda centrado na organização e gestão do trabalho em saúde para o cuidado individual, com raras incursões a uma ação sistematizada e contínua que envolva todas as etapas do planejamento e avaliação das ações propostas, de forma mais participativa, incluindo outros sujeitos interessados.

REFERÊNCIAS

1. Fraccolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2004;38(2):143-51.
2. Mishima SM. A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde: o caso do Programa de Saúde da Família [tese livre-docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.

Concluimos que o trabalho das enfermeiras na Saúde da Família pode estar em processo de transição, e, portanto, inserido no contexto de busca de reorganização da assistência a partir da atenção básica.

Além disso, como identificamos que, no trabalho das enfermeiras, há o predomínio de uso de tecnologias leves e leve-duras, e assim inferimos que esse trabalho pode contribuir na direção da reversão do modelo assistencial vigente, pois demonstra a potência do trabalho desenvolvido em conjunto entre enfermeiras e outros trabalhadores da equipe de saúde, permitindo a efetivação das diretrizes da atenção primária de longitudinalidade, coordenação da assistência e integralidade.

Entendemos também que a sustentação do processo de mudança do modelo assistencial que vem sendo empreendido com a contribuição das enfermeiras na instância da atenção básica impõe investimentos em processos de mudança na formação destas, como os que estão sendo realizados, implementando uma educação voltada para o mundo do trabalho no qual os objetos de aprendizado são problematizados. Desse modo, estudantes e trabalhadores inseridos nesse contexto podem perceber a realidade e agir sobre ela, com maior domínio dos atributos e competências nessa perspectiva, ou seja, com formação para o trabalho e defesa da cidadania⁽²⁰⁾.

Para finalizar, ressaltamos que este estudo aponta questões relevantes para a análise do desempenho da enfermeira que compõem a área de competência da gestão/gerência. Entretanto, a construção desta competência (que não é uma lista de tarefas ou uma somatória de tarefas, não é observada diretamente, mas é inferida pelo desempenho, que é uma combinação de atributos, em rede, para solucionar uma determinada situação da prática profissional) necessita ser validada, pelo conjunto de enfermeiras que atuam na Saúde da Família no cenário de Ribeirão Preto, contexto específico e mobilizador de projetos assistenciais específicos e que conforma o trabalho da enfermeira, mas que pode contribuir para a discussão mais ampla que se faz da competência da enfermeira na Saúde da Família em outros espaços.

O propósito dessa validação é de refletir sobre os desempenhos identificados de forma crítica, para articular com a proposta da Saúde da Família do município, tendo como possibilidade a análise da prática profissional realizada. Neste sentido, a validação se propõe a revelar os valores, interesses e ideologias das práticas social e historicamente constituídas, uma vez que constroem o diálogo da teoria com a prática.

3. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Práxis em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.
4. André AM, Ciampone MHT. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(n.esp):835-40.
5. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):65-72.
6. Wright LM, Leahey M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 3ª ed. São Paulo: Roca; 2002.
7. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 2005;9(17):369-79.
8. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
9. Ribeiro ECO, Lima VV. Competências profissionais e mudanças na formação. *Olho Mágico*. 2003;10(2):47-52.
10. Parfitt BA, Cornish F. Implementing Family Health Nursing in Tajikistan: from policy to practice in primary health care reform. *Soc Sci Med*. 2007;65(8):1720-9.
11. Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Relatório de Gestão: 1998-2002*. Brasília; 2002.
13. Silva EM. *Supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local [tese doutorado]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1997.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2004 [citado 2009 ago. 15]. Disponível em: http://www.unifesp.br/dmedprev/planejamento/pdf/port_GM198.pdf
15. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo novas “autonomias” no trabalho. *Interface Comun Saúde Educ*. 2001; 5(9):150-3.
16. Peduzzi M, Ciampone MHT. O trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.108-24.
17. Teixeira RA. *O trabalho da enfermeira na saúde da família: potência de (re)construção do modelo assistencial e (re)criação do trabalho da enfermagem? [dissertação]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.
18. Tanaka OU, Melo C. Como avaliar serviços de saúde? *Olho Mágico*. 2003;10(3):79-82.
19. Chirelli MQ, Mishima SM. A formação do enfermeiro crítico-reflexivo no Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA. *Rev Lat Am Enferm*. 2003; 11(5):574-84.
20. Leonello VM, Oliveira MA. Construindo competências para a ação educativa da enfermeira na atenção básica. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(n.esp):847-52.

Agradecimento

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq pelo financiamento da pesquisa.
Processo nº 301443/2006-8

ANEXO IX – Artigo: Atenção ao idoso na estratégia de saúde da família: actuação do enfermeiro

Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro

ELDERLY ATTENTION TO HEALTH STRATEGY IN THE FAMILY:
ACTION OF NURSES

ANCIANOS ATENCIÓN A LA SALUD DE ESTRATEGIA EN LA FAMILIA:
LA ACCIÓN DE LAS ENFERMERAS

Juliana Costa Assis de Oliveira¹, Darlene Mara dos Santos Tavares²

RESUMO

Este estudo objetivou descrever a consulta de enfermagem ao idoso realizada na ESF; identificar possíveis dificuldades na atenção à saúde do idoso, bem como os cursos de qualificação profissional realizados e as necessidades de aprendizagem. Os dados foram coletados por meio da entrevista semiestruturada e submetidos à análise descritiva e temática. Foram entrevistadas 12 enfermeiras, a maioria estando na faixa etária de 23-28 anos (66%); com 1-2 anos de formada (41%) em instituição particular (75%). Emergiram duas categorias temáticas: consulta de enfermagem ao idoso na ESF e qualificação profissional para a atenção à saúde do idoso. Foi considerado como desafio na realização da consulta de enfermagem a obtenção de dados fidedignos, a resolutividade e o apoio familiar. Os cursos para qualificar a atenção ao idoso ocorreram durante o período de graduação, destacando a falta de oportunidade, a pouca oferta e a necessidade de se aprofundar sobre o processo de envelhecimento.

DESCRIPTORES

Idoso.
Envelhecimento.
Enfermagem geriátrica.
Enfermagem familiar.
Promoção da saúde.
Saúde da família.

ABSTRACT

This study aimed to describe the nursing consultation for the elderly provided at the Family Health Strategy (ESF, acronym in Portuguese); identify possible difficulties in delivering health care to the elderly, as well as the professional qualification courses performed and the learning needs. Data were collected through semi-structured interviews and submitted to descriptive and thematic analysis. Interviews were performed with 12 nurses, most with ages between 23-28 years (66%), with 1-2 years since graduation (41%) in private institutions (75%). Two thematic categories emerged from the analysis: nursing consultation for the elderly performed at ESF and professional qualification in health care for the elderly. Obtaining reliable data in the nursing consultation, resolution and family support were considered as challenges. The courses to qualify professionals for elderly care occurred during their graduation course, highlighting the lack of opportunity, the short supply and the need for deeper studies about the aging process.

KEY WORDS

Aged.
Aging.
Geriatric nursing.
Family nursing.
Health promotion.
Family health.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo describir la consulta de enfermería realizada por el anciano en la ESF; identificar posibles dificultades en la atención a la salud del anciano, así como los cursos de calificación profesional realizados y las necesidades de aprendizaje. Los datos fueron recogidos a través de la entrevista semiestructurada y sometidos al análisis descriptivo temático. Fueron entrevistadas doce enfermeras, estando la mayoría situadas en la faja etaria de 23 a 28 años (66%), con 1-2 años de graduadas (41%) en instituciones particulares (75%). Emergieron dos categorías temáticas: consulta de enfermería del anciano en la ESF y calificación profesional para la atención de la salud del anciano. Fue considerado como desafío en la realización de la consulta de enfermería la obtención de datos fidedignos, la resolutividad y el apoyo familiar. Los cursos para calificar la atención al anciano, tuvieron lugar durante el período de graduación, destacándose la falta de oportunidad, la poca oferta y la necesidad de profundizar sobre el proceso de envejecimiento.

DESCRIPTORES

Anciano.
Envejecimiento.
Enfermería geriátrica.
Enfermería de la familia.
Promoción de la salud.
Salud de la familia.

¹ Especialista em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Enfermeira da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Uberaba. Uberaba, MG, Brasil. jukds@yahoo.com.br ² Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária do Centro de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba, MG, Brasil. darlenetavares@netsite.com.br

INTRODUÇÃO

Atualmente, no Brasil, os idosos representam cerca de 10% da população geral. O censo demográfico brasileiro de 2000 evidenciou que 15,5 milhões de pessoas têm 60 anos ou mais, projetando um crescimento para 18 milhões até 2010 e 25 milhões até 2025⁽¹⁾.

Esse aumento no número de idosos, dentre outros fatores, suscita a necessidade de retomar as discussões que permeiam a crise no setor saúde. Nesta perspectiva, visando implementar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde instituiu a Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1994. Tal estratégia enfoca a família como unidade de ação programática de saúde e não mais, tão somente o indivíduo⁽²⁾.

A ESF está pautada na visão ativa da intervenção em saúde, ou seja, não somente esperar a população chegar aos serviços de saúde para intervir. Deve-se interagir com ela preventivamente, constituindo-se em instrumento real de reorganização de demanda. Além disso, reforçam-se as concepções de integração com a comunidade e o enfoque na atenção integral, evitando ações reducionistas em saúde, centradas, somente, na intervenção biológica e médica⁽²⁾. Neste contexto, há uma indução do Governo brasileiro para que o setor saúde reconstrua a produção em saúde. Visa-se, então, qualificar os profissionais, corresponsabilizá-los pelo cuidado prestado e estimular a atenção integral à saúde de todos os membros familiares, nas diversas fases do ciclo vital.

O aumento da população idosa, o que vem ocorrendo de forma rápida e progressiva, exige que os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, estejam capacitados para atender as especificidades desta etapa da vida, melhorando a assistência prestada⁽³⁾.

A Política Nacional de Saúde do Idoso, instituída em 1999, tem como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos; a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação. Busca-se garantir a permanência do idoso no meio em que vive, exercendo de forma independente, suas funções na sociedade⁽⁴⁾.

Porém, para que se obtenha atenção qualificada e resolutiva aos idosos, é necessária a formação de profissionais, entre estes o enfermeiro, devidamente preparado para visualizar a tenacidade da instalação de processos patológicos nos idosos, que podem, facilmente, mudá-lo de independente para dependente. Enfim, conscientizar-se que o idoso apresenta necessidades diferentes dos demais adultos, que são inerentes ao processo de envelhecimento⁽⁵⁾.

Espera-se, portanto, que a formação acadêmica de profissionais enfermeiros seja baseada na perspectiva de de-

envolver atividades, que não apenas informem sobre o processo de envelhecimento, mas que formem profissionais sensíveis aos limites e peculiaridades presentes nos idosos, a fim de compreender as modificações físicas, emocionais e sociais desta faixa etária⁽⁶⁾.

Ademais, a consulta de enfermagem necessita ser implementada nos serviços de saúde, uma vez que favorece o trabalho multiprofissional, o desenvolvimento de práticas intersectoriais, o relacionamento interpessoal com cliente e familiares e o cuidado baseado na cientificidade⁽⁷⁾.

A ESF constitui-se em espaço privilegiado para atenção integral à saúde do idoso, pois sua proximidade com a comunidade e a atenção domiciliária possibilita atuar de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo idoso no seio familiar. A efetiva inserção do idoso em Unidades de Saúde, sobretudo aquelas sob a ESF, pode representar para ele o vínculo com o sistema de saúde.

Considerando as especificidades do processo de envelhecimento e a necessária adequação e qualificação profissional, assim como, as possíveis lacunas na formação do profissional de saúde, o presente estudo visa contribuir na discussão, reflexão e (re)organização das ações dos enfermeiros na atenção à saúde da população idosa, no âmbito da ESF.

A ESF constitui-se em espaço privilegiado para atenção integral à saúde do idoso, pois sua proximidade com a comunidade e a atenção domiciliária possibilita atuar de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo idoso no seio familiar.

OBJETIVOS

- Descrever a consulta de enfermagem ao idoso realizada na Estratégia Saúde da Família;
- Identificar possíveis dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros, na atenção à saúde do idoso;
- Identificar os cursos de qualificação profissional realizados pelos enfermeiros na atenção à saúde do idoso, assim como suas necessidades de aprendizagem.

MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa que buscou compreender a atenção à saúde do idoso, realizada pelos enfermeiros que atuam na ESF.

Esta investigação foi conduzida no município de Uberaba, que tem o seu território dividido em três Distritos Sanitários (DS) e, atualmente, conta com 47 equipes que trabalham na ESF. Para a seleção do local em que seriam coletados os dados, verificou-se no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) ano de 2007, o número de idosos por DS. Desta forma, elegeu-se o Distrito Sanitário I (DSI), uma vez que possui maior número de idosos (6.731) em relação aos DS II (3.384) e DS III (5.221).

Foram sujeitos desta pesquisa os enfermeiros que atenderam aos critérios de inclusão: atuar na ESF do DSI, no

período mínimo de 1 ano; não estar de licença ou férias, ambos os sexos e aceitar participar da pesquisa. Do total de 16 enfermeiros, participaram 12 sujeitos, dois estavam de férias e dois recusaram.

A coleta dos dados foi realizada utilizando-se de instrumento semi-estruturado, após a realização de teste piloto que verificou a compreensão, clareza, objetividade e adequação das questões propostas em relação aos objetivos do estudo. O instrumento de coleta dos dados consta de duas partes, na primeira estão as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, tempo de formada e de atuação na ESF, número de idosos cadastrados na área e atendidos por mês. A segunda parte está constituída por oito questões norteadoras referentes à atenção à saúde do idoso.

A entrevista foi previamente agendada com as enfermeiras, de acordo com suas disponibilidades e a das pesquisadoras, em local privado, podendo ser em uma sala da Unidade de Saúde ou da Secretaria Municipal de Saúde. Foi utilizado gravador para o registro das entrevistas, a fim de se obter maior fidedignidade na transcrição dos dados. O gravador só foi utilizado após autorização dos participantes. Para aqueles que não permitiram e concordaram em participar da pesquisa, os dados foram anotados no instrumento de coleta. As fitas serão destruídas após 5 anos, como estabelece a Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 196/96.

Os dados foram submetidos à distribuição de frequência simples e análise temática, seguindo as fases: pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. Na pré-análise, o material coletado foi organizado, as idéias sistematizadas a partir de uma leitura exaustiva do material. Na exploração do material, ocorreu o processamento da análise experimental, propriamente dita. Foi realizado o processo de relato dos recortes buscando encontrar os núcleos de sentido da comunicação. Estes recortes foram, posteriormente, agrupados por similaridade de significado e codificados, dando origem às categorias temáticas. Por fim, o tratamento dos resultados se deu por meio da transformação dos dados brutos em resultados significativos. Os resultados obtidos, agrupados em categorias por similaridade, foram contados em cada categoria e calculado a sua porcentagem de ocorrência⁽⁸⁾.

Foi solicitada e recebida autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba para a condução desta pesquisa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, atendendo a Resolução Nº 196/96, protocolo Nº 994. Os enfermeiros foram contactados no seu local de trabalho, e a eles foram apresentados a finalidade e objetivos da pesquisa, sendo realizada após autorização dos participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Garantiu-se o sigilo e o anonimato das respostas, através da identificação das entrevistas por números.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características da população estudada

Todas as entrevistadas são do sexo feminino e estão na faixa etária de 23- 28 anos (66%) e de 33- 39anos (34%). Estes dados denotam a maior participação das mulheres na força de trabalho da enfermagem e também da população mais jovem na ESF, local que tem absorvido grande parte dos recém formados.

Verificou-se que 75% das enfermeiras formaram-se em Instituição Particular e 25% em Instituição Pública. Estudo realizado no Brasil sobre o Perfil dos Médicos e Enfermeiros de Saúde da Família no Brasil observou que 70,7% dos enfermeiros formaram-se em Instituições Públicas, com maiores percentuais para as Regiões Norte (72,9%) e Nordeste (84,3%), que tem a participação expressiva do setor público. Situação diferente observa-se nas demais regiões, em que as instituições ligadas ao setor privado são responsáveis por quase a metade da formação dos enfermeiros. Nas regiões Sudeste, Sul, e Centro-Oeste mais de 40% daqueles que atuam na ESF fizeram a graduação em Instituições Privadas⁽⁹⁾.

Quanto ao tempo de formação, os maiores percentuais foram para 1- 2 anos (41%) seguidos por 2 - 3 anos (33%) e 3 anos (26%). Estes dados corroboram com estudo realizado com os médicos e enfermeiros que atuam na ESF no Brasil, em que a maioria (43,1%) tem até 4 anos de formados⁽⁹⁾.

O tempo de vínculo do profissional com a ESF demonstrou que 50% dos profissionais está de 1 - 2 anos no serviço, 34% entre 2 - 3 anos e 16% há menos de 1 ano. Dado este que também está consoante com o perfil brasileiro em que 43,3% dos enfermeiros atuavam há menos de 1 ano na ESF. Um dos fatores que podem explicar tal situação refere-se à significativa expansão da ESF nos anos de 1997 e 1998, quando, aproximadamente, 1.524 equipes foram implementadas em 550 municípios⁽⁹⁾.

O número de idosos cadastrados, em cada unidade, variou de 152 a 1000 idosos. Já o número de atendimento, realizado ao idoso na ESF, gerenciada pelos enfermeiros entrevistados, variou de 70 a 500 atendimentos/mês. Em todas as entrevistas o número de atendimento/mês, relatados pelos enfermeiros, não atingiu o número de idosos cadastrados. A dificuldade no atendimento/mês ao idoso, refletida na pesquisa, reafirma a necessidade de planejamento em saúde à população idosa e a sobrecarga da enfermeira.

Categorias temáticas

Após a análise temática, emergiram duas categorias *Consulta de enfermagem ao idoso na Estratégia Saúde da Família* (48,6%) e *Qualificação profissional para a atenção à saúde do idoso* (51,4%), com três subcategorias cada (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição de frequência de categorias e subcategorias obtidas após análise temática das entrevistas realizadas com enfermeiros trabalhadores da ESF do DSI - Uberaba - 2008

Categoria	Percentual	Subcategoria	Percentual
Consulta de enfermagem ao idoso na ESF	48,6	Implementação da consulta de enfermagem ao idoso	39,1
		Especificidades da consulta de enfermagem ao idoso	39,1
		Desafios para a realização da consulta de enfermagem ao idoso	21,8
Qualificação profissional para a atenção a saúde do idoso	51,4	Realização de cursos sobre o processo de envelhecimento e sua contribuição para a prática profissional	60,2
		Contribuição da graduação para a prática profissional	24,7
		Necessidades de aprendizagem	15,1

A categoria *Consulta de enfermagem ao idoso na Estratégia Saúde da Família* (48,6%) está composta pelas unidades de registros que descrevem as etapas da consulta de enfermagem e as atividades desenvolvidas. Agrupam os principais desafios enfrentados relacionados ao idoso; seus familiares; a organização dos serviços de saúde e da sociedade, bem como a qualificação profissional. Destacam as especificidades da consulta de enfermagem em decorrência de algumas características do idoso, dos atributos profissionais e da execução do trabalho. Possui três subcategorias: *Implementação da Consulta de Enfermagem ao Idoso* (39,1%), *Especificidades da Consulta de Enfermagem ao Idoso* (39,1%) e *Desafios para a realização da Consulta de Enfermagem ao Idoso* (21,8%).

Na subcategoria *Implementação da Consulta de Enfermagem ao Idoso* foram reunidas as unidades de registros (39,1%) que descrevem a forma como a consulta de enfermagem é conduzida, ou seja, a coleta dos dados, a realização de exame físico, o acompanhamento, o encaminhamento quando necessário, além das atividades de educação em saúde e a visita domiciliar. As ações em saúde são direcionadas, em especial, aos idosos, com poucos relatos de envolvimento dos familiares, como se pode observar nas falas.

[...] faço anamnese...(Ent 2); [...] exame físico do paciente, ver os sinais vitais, fazer uma ausculta cardíaca, pulmonar, ver como está às eliminações, membros inferiores (Ent 10);[...] gente senta com aquele idoso, procura conversar, procuro saber como que é a família, se ele mora sozinho ou não, se é aposentado ou não, se tem independência para fazer as coisas dele ou não, se ele tem um acesso fácil aquele setor de saúde ou não(Ent 10); [...] procuro ver ... a questão social dele para depois a gente tá vendo as patologias (Ent 10); visitas domiciliares (Ent 7); [...] trabalhar com ele em grupo, vai adquirindo uma certa intimidade (Ent 10); acompanhamento e orientações de hipertensão, diabetes, alimentação e cuidados gerais (Ent 5).

A consulta de enfermagem é compreendida como

a atenção prestada ao indivíduo, à família, e à comunidade de modo sistemático e contínuo, realizada pelo profissional enfermeiro com a finalidade de promover a saúde, mediante o diagnóstico e tratamento precoce⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Quando realizada com o idoso, é necessário agregar as especificidades do processo de desenvolvimento humano para o seu desenvolvimento.

Esta é uma atividade exclusiva do enfermeiro, que, usando de sua autonomia profissional, assume responsabilidade quanto à ação de enfermagem a ser prestada nos problemas detectados e o nível de complexidade da intervenção⁽¹¹⁾.

Nas falas, anteriormente citadas, verifica-se que as enfermeiras enfocam a primeira etapa da consulta de enfermagem, de maneira que denotam preocupação para que o cuidado seja oferecido de acordo com as necessidades de saúde do idoso.

A consulta de enfermagem, assim como as outras realizadas por outros profissionais da equipe de saúde, pode se restringir ao consultório e a consulta, resultando, por vezes, em uma relação de poder valorizada entre os trabalhadores⁽¹¹⁾.

Entretanto, a ESF enfoca também a atenção domiciliar, que favorece a compreensão do espaço social dos sujeitos e familiares, ampliando as possibilidades de atuação dos profissionais de saúde e o estabelecimento de parcerias para a realização do cuidado. Nesta subcategoria emergem relatos das enfermeiras que destacam a visita domiciliar como espaço privilegiado na atenção à saúde dos idosos.

Estudo realizado verificou que a atenção domiciliar tem potencial para sensibilizar o modo de agir e pensar dos profissionais de saúde e não apenas somar mais uma tarefa aos serviços de saúde tão saturados⁽¹²⁾. Ressalta-se que a atenção domiciliar favorece a aproximação com a realidade, complexa e dinâmica, possibilitando a reflexão e a revisão da própria atitude dos profissionais na busca de transformações do cuidado⁽¹²⁾.

Por outro lado, observou-se nas falas, anteriormente citadas, que a atenção de enfermagem está com maior enfoque no idoso, deixando, por vezes de incluir os familiares e cuidadores. Em decorrência de algumas especificidades do processo de envelhecimento humano, como a diminuição da acuidade auditiva, visual e memória recente, entre outras,

torna-se essencial o envolvimento de familiares e cuidadores no processo de cuidar do idoso. Isto não significa que não devem ser preservadas a autonomia e independência do idoso, bem como o estímulo ao autocuidado.

O estabelecimento de vínculo das enfermeiras com os idosos foi evidenciado nas unidades de registros, por meio dos contatos nas ações educativas e do acompanhamento da situação de saúde, com as abordagens biológicas, dos determinantes socioeconômicos e familiares.

A ESF tem o potencial para estimular a organização comunitária e a autonomia das famílias. O modelo técnico-assistencial proposto favorece o estabelecimento de vínculo através da promoção da saúde, baseando-se no encorajamento e apoio para que os grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde⁽¹⁰⁾.

Na subcategoria *Especificidades da Consulta de Enfermagem ao Idoso* as unidades de registros (39,1%) expressam-se, na perspectiva dos enfermeiros, as especificidades da consulta de enfermagem que estão relacionadas ao entendimento de algumas características do idoso; coleta de informações mais detalhadas; carência; necessidade de segurança, de apoio e de manter relacionamento interpessoal. Por outro lado, descrevem a necessidade de dedicar maior tempo, de ajudar, de apoiar, de ter mais paciência e criatividade, além do enfermeiro conhecer mais sobre sua doença e o seu medicamento.

[...] a consulta de enfermagem ao idoso tem uns *pontinhos* que você busca lá do passado, relatando até o dia que ele está (Ent 9); [...] necessita-se de mais tempo, devido a própria necessidade de dialogar do idoso (Ent 3); [...] você tem que ver o idoso de uma outra forma,...por ele já te ver como um ponto de apoio (Ent10); [...] geralmente o enfermeiro é o que mais sabe sobre a história do paciente... (Ent 11).

Nas falas apresentadas anteriormente, é possível desvelar a visibilidade do idoso na perspectiva das enfermeiras, quais sejam, carência, necessidade de apoio e segurança. Tal perspectiva pode interferir no cuidado de enfermagem de maneira a não incentivar as potencialidades dos idosos. Desta forma, é necessário conhecer as particularidades envolvidas na atenção ao idoso, identificar as especificidades e aumentar a eficácia no tratamento, na prevenção da doença e promoção da saúde.

Sabe-se que o processo saúde-doença ocorre diferentemente entre os sujeitos, dependendo da capacidade de recuperação do corpo; da forma com que a pessoa vivencia a doença, da esperança de restabelecimento e da idade, dentre outros fatores⁽¹³⁾. Tais questões reforçam a necessidade de atenção ao idoso estar pautada nas peculiaridades desta etapa da vida, sem que as idéias pré-concebidas, dos profissionais de saúde, imprimam no cuidado a fragilidade e a incapacidade do idoso.

Por outro lado, a visibilidade das enfermeiras em relação ao idoso, demonstra a necessidade das profissionais compreenderem e se aprimorarem para lidar com as carências e necessidade de segurança e de apoio.

Outro aspecto relatado pelas enfermeiras foi o maior tempo dispensado na consulta de enfermagem. Este fato possibilita que se estabeleça vínculo com o idoso, uma vez que favorece a compreensão das necessidades biológicas, sociais, econômicas e culturais, fatores estes considerados na resolução dos problemas identificados.

Pesquisa realizada em uma Unidade de Saúde da Família do Estado do Rio Grande do Sul identificou a relação entre a produção de vínculo e o atendimento clínico com continuidade. Considerou-se que a atividade clínica periódica aumenta a possibilidade de vínculo, assim como a responsabilização com as necessidades do cliente. O estudo revelou também, a necessidade da aproximação da enfermeira a essas atividades, a fim de que suas ações tenham mais impacto na saúde da população, produzindo cuidados resolutivos⁽¹⁴⁾.

A subcategoria *Desafios para a realização da Consulta de Enfermagem ao Idoso* foi constituída pelas unidades de registros (21,8%), que descrevem os principais desafios enfrentados, expressos pela obtenção de dados fidedignos, relacionados à saúde dos idosos; pela pouca assimilação das orientações, especialmente no que se refere aos medicamentos; pelo pouco acompanhamento dos familiares; pela baixa resolutividade dos problemas de saúde, em decorrência do sistema de referência e contra-referência e pela impossibilidade de oferecer respostas às necessidades sociais e, finalmente, pela necessidade de aprendizagem relacionada ao exame físico.

[...] idosos tem dificuldades de fornecer dados fidedignos sobre sua vida e saúde (Ent 2). Falta de assimilação das informações (pelos idosos) (Ent 5). Falta de acompanhamento por parte dos familiares (Ent 6) [...] você tem que ver, identificar a necessidade, mas na hora de você vê, tentar dar resolutividade para aquilo lá, você não consegue (Ent 10). Às vezes, por algum motivo você é barrado, então a gente faz aquilo que tá na nossa condição, que é proposto para a gente, mas a gente depende sempre de outro nível (Ent 10). ...dificuldade principalmente em ausculta pulmonar e ausculta cardíaca (Ent 12).

Os desafios elencados nesta subcategoria parecem ter relação com os dados obtidos na primeira subcategoria, em que as enfermeiras enfatizaram, na consulta de enfermagem, a obtenção de dados fidedignos. É possível inferir, também, que as enfermeiras estão realizando atividade educativa e visita domiciliária como estratégias para o enfrentamento destes desafios. Ademais, tais atividades constituem-se em espaço de ampliação do conhecimento do idoso sobre a sua situação de saúde.

A atenção à saúde do idoso, oferecida pelas enfermeiras, visa auxiliar o cliente e seus familiares a identificar e resolver se possível, os desajustes interacionais, além do enfrentamento de problemas e tomada de decisões. O foco do cuidado, portanto, deve estar em ajudar e em capacitar o cliente e a família, de forma que ela possa atender às necessidades de seus membros, especialmente em relação ao processo saúde-doença, mobilizando recursos, promovendo apoio mútuo e crescimento conjunto⁽¹⁵⁾.

As famílias representam, na maioria das vezes, a principal fonte de sustento e de apoio aos idosos. Nesta perspectiva, o trabalho do cuidador envolve esforço mental, físico e psicológico considerável, além do ônus financeiro que pode ocorrer quando a família se afasta do papel de cuidador⁽¹⁶⁾.

A resolutividade dos problemas de saúde foi outro aspecto considerado como desafio a ser enfrentado pelas enfermeiras. O alcance do atendimento integral ou mesmo o esforço feito pelos profissionais para tentar alcançá-lo, ajuda a produzir maior resolutividade das ações de saúde⁽¹⁷⁾.

Na agenda da saúde a resolutividade tem a finalidade de implementar este princípio do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, diante da compreensão de saúde mais ampliada, ou seja, abordada nos aspectos biológicos, sociais, culturais, ambientais, espirituais, dentre outros, faz-se necessário o estabelecimento de parcerias, por meio de ações intersetoriais, objetivando ter respostas mais efetivas.

A complexidade do trabalho em saúde requer co-responsabilidades e isso tem incentivado a busca de parcerias entre os diversos setores sociais envolvidos com a saúde. Neste contexto, o setor saúde explicita sua liderança em relação aos demais setores sociais. No entanto, é possível perceber que, por vezes, a busca destas articulações permanece no âmbito profissional e não no institucional, como é previsto numa política intersetorial⁽¹⁸⁾.

Evidenciou-se também no estudo, a necessidade de aprendizagem relacionada ao exame físico. A esse respeito, recomenda-se que as chefias de enfermagem procurem facilitar aos enfermeiros a sua participação em cursos de pós-graduação, que contemplem as bases propedêuticas. Acrescentamos a isso, a instrumentalização desses profissionais para o cuidado do idoso, tendo em vista a carência de conteúdo sobre o processo de envelhecimento e as alterações decorrentes desse processo nos cursos de graduação⁽¹⁸⁾.

Entretanto, torna-se oportuno destacar, que estudo revela, que a maioria dos enfermeiros foram contemplados com conteúdo sobre exame físico durante a graduação, 88% dos entrevistados realiza o exame físico e mostra-se motivado para efetuar-lo, embora o faça de maneira incompleta⁽¹⁸⁾.

Na segunda categoria *Qualificação profissional para a atenção a saúde do idoso* (51,4%), estão relacionadas as unidades de registros que descrevem a realização de cursos sobre o processo de envelhecimento e os motivos para sua não realização; os conteúdos abordados e o seu impacto sobre a prática profissional. Destacam ainda que os conteúdos estudados na graduação foram fundamentais para a atuação profissional, entretanto, relatam a necessidade de aprofundar sobre o processo de envelhecimento. Compõem as subcategorias: Realização de cursos sobre processo de envelhecimento e sua contribuição para a prática profissional (60,2%), Contribuição da Graduação para a prática profissional (24,7%) e Necessidades de aprendizagem (15,1%).

Estão destacadas na subcategoria *Realização de cursos sobre processo de envelhecimento e sua contribuição*

para a prática profissional as unidades de registros (60,2%), que descrevem a realização de cursos sobre o processo de envelhecimento durante a graduação; quando não realizados, os motivos relacionam-se a falta de oportunidade e a pouca oferta. Os conteúdos estudados foram aspectos conceituais, promoção da saúde; prevenção de doença; doenças; atenção ao idoso, medicação e inserção social. Destacam que o curso atendeu as necessidades de aprendizagem e favoreceu a atuação profissional com mais segurança, pois permitiu o aprofundamento sobre o tema, sendo realizado de forma clara.

Sim, foi durante a graduação que eu fiz sobre saúde do idoso... mas depois de formada não (Ent 11). [...] eu não realizei nenhum tipo de curso, durante a graduação, nem pela secretaria municipal de saúde (Ent 10) [...] ofertas destes cursos em relação aos idosos são mínimos (Ent 3); promoção de saúde e melhor idade (Ent 1); Doenças crônicas e degenerativas (Ent 6). [...] a partir do momento que você está vendo coisas novas, ouvindo coisas novas, você tem tudo para acrescentar no seu dia a dia, porque tem coisas... são detalhes que você esquece e vendo isso sempre, alguém falando, frizando algo mais a gente consegue fazer mais corretamente (Ent 9).

Nas unidades de registro desta subcategoria evidencia-se que os cursos relacionados ao processo de envelhecimento ainda são escassos. A promulgação do Estatuto do Idoso, em 2003, fortalece a discussão sobre o cuidado ao idoso. Contudo, a construção e socialização do conhecimento em enfermagem geriátrica/gerontológica ainda carece de maior implementação nas instituições formadoras e na disponibilidade de cursos de extensão universitária⁽¹⁹⁾.

Nas falas das enfermeiras, os conteúdos abordados nos cursos denotam uma visão ampliada do processo saúde-doença e o envelhecimento como uma etapa da vida. As oportunidades de formação, na referida perspectiva, devem ser multiplicadas para fazer face às demandas sociais crescentes pelo envelhecimento populacional. Ao mesmo tempo, contribuir para a implementação do modelo tecnoassistencial proposto pela ESF, pautado nos princípios do SUS, tão necessário, mas, ainda pouco consolidado em nosso contexto⁽¹⁹⁾.

Constatou-se que os cursos, quando realizados, contribuíram para a atuação profissional. Destaca-se que a educação permanente pode motivar a transformação pessoal e profissional, buscando alternativas que minimizam os desafios existentes no contexto dos serviços de saúde. Assim, a equipe de saúde, em especial, a enfermagem terá propósitos e objetivos comuns, devendo ser alcançados por todos os integrantes⁽¹⁹⁾.

As unidades de registros (24,7%) da subcategoria *Contribuição da Graduação para a prática profissional* denotam que, apesar de não ter havido aprofundamento dos conteúdos durante a graduação, o conhecimento adquirido foi fundamental para a prática profissional, favorecendo a ampliação de conhecimento; a realização de trabalho científico; o melhor entendimento sobre as doenças e o desenvolvimento de ações promocionais de saúde, preventivas, o tratamento e a reabilitação de doenças.

O idoso foi visto de forma rápida, mas mesmo com poucos conteúdos, eles foram de fundamental importância (Ent 3). [...] foi de suma importância, tanto foi que foi na graduação que eu tive a possibilidade de estudar um pouquinho sobre o idoso, uma vez que já não se estuda muita esta área, (Ent 10). Não teve esta parte específica do idoso [...] teve algumas doenças que geralmente aparecem no idoso, mas específico do idoso eu não tive (Ent 12). [...] fiz trabalho científico sobre processo de envelhecimento e foi muito importante, contribuiu e contribui até hoje (Ent 11); [...] através do conteúdo teórico que já possuía pude colocar em prática e desenvolver ações voltadas para prevenção, promoção, cura e reabilitação (Ent 8).

A enfermagem gerontológica agrega o conhecimento e a prática de enfermagem, provenientes da enfermagem geral, da geriatria e da gerontologia. Mas, somente em novembro de 2001, com as modificações propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, começou o desafio para as Instituições do Ensino em Enfermagem: formar os profissionais para cuidar do ser humano idoso. Temática esta não inserida nos currículos de Graduação em Enfermagem brasileira no período de 1991 a 2000⁽¹⁹⁾.

As enfermeiras deste estudo, relatam que o conteúdo sobre o processo de envelhecimento humano, durante a formação profissional, ainda que necessite ser aprofundado, contribuiu para a prática profissional. Estes dados corroboram a investigação realizada com discentes de enfermagem das Instituições Públicas do Estado de Minas Gerais. O estudo da enfermagem geriátrica/gerontológica, ofertado na graduação, favoreceu o acréscimo de conhecimento e o suporte teórico/prático para o desenvolvimento da atenção de enfermagem ao idoso na vida profissional. Evidenciou, também, pouca participação dos alunos em atividades de pesquisa e extensão universitária nesta temática⁽⁶⁾.

Salienta-se que, sendo emergente a formação de recursos humanos capacitados para o atendimento em gerontologia faz-se necessário, cada vez mais, estimular a participação dos discentes em atividades relacionadas ao processo de envelhecimento humano. Cabe, portanto, a cada Curso de Graduação em Enfermagem adequar a formação profissional à sua realidade social. Por outro lado, deve-se ampliar a oferta de conteúdos em gerontologia para aqueles alunos que tenham interesse nesta área, durante sua formação profissional⁽¹⁶⁾.

A subcategoria *Necessidades de aprendizagem* está constituída pelas unidades de registro (15,1%) que relatam a necessidade de aprofundamento sobre o processo de envelhecimento, destacando algumas doenças que têm maior ocorrência entre os idosos, temas de atualização e aspectos psicossociais.

[...] eu acho que a cada dia você deve se aprofundar mais, porque as coisas mudam então você tem que se atualizar diariamente (Ent 9); [...] eu acho, que a gente nunca sabe tudo, e...quanto mais a gente aprende, mais falta coisas para a gente aprender, ainda mais em uma população que

a expectativa de vida, cada dia que passa, está aumentando mais (Ent 10); [...] algumas doenças que, às vezes, eu tenho dificuldade de estar orientando a família e até mesmo o paciente, como o mal de Alzheimer, Parkinson, algumas doenças eu tenho dificuldades (Ent 12); Sim, necessidades psicossociais (Ent 7).

O profissional em saúde, em especial, o enfermeiro, está cada dia mais preocupado em melhorar a qualidade da atenção oferecida aos clientes. Considerando assim, a aprendizagem tem o papel de desenvolver os profissionais para desempenharem suas atividades com maior segurança, dinamismo e de forma individualizada, no contexto coletivo e familiar⁽¹⁹⁾.

A formação de recursos humanos na área de saúde do idoso está vinculada a uma compreensão de processo de envelhecimento humano e suas repercussões biopsicossociais. Diante disto, se impõe a necessidade do trabalho interdisciplinar à luz de novos paradigmas na atenção à saúde⁽¹⁷⁾. Para ser capaz de desenvolver tal trabalho, os profissionais de saúde necessitam estar atualizados, conforme evidenciado nas unidades de registro desta subcategoria.

O cotidiano da prática profissional permite tornar a qualificação significativa, pois conjuga a vivência de situações ao processo do conhecimento, possibilitando o questionamento de práticas sociais e a instrumentalização para o conhecer e o agir⁽¹⁷⁾.

Ademais, a vivência da realidade social possibilita aos profissionais de saúde despertar para o aprofundamento de determinados temas que são demandados pelos serviços de saúde, como observou-se, anteriormente, nas falas das enfermeiras.

Este fato é ampliado pela experiência desenvolvida com equipe multidisciplinar, do Núcleo de Atenção ao Idoso do Hospital Universitário Pedro Ernesto. Verificou-se que frente a mudanças, o importante não é somente o conhecimento, idéias ou comportamentos aprendidos, mas a capacidade profissional, ser agente participativo e de transformação social, detectando problemas e buscando soluções⁽¹⁷⁾.

CONCLUSÃO

Participaram deste estudo 12 enfermeiros que atuam na ESF. A maioria está na faixa etária de 23 | 28 anos (66%); foram formadas em Instituição Particular (75%), estão formadas entre 1 | 2 anos (41%) e trabalham na ESF entre 1 | 2 anos (50%).

A análise temática evidenciou duas categorias: Consulta de enfermagem ao idoso na Estratégia Saúde da Família e Qualificação profissional para a atenção a saúde do idoso composta, cada uma delas, por três subcategorias.

Nesta investigação, as enfermeiras descrevem a realização da consulta de enfermagem, de acordo com as etapas: coleta dos dados; realização de exame físico, acompanhamento e encaminhamento, quando necessário.

Apresentam como desafios para sua condução a obtenção de dados fidedignos junto aos idosos; a pouca assimilação das ações educativas; o pouco acompanhamento dos familiares; a baixa resolutividade dos problemas de saúde, a impossibilidade de oferecer respostas às demandas sociais e a necessidade de aprendizagem relacionada ao exame físico. Enfatizam a especificidade da consulta de enfermagem direcionada ao idoso relacionada à necessidade de coletar informações mais detalhadas; carência; necessidade de segurança, de apoio e de manter relacionamento interpessoal; maior dedicação de tempo; disponibilidade para ajudar e apoiar, além de precisar ter mais paciência e criatividade.

As enfermeiras contam com importante ferramenta no desenvolvimento da saúde do idoso, uma vez que foram consideradas referência, dentro da equipe de saúde, no atendimento a este público. O vínculo enfermeira-idoso

retratou a relevância da consulta de enfermagem, pois representa a possibilidade de alcançar o atendimento integral, inserindo família e comunidade na atenção à saúde.

As enfermeiras observam que os cursos para qualificar atenção ao idoso, ocorreram durante o período de graduação, apesar de destacarem a falta de oportunidade e a pouca oferta. Os conteúdos estudados estavam relacionados aos aspectos conceituais, promoção da saúde; prevenção de doença; doenças; atenção ao idoso, medicação e inserção social. Denotam a necessidade de se aprofundar sobre o processo de envelhecimento. Ressaltam que o curso atendeu as necessidades de aprendizagem e o conhecimento adquirido foi fundamental para o desenvolvimento da prática profissional

Espera-se que, cada vez mais, as enfermeiras da ESF atuem na saúde coletiva, correspondendo às necessidades emergentes a fim de reorganizar as ações prestadas à população idosa.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dados preliminares do censo 2000 [texto na Internet]. Rio de Janeiro; 2001. [citado 2006 mar. 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006.
3. Silvestre JA, Costa MM. Abordagem do idoso em Programas de Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2009;19(3):839-47.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1395, de 10 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 1999. [citado 2007 abr. 22]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf
5. Silva MJ, Duarte MJRS. O autocuidado dos idosos: intervenção de enfermagem e melhor qualidade de vida. *Rev Enfem UERJ*. 2001;9(3):248-53.
6. Montanholi LL, Tavares DMS, Oliveira GRS, Simões ALA. Ensino sobre idoso e gerontologia: visão do discente de enfermagem no Estado de Minas Gerais. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(4):663-71.
7. Chrystostimo MM, Rosas AMMTF. A trilogia da promoção em saúde, consulta de enfermagem e gestão em saúde: o entrelaçar reflexivo. *Inf Promoção Saúde* [periódico na Internet]. 2006[citado 2007 mar. 15];2(2):[cerca de 3 p.]. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/trilogia.pdf>
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
9. Machado MA, coordenador. Perfil dos médicos e enfermeiros da Saúde da Família no Brasil: Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
10. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1487-94.
11. Gomes AMT, Oliveira DC. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na saúde pública. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(4):393-8.
12. Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev Bras Enferm*. 2007;60(6):659-64.
13. Marcon SS, Radovanovic CAT, Waidman MAP, Oliveira MLF, Sales CA. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2005;14(n.esp):116-24.
14. Pan American Health Organization (PAHO). Pan American Sanitary Bureau. Division of Health Promotion and Protection and Protection. Plan of Action on Health and Aging: older adults in the Americas, 1999-2002. Washington; 1999.
15. Oliveira RG, Marcon SS. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):65-72.
16. Santos SSC. O ensino da enfermagem gerontogeriatrica e a complexidade. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(2):228-35.
17. Motta LB, Caldas CP, Assis M. A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(4):1143-51.
18. Paschoal AS, Mantovani MF, Méier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(3):478-84.
19. Castro LC, Takahashi RT. Percepção dos enfermeiros sobre a avaliação da aprendizagem nos treinamentos desenvolvidos em um hospital de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):305-11.

ANEXO X – Artigo: Determinantes Sociais de Saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família

DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família^a

Cynthia Fontella SANT'ANNA^b, Marta Regina CEZAR-VAZ^c, Leticia Silveira CARDOSO^d,
Alacoque Lorenzini ERDMANN^e, Jorgana Fernanda de Souza SOARES^f

RESUMO

Este estudo objetivou identificar os Determinantes Sociais de Saúde que despontam nos depoimentos das enfermeiras, ao caracterizarem a comunidade, analisando sua relação com o trabalho desenvolvido. Trata-se de um estudo exploratório-descriptivo com análise qualitativa nas categorias teóricas dos determinantes. Utilizou-se entrevista semiestruturada gravada com consentimento das 65 enfermeiras da Estratégia Saúde da Família, pertencentes à 3ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Evidenciou-se a inter e intrarrelação nos fatores determinantes da saúde, obtendo 104 citações para as características anatomofisiológicas dos indivíduos/comunidade correspondentes aos determinantes proximais e em associação predominantemente ao trabalho desenvolvido pelas enfermeiras. Para os determinantes intermediários houve 27 citações e, para os distais, 166, com predominante referência à localização territorial das comunidades em áreas rurais e periféricas. As enfermeiras relataram uma estreita relação entre as características proximais e o trabalho por elas desenvolvido, bem como visualizam a relação com os demais determinantes na relação com o processo de adoecimento.

Descritores: Enfermagem em saúde pública. Programa Saúde da Família. Desigualdades em saúde.

RESUMEN

Este estudio tuvo el objetivo de identificar los Determinantes Sociales de Salud que se destacan en las declaraciones de las enfermeras, al caracterizar la comunidad, analizando su relación con el trabajo desarrollado. Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo con análisis cualitativo en las categorías teóricas de los determinantes. Fue utilizada la entrevista semiestructurada grabada con el consentimiento de las 65 enfermeras de la Salud de la Familia, pertenecientes a la 3ª Coordinación Regional de Salud del Rio Grande do Sul, Brasil. Fue evidenciado la inter y la intrarrelación en los factores determinantes de la salud, obteniendo 104 citaciones para las características anatomofisiológicas de los individuos/comunidad correspondientes a los determinantes proximales y en asociación predominantemente al trabajo desarrollado por las enfermeras. Para los determinantes intermediarios hubo 27 citaciones y, para los distales, 166, con predominante referencia a la localización territorial de las comunidades en áreas rurales y periféricas. Las enfermeras relataron una estrecha relación entre las características proximales y el trabajo por ellas desarrollado, además de como visualizan la relación con los demás determinantes en la relación con el proceso de enfermarse.

Descriptores: Enfermería en salud pública. Programa de salud familiar. Desigualdades en la salud.

Título: Determinantes sociales de salud: características de la comunidad y trabajo de las enfermeras en la salud de la familia.

ABSTRACT

The purpose of this study is to identify the Social Determinants of Health Care which emerge in nurses' statements as they characterize the community, analyzing its relation to the work carried out by them. It is an exploratory and descriptive study containing a qualitative analysis in the theoretical categories of the determinants. We used a semi-structured interview, recorded with the permission of the 65 nurses of the Family Health Care, members of the 3rd Regional Health Care Coordination of Rio Grande do Sul, Brazil. It has been shown the inter- and intra-relation in the health determinant factors, obtaining 104 citations for the anatomico-physiological features of the corresponding individuals/community to the proximal correspondents and in association, mainly, to the work carried out by the nurses. For intermediate determinants there were 27 citations and, for distals, 166, with predominant reference to the territorial localization of communities in rural areas and peripheries. The nurses have stated a narrow relation between the proximal features and the work carried out by them, as well as the connection with other determinants in the relation with the process of getting sick.

Descriptors: Public health nursing. Family health program. Health inequalities.

Title: Social determinants of health: community features and nurse work in family health care.

^a Artigo originado da dissertação de Mestrado apresentada em 2009 ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

^b Doutoranda do PPGENf da FURG, Bolsista da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Integrante do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA), Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Doutora em Filosofia da Enfermagem, Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da FURG, Líder do LAMSA, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

^d Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde da FURG, Bolsista CAPES, Integrante do LAMSA, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

^e Doutora em Filosofia da Enfermagem, Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Pesquisadora 1A do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^f Doutoranda em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Bolsista CNPq, Integrante do LAMSA da FURG e do Programa Integrado em Saúde Ambiental e do Trabalhador da UFBA, Salvador, Bahia, Brasil.

INTRODUÇÃO

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) correspondem a um conjunto de fatores que caracteriza as particularidades dos indivíduos e também reflete sua inserção em um tempo-espaço. Os determinantes referidos constituem uma rede complexa de fatores que se inter-relacionam e condicionam o processo saúde-doença na especificidade do indivíduo e na abrangência do modo de vida coletivo.

As características de determinada comunidade correspondem a uma diversidade e a uma complexidade de fatores que pertencem às condições de vida e saúde local e com elas se relacionam⁽¹⁾. Nesse espectro, a relação entre saúde e doença é dinâmica e constante, compreendendo a capacidade normativa para a vida que o indivíduo possui, ou seja, pela sua capacidade de estabelecer novas normas, mesmo que orgânicas, frente às circunstâncias apresentadas e considerando-se, assim, normal, percebendo o surgimento da doença como compatível com a vida⁽²⁾.

Em uma comunidade, as características anatomofisiológicas se constituem nas particularidades dos indivíduos, que representam parcela da comunidade, os DSS proximais.

Outra parcela atrela-se aos aspectos comportamentais de diferentes grupos, que pode formar redes sociais de apoio e complemento às questões de vida e saúde, os DSS intermediários. E ainda, considera-se as características mais externas aos indivíduos e grupos, os fatores sócio-ambientais, como DSS distais⁽³⁾.

A comunidade, na condição de contexto sócio-ambiental, condiciona e determina a saúde e o adoecimento, na relação entre os indivíduos e os sistemas ambientais em que vivem, interagindo com seres vivos e não vivos⁽⁴⁾. Essa interação desenvolve efeitos de ação e reação, que interferem nos estados de vida em comunidade, bem como em situações de construção do próprio ambiente físico-social, produzindo meios (in)sustentáveis à sobrevivência e à preservação⁽¹⁾.

Em tal conjuntura, o processo de trabalho com os elementos/fatores determinantes sociais de saúde – ao conhecer e atuar junto às condições de vida e saúde de indivíduos e famílias – no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) é abordado pelo Ministério da Saúde como estratégia de reestruturação da Atenção Básica, que desenvolve a me-

diação das ações estatais para melhorar as condições de vida e saúde, a partir da ação de uma equipe multiprofissional⁽¹⁾. Essa força de trabalho impulsiona ações promotoras a grupos com fatores de risco comportamentais e ambientais, visando adequar hábitos/estilos de vida saudáveis, minimizando o aparecimento de agravos⁽⁵⁾.

Neste âmbito do grupo multiprofissional, salienta-se o trabalho das enfermeiras como agentes propulsores das ações interativas e integrativas na relação com os diferentes grupos da comunidade. Permite-se, assim, caracterizá-las como articuladoras do trabalho multiprofissional ao intervirem nas várias dimensões da saúde e do adoecimento dos indivíduos, família e grupo, no contexto sócio-ambiental comunitário.

No desenvolvimento do trabalho, a comunidade, quando estimulada a participar ativamente na atenção à saúde, desenvolve a corresponsabilização com os trabalhadores da equipe, permitindo o desenvolvimento de um trabalho com maior abrangência frente à determinação social da saúde.

Nesse contexto, a atuação dos trabalhadores da ESF necessita ir além dos cuidados anatomofisiológicos nos indivíduos, buscando ações de prevenção da doença e promoção da saúde na comunidade, compreendendo os aspectos sócio-ambientais. Sendo assim, o presente estudo emerge do anseio da seguinte questão norteadora: Como as enfermeiras caracterizam seu objeto coletivo de trabalho, a comunidade, de acordo com os DSS?

Nessa direção, objetivou-se identificar os Determinantes Sociais de Saúde que despontam nos depoimentos das enfermeiras ao caracterizarem a comunidade, analisando a relação com o seu trabalho.

MÉTODO

Estudo com abordagem qualitativa temática⁽⁶⁾ – a aproximação das características das comunidades atendidas na Estratégia Saúde da Família aos Determinantes Sociais de Saúde – na tentativa de compreender uma problemática sob a ótica dos sujeitos envolvidos, as enfermeiras, para análise do objeto de investigação em determinado tempo histórico sócio-ambiental, pois o foco é para a apreensão da enfermeira sobre o seu objeto/sujeito coletivo da ação – a comunidade que vive em um espaço delimitado e socializado cultural e economicamente.

O presente estudo originou-se de uma dissertação em enfermagem⁽⁷⁾, a qual utilizou o banco de dados de um macroprojeto⁸ que teve como cenário de estudo a rede da ESF da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde (3ª CRS), no extremo sul do Rio Grande do Sul, Brasil. A população da pesquisa constituiu-se de 65 enfermeiras que compõem a totalidade de profissionais da categoria atuantes nas 65 equipes da ESF pertencentes à 3ª CRS, no período da coleta dos dados, realizada entre janeiro a julho de 2006. Destaca-se que foi utilizado como critério de seleção das equipes a sua constituição até o período de 2004, data em que o projeto da pesquisa foi aprovado.

O instrumento foi testado por meio do estudo-piloto, junto a uma equipe da ESF não pertencente ao grupo selecionado para a amostra. As entrevistas semiestruturadas gravadas foram norteadas pela questão dirigida às enfermeiras: Expõe as características da comunidade que compõem o território adscrito à utilização dos serviços, nesta Unidade Saúde da Família. Este processo foi previamente projetado com o suporte dos DSS como base teórica, para sustentar a base empírica construída a partir dos depoimentos das enfermeiras sobre as condições de vida e saúde da comunidade.

A análise dos dados foi delineada pelo suporte teórico dos DSS, para possibilitar a aproximação da base empírica do conteúdo dos depoimentos das enfermeiras. Este processo permitiu a exploração do material obtido, em acordo à aplicação aos elementos dos DSS e princípios da ESF.

Assim, a apresentação e análise dos dados estão divididas didaticamente nas categorias teóricas, de acordo com os DSS, em: **Determinantes Proximais**, representados pelas categorias operacionais relacionadas ao indivíduo, como idade, sexo e fatores hereditários; **Determinantes Intermediários**, que compreendem as categorias operacionais de estilo de vida e redes sociais, comunitárias e saúde; e os **Determinantes Distais**, que abran-

gem as condições de vida e trabalho (escolaridade, ambiente de trabalho, fonte de renda, saneamento básico, cultura, habitação e serviços sociais e de saúde) e as condições sócio-econômicas, culturais e ambientais gerais.

Quanto aos aspectos éticos, obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Área de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS), sob parecer no 02/2004. Assegurando a observação das normas e diretrizes que regulamentam a pesquisa com seres humanos, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁸⁾, obteve-se expresso por escrito em duas vias o consentimento de todos os entrevistados, após serem informados acerca do direito à desistência da participação sem qualquer ônus e à preservação do anonimato da identidade pessoal, dos locais de trabalho e dos municípios.

RESULTADOS

Da totalidade das 65 enfermeiras entrevistadas, 59 são do sexo feminino e 6 do masculino, com média de idade de 37,60, variando entre 24 e 55 anos. O tempo de trabalho na ESF foi de 25,93 meses, variando entre 1 e 60 meses de atuação. Destes trabalhadores, 50 possuem Especialização em Saúde da Família e 15, Especialização em Saúde Pública e Saúde Coletiva. Acerca da formação pós-graduada *stricto sensu*, 4 enfermeiras possuem Mestrado.

Os resultados apresentados a partir das categorias teóricas – determinantes proximais, determinantes intermediários e determinantes distais – são descritos com apresentação do número de referências feitas a cada categoria operacional, representada entre parênteses, visando demonstrar a representação quantitativa para consubstanciar o qualitativo da caracterização das enfermeiras acerca das características da comunidade.

Determinantes Proximais e características anatomofisiológicas

Na categoria teórica dos DSS proximais, houve 104 citações das entrevistadas referentes à faixa etária (45), ao sexo (31) e aos fatores hereditários (28), no que concerne às características da comunidade.

Na categoria operacional referente à faixa-etária foi possível visualizar predominantemente

⁸ Intitulado "Trabalho em saúde e o contexto tecnológico da Política de Atenção à Saúde da Família – uma abordagem socioambiental da produção coletiva de saúde" e inserido no edital MS/CNPq/FAPERGS no 004/2007 – do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – processo no 0415374. Objetivou analisar as mudanças atuais no modelo de atenção básica à saúde, na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual intensifica a proposta de ações abrangendo os eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, por meio do Programa Saúde da Família (PSF).

nas falas das enfermeiras como característica proximal o idoso (25), relacionando-o com DSS distais representados pela fonte de renda, aposentadoria e melhores condições de moradia. As demais características etárias (20) foram associadas à escolaridade, para o cadastramento no bolsa-escola, e às ações desenvolvidas pela trabalhadora, no atendimento à puericultura, pré-natal, vacinação e planejamento familiar, classificadas nos DSS distais e intermediários, respectivamente.

No que se refere ao sexo, foi descrito (25) para a diferença entre homens e mulheres, relacionada às características distais correspondente ao tipo de emprego extra ou intradomiciliar, o último ocupado com o cuidado dos filhos; nível educacional baixo em função do trabalho precoce; e uso de drogas, que acarretam conseqüências distintas para o homem e a mulher, desenvolvendo o alcoolismo e a depressão, respectivamente.

Em relação aos fatores hereditários, foram relacionadas características que identificam patologias crônico-degenerativas (19), como a hipertensão e diabetes, depressão (8) e obesidade (1), relacionadas a outros DSS proximais, como a faixa-etária (com ênfase na pessoa idosa), com DSS intermediário, como o estilo de vida, e ainda com DSS distal, como a cultura referente aos hábitos alimentares, o sedentarismo e a ausência de atividades de lazer.

Determinantes Intermediários e interações condicionantes da vida e da saúde

De acordo com a percepção das enfermeiras, a categoria teórica em questão obteve 27 citações, relacionadas ao estilo de vida dos indivíduos (17) e às redes sociais, comunitárias e saúde (10).

A categoria operacional estilo de vida dos indivíduos visualizou-se como predominante a referência ao uso de drogas (10), ao referir alguns DSS distais de localização territorial e cultural, devidos à ingestão diária de bebida alcoólica, na área rural, e ao uso de substâncias ilegais como uma das causas da violência na periferia. Apresenta-se ainda o comportamento pouco reivindicador associado à característica distal da cultura no território rural (6), e a atribuição de responsabilidades do cuidado entre irmãos de diferentes idades associado ao DSS distal da área periférica (1) e ainda a cultura da comunidade.

Em relação às redes sociais, comunitárias e saúde, predominaram no relato das enfermeiras os espaços de lazer (8), apontados por sua ausência; e assim, utilização do serviço da unidade de saúde, a participação em grupos religiosos, no conselho local de saúde e em grupo de saúde mental como meios de socialização; relacionada ao comportamento suicida (1), por sua vez, associado ao desemprego e à consequente falta de alimentação, ambos DSS intermediários.

Determinantes Distais e características sócio-ambientais

Nesta categoria teórica, os entrevistados fizeram 168 referências aos aspectos de condições de vida e trabalho e de condições sócio-econômicas, culturais e ambientais gerais, identificadas na educação (40), ambiente de trabalho (32), fonte de renda (29), saneamento básico (27), habitação (13), serviços sociais de saúde (13) e cultura (14).

Em relação à categoria operacional educação, o analfabetismo e o baixo nível escolar, identificado no 1º grau incompleto (33), foram registrados como sendo a principal característica da comunidade, relacionada aos seguintes DSS distais: localização periférica ou rural, inserção precoce no mercado de trabalho, carência na alimentação e evasão escolar durante a gravidez.

Para o ambiente de trabalho foi referido como característica principal o tipo de trabalho (25), na relação com DSS de localização, identificando na área rural o trabalho agrícola e agropecuário, e estes, por sua vez, com os DSS proximais de patologias, devido à exposição a toxinas e ao trabalho excessivo. Na área periférica (7), o ambiente de trabalho foi associado a DSS distais, como o trabalho autônomo, sem carteira assinada.

Em relação à categoria operacional da fonte de renda, as enfermeiras caracterizam a comunidade pelo baixo nível salarial (15), ao referirem relação com outros DSS distais, como o trabalho sem renda fixa e a cultura, devido ao elevado número de filhos: 11 a 12 por família. Foram apontados o desemprego (9) em relação aos intervalos da safra agrícola rural, característica distal, e a utilização de benefícios do governo, característica intermediária.

Em relação ao saneamento básico foram identificadas a carência e/ou ausência de estrutura

para esgoto (11), água (9), luz (5) e coleta de lixo (2), relacionados à característica distal de localização territorial, referindo alagamentos de ruas, na área periférica, e uso de poço artesianos e despejo de esgoto nos rios, na área rural.

Os aspectos de habitação foram caracterizados pelas condições de saúde (8), relacionadas às precárias estruturas físicas e tipo de material de construção (papelão, latas), co-habitação com animais, tamanho da residência, ausência de assoalho, precárias condições de higiene e ausência de equipamentos domésticos.

Em relação aos serviços sociais de saúde foi referida a acessibilidade dos clientes à unidade de ESF (9), identificando as atividades desenvolvidas, tais como grupos de saúde, vacinação e atendimento à demanda, associados a DSS distais em razão de o horário de trabalho coincidir com o de funcionamento da unidade ESF, da dificuldade pela distância territorial bem como da dificuldade financeira para tal deslocamento. E ainda foi identificado o perfil reivindicador (4) da comunidade, DSS intermediário, para solicitação de maior número de consultas.

Referente à cultura, foi mencionada a etnia alemã (13), identificando a área rural, característica distal, hábitos alimentares e doenças crônicas; e a dificuldade de comunicação, que recai no uso do dialeto pomerano pela comunidade. E na periferia (1), foi citada a representação da mulher na sociedade, de acordo com o maior número de filhos.

DISCUSSÃO

A estruturação dos DSS expressa a mediação existente entre as diferentes categorias teóricas nas intra e inter-relações com os fatores operacionais⁽⁹⁾ que, nessa dinâmica interativa do indivíduo e da coletividade aos fatores sócio-ambientais, origina-se a necessidade de uma assistência integral à saúde⁽³⁾.

O estabelecimento da relação das características da comunidade relatadas pelas enfermeiras com os DSS evidencia o idoso pela estabilidade financeira que a aposentadoria pode significar, sendo por vezes a única fonte de renda familiar, e com possibilidade de proporcionar melhoria quantitativa e qualitativamente às condições de vida⁽¹⁰⁾. Esta relação torna clara a interrelação entre os diferentes DSS, pois ao descrever características de uma determinada faixa etária, DSS proximal, a traba-

lhadora faz referência à condição sócio-econômica deste, o trabalho, correspondente a um dos DSS distais.

Este mesmo sentido é identificado quando é feito referência à criança na relação com a escolaridade que pode representar o suporte financeiro proporcionado pelo governo, que tem o objetivo de incentivar a educação por meio de benefícios. Estes, nas áreas de carência sócio-econômica, podem significar a existência de uma criança como provedora financeira de uma família⁽¹¹⁾.

Neste espectro, as enfermeiras caracterizam o próprio objeto coletivo de intervenção, a comunidade, a partir do desenvolvimento de seu trabalho, direcionado às características correspondentes à faixa-etária e fatores hereditários pautado nas prioridades previstas no Pacto pela Saúde⁽⁵⁾, na realização de ações individuais e coletivas de responsabilidade criativa e organizativa das enfermeiras.

As enfermeiras enfatizam a relação entre o trabalho masculino e feminino, considerando o primeiro como provedor financeiro de uma família, o que pode representar a evasão escolar por parte dos adolescentes do sexo masculino, ligados a aspectos culturais e fatores de localização territorial. Desta forma, visualiza-se a direta relação de um DSS proximal, o sexo, com o trabalho dos indivíduos homens interligado à cultura, correspondentes aos DSS distais; bem como, a intra-relação nos elementos dos DSS distais, pois a cultura de o homem ser o provedor do sustento familiar pode interferir no processo de escolarização deste indivíduo, que corresponde também a um determinante distal.

Na diferença entre sexos, percebe-se a estreita relação com o consumo de álcool, associado ao comportamento de risco, permeada às diferenças regionais e o tipo de bebida consumida. Pode-se constatar também a prevalência do consumo de álcool por homens, e nas mulheres, a prevalência de desordens no consumo de drogas controladas⁽³⁾. Assim, o DSS proximal, sexo, é identificado na relação com um DSS intermediário, estilo de vida, o qual pode representar um fator de vulnerabilidade à saúde do indivíduo – correspondente a um DSS proximal, e interferir na inserção/relação com redes sociais, comunitárias e saúde – um DSS intermediário.

Visualiza-se que o foco de abordagem aos fatores hereditários encontra-se direcionado à prevenção e controle da hipertensão e diabetes, defi-

nidas como prioridades na atenção à saúde do adulto. Assim, compreendendo a saúde como uma questão de bons hábitos⁽¹²⁾, as enfermeiras na ESF desenvolvem a atenção aos indivíduos acometidos de doenças crônico-degenerativas, em atividades educativas e informativas individuais ou coletivas, incluindo conteúdos relativos a patologia, suas implicações e riscos. As referidas atividades têm em vista a perspectiva de mudanças de hábitos comportamentais e alimentares, incentivo à atividade física, entre outras atitudes possíveis para produzir a adequação dos indivíduos a hábitos mais saudáveis.

Ao analisar a descrição das enfermeiras acerca das características anatomofisiológicas da comunidade, DSS proximal, é identificado a interrelação que estas trabalhadoras fazem com os demais DSS, apontando assim que, ainda que exista divisão teórica destes determinantes, os fatores se conectam e interagem constantemente na vida do sujeito indivíduo e coletivo.

Tal interação entre os DSS também pode ser visualizado em relação ao modo condicionante do viver, no qual as enfermeiras percebem a relação entre o estilo de vida e o meio de inserção dos indivíduos, que pode ter como fator diferenciador a cultura de determinada localização territorial. Nessa direção, destaca-se a área rural e o uso de drogas associados às questões culturais e patologias crônico-degenerativas.

Na área periférica, o uso de drogas, aqui representadas prioritariamente pelas ilegais, imbrica-se com demais fatores relacionados às redes sociais e comunitárias, como o desemprego. Este pode ser um elemento desencadeador, devido à carência nas condições de sobrevivência; um estímulo à violência, inclusive contra si mesmo, representada no comportamento suicida: em consequência da marginalização e da exclusão social. O que produz, em contrapartida, o aumento abusivo do uso de drogas legais e ilegais⁽¹³⁾. Esta associação de fatores representa a dinâmica relação dos determinantes, no qual um DSS intermediário, estilo de vida, reflete inúmeras consequências às condições de vida e saúde, e assim interfere nos demais fatores determinantes.

Quanto às redes sociais e comunitárias, é identificado que a localização territorial das unidades de comunidades adstritas à ESF carece de espaços estruturados para o lazer. Essas redes de apoio social podem representar um potencializador à redu-

ção de transtornos mentais, ainda que igualmente relacionado à idade, escolaridade e participação no mercado de trabalho, pois promove inter-relações, produzindo autoconfiança e poder de enfrentamento dos problemas no cotidiano dos indivíduos⁽³⁾.

Para o enfrentamento de tais problemas, os trabalhadores devem considerar que a vida é polaridade e, por isso, uma posição inconsciente de valor, sendo a restauração da doença uma atividade normativa, conforme o contexto, dentro de um dinamismo estabelecido pelo ambiente, situado no tempo e no espaço⁽²⁾.

Na dinâmica existente da condição de saúde e adoecimento apresentada, enfatiza-se o crescimento das desigualdades sócio-econômicas e seu efeito em cadeia⁽¹⁴⁾. Ou seja, o estado de bem-estar é representado por elementos anteriores e consecutivos, visto que o acesso à educação – DSS distal – se relaciona às possibilidades de acesso no mercado de trabalho – outro DSS distal – produzindo a aquisição de renda ou ausência da mesma. Essa última, é importante frisar, dificulta ou impossibilita aquisições de materiais e produtos necessários à melhoria ou manutenção das condições de vida, alimentação e higiene⁽¹⁵⁾ – DSS intermediário. Torna-se oportuno, ainda, salientar a estreita relação entre o nível da escolaridade e a taxa de fecundidade, que ocorre em medida inversamente proporcional⁽³⁾.

O ambiente como um fator condicionante ao trabalho é referido pela negligência de alguns cuidados que pode representar/desenvolver um agravamento à saúde, como na exposição a agrotóxicos visualizada na área rural, trabalho que se desenvolve de geração em geração⁽¹⁶⁾. Nesse sentido, a enfermeira e a sua equipe de saúde têm a possibilidade de desenvolver ações acerca da saúde do trabalhador e da prática do autocuidado.

Identifica-se ainda que as enfermeiras caracterizam sua comunidade quanto às condições de moradia, relacionando-as à localização territorial. A periférica é inferida como a de menor acesso aos serviços de saneamento básico – DSS distal – na qual há também pouca procura pelos serviços de saúde⁽¹⁷⁾, DSS intermediário. Dessa forma, o ambiente natural condiciona incisivamente o viver dos indivíduos^(18,19), seja impondo limites para locomoção, tipo de produção ou socialização, entre outros aspectos.

A partir daí, a saúde e seus determinantes necessitam ser pensados na dimensão social, cul-

tural e econômica, que se manifesta no ambiente onde o indivíduo e sua coletividade se inserem. Pois, possibilita identificar melhor seleção, adequação e planejamento das ações a serem desenvolvidas, objetivando a integralidade e a universalidade da atenção, como princípio de justiça social^(20,21).

Entende-se, assim, a saúde como uma estrutura de organizações que consiste no conjunto de relações de produção de componentes do ambiente, os quais se modificam e transformam as relações entre si, à medida que vão interagindo com/ no ambiente, sendo o ser humano o produto da atividade social. Ou seja, um conteúdo complexo, que no nível da ciência, da saúde, é uma categoria ou conceito com suas aplicações, realizando-se estruturalmente no tempo e no espaço⁽¹⁾, enfatizando a conexão das relações complexas e mútuas entre o sujeito e o seu ambiente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao exposto, o estudo alcançou o objetivo proposto, possibilitando visualizar a relação direta existente entre ambiente e saúde, pois as condições da última podem interferir no ambiente físico, econômico e social, bem como o inverso também se torna verdadeiro.

Pode-se, assim, concluir que as enfermeiras da ESF caracterizam seu objeto de intervenção por meio de aspectos condicionantes do modo de viver, trabalhar e se relacionar dos clientes. Tais condicionantes atuam como um fator determinante do nível comunitário de saúde, compreendendo a dinâmica de interação dos indivíduos em coletividade, as estruturas anatomofisiológicas, relações interpessoais e ambientais.

Assim, a percepção dos determinantes proximais descreve particularidades dos indivíduos observadas nas ações de trabalho desenvolvido pelas enfermeiras. Elas, ao desenvolverem suas ações na direção dessas particularidades, interagem diretamente com os indivíduos nas diversas prioridades de cada período do ciclo vital, as quais exigem manutenção do processo saúde-doença, inserindo-os nos serviços de saúde como objeto de intervenção. Destaca-se que, no trabalho em ESF, esses indivíduos também são visualizados em sua coletividade e, assim, o desenvolvimento da atenção básica excede os aspectos da doença⁽¹⁾.

Consecutivamente, as enfermeiras relacionam o processo saúde-doença aos fatores que mediam

as relações interpessoais, uma vez que elas podem definir hábitos e comportamentos. Por outro lado, os elementos mencionados, em um coletivo, podem produzir uma rede cogestora dos serviços de saúde, entendida e visualizada como um ambiente promotor da cidadania, ao desenvolver ações solidárias às necessidades locais⁽¹⁾.

Essas necessidades sócio-ambientais são consideradas pelas enfermeiras nas diferentes inserções dos indivíduos no mercado de trabalho, ou às margens deste, como fator determinante ao modo e às condições de vida, refletindo nas ações e costumes dos mesmos. Assim, eles consideram, além do aspecto da remuneração e do poder aquisitivo, os fatores de infraestrutura do ambiente para consumo coletivo, incluindo serviços de saúde, saneamento básico, acesso à educação, alimentação, lazer, segurança, transporte, entre outros⁽⁸⁾.

Nessa complexidade de fatores que interagem no ambiente comunitário, é possível perceber duas relações principais: de direta relação dos DSS proximais às ações de saúde desenvolvidas no trabalho das enfermeiras; e na correlação com os serviços sociais e de saúde, DSS intermediários e distais, que enfatizam o acesso dos indivíduos ao processo de trabalho em ESF.

Portanto, percebe-se que ao conhecer os elementos/fatores determinantes às condições de vida e saúde dos indivíduos e da comunidade torna-se possível proporcionar ações mais adequadas, ou seja, embasam a organização do trabalho de cuidado das enfermeiras visando proporcionar melhores condições à qualidade de vida, bem como visualizar e intervir para transformação de determinados DSS que representam aspectos negativos à saúde da população.

E assim, destaca-se o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras na Estratégia Saúde da Família, o qual pode ser considerado uma parceria de sucesso para o desenvolvimento de uma atenção integral, que inclui os princípios da atenção básica ambiental como instrumentos na produção do processo saúde/doença.

REFERÊNCIAS

- 1 Cezar-Vaz MR, Soares MCF, Martins SR, Sena J, Santos LR, Rubira LT, et al. Saber ambiental: instrumento interdisciplinar para a produção de saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2005;14(3):391-7.
- 2 Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1966.

- 3 Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde [Internet]. Rio de Janeiro; 2008 [citado 2008 dez 06]. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>.
- 4 Sistemas e ecossistemas: definições. In: Frontier S. Os ecossistemas. Lisboa: Instituto Piaget; 2001. p. 13-30.
- 5 Ministério da Saúde (BR). Pacto pela saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006: divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto [Internet]. Brasília (DF); 2006 [citado 2009 abr 04]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf.
- 6 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2004.
- 7 Sant'Anna CF. Interação enfermeira-comunidade na Estratégia Saúde da Família: um estudo das características do sujeito e da finalidade [dissertação]. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande; 2009.
- 8 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- 9 Buss PM, Filho AP. A saúde e seus determinantes sociais. Physis. 2007;17(1):77-93.
- 10 Cupertino APFB, Rosa FHM, Ribeiro PCC. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. Psicol Reflex Crít. 2007;20(1): 81-6.
- 11 Ministério Público (RS). Projeto de Lei n. 4.975, de 1º de agosto de 2001: altera os arts. 2º, 4º e 5º da Lei nº 10.219, de 11 de abril de 2001 e dá outras providências [Internet]. Porto Alegre; 2001 [citado 2009 ago 22]. Disponível em: <http://www.mp.rs.gov.br/infancia/legislacao/id2578.htm>.
- 12 Heringer A, Ferreira VA, Acioli S, Barros ALS. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros do Programa Saúde da Família no Rio de Janeiro. Rev Gaúcha Enferm. 2007;28(4):542-8.
- 13 Guimarães JMX, Vasconcelos EE, Cunha RS, Melo RD, Pinho LF. Estudo epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá. Ciênc Saúde Colet. 2005;10(2):441-51.
- 14 Santos DL, Gerhardt TE. Desigualdades sociais e saúde no Brasil: produção científica no contexto do Sistema Único de Saúde. Rev Gaúcha Enferm. 2008; 29(1):129-36.
- 15 Maragno L, Goldbaum M, Gianni RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. Rev Saúde Pública. 2006;22(8):1639-48.
- 16 Faria NMX, Fassa AG, Facchini LA. Intoxicação por agrotóxicos no Brasil: os sistemas oficiais de informação e desafios para realização de estudos epidemiológicos. Ciênc Saúde Colet. 2007;12(1):25-38.
- 17 Stülp VJ. Efeitos dos setores econômicos e da escolaridade sobre o rendimento do trabalho no Rio Grande do Sul. Rev Econ Sociol Rural. 2006;44(1):99-117.
- 18 Günther IA. Espaços de vida: aspectos da relação homem-ambiente. Estud Psicol. 2003;8(2):341-3.
- 19 Silva LAA, Mercês NNA, Schmidt SMS, Marcelino SR, Pires DEP, Carraro TEL. Um olhar sócio-epidemiológico sobre o viver na sociedade atual e suas implicações para a saúde humana. Texto Contexto Enferm. 2006;15(n esp):170-7.
- 20 Luiz OC, Heimann LS, Boaretto RC, Pacheco AG, Pessoto UC, Ibanhes LC, et al. Diferenciais intermunicipais de condições de vida e saúde: construção de um indicador composto. Rev Saúde Pública. 2009;43(1):115-22.
- 21 Cohen SC, Cynamon SE, Kligerman DC, Assumpção RF. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. Ciênc Saúde Colet. 2004;9(3): 807-13.

Endereço da autora / *Dirección del autor* /
Author's address:

Cynthia Fontella Sant'Anna
Rua Domingos de Almeida, 1541, ap. 302, Centro
97500-002, Uruguaiana, RS
E-mail: cynthiafs_enf@yahoo.com.br

Recebido em: 25/10/2009
Aprovado em: 14/01/2010

ANEXO XI – Artigo: Sistema de significados sobre a finalidade do trabalho na saúde da família: uma abordagem qualitativa

Sistema de significados sobre a finalidade do trabalho na saúde da família: uma abordagem qualitativa*

SYSTEM OF MEANINGS ABOUT THE PURPOSE OF FAMILY HEALTH WORK:
A QUALITATIVE ANALYSIS

SISTEMA DE SIGNIFICADOS SOBRE LA FINALIDAD DEL TRABAJO EN LA SALUD
DE LA FAMILIA: UN ABORDAJE CUALITATIVO

Marta Regina Cezar-Vaz¹, Ana Luiza Muccillo-Baisch², Maria Cristina Flores Soares³, Jorgana Fernanda de Souza Soares⁴, Valdecir Zavarese da Costa⁵, Nalú Pereira da Costa Kerber⁶, Clarice Alves Bonow⁷, Cynthia Fontella Sant'Anna⁸, Letícia Silveira Cardoso⁹

RESUMO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, objetivando compreender o sistema de significados sobre a finalidade do trabalho de enfermeiros e médicos das equipes da Saúde da Família, nas cidades de Rio Grande e Pelotas. A entrevista semidirigida, individual e gravada, foi utilizada na coleta dos dados, seguindo-se uma análise temática dos depoimentos de 82 participantes. O significado nuclear da finalidade, como fim transmutado em produto do trabalho coletivo, mostrou-se alinhado com a possibilidade de mudanças e aquisição de comportamentos individuais e coletivos saudáveis por parte da comunidade, evidenciando-se o componente da ética no processo, por meio de categorias como a solidariedade e a compaixão. Disso decorreu, na produção textual, um marcador da condição humana na construção da finalidade do trabalho. Por meio da análise e discussão crítica da temática, este estudo contribui para a dimensão macro da formação de competências e adequação às necessidades sociais de saúde.

DESCRIPTORES

Programa Saúde da Família.
Condições sociais.
Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

This exploratory study was performed to understand the system of meanings about the purpose of the nursing and medical work performed by Family Health teams, in the cities of Rio Grande and Pelotas (Brazil). Data collection was performed by semi-directed individual interviews. The interviews of 82 participants were recorded, and analyzed. The nuclear meaning of the purpose, as an end transmuted into the product of collective work, was in agreement with the possibility of the community implementing changes and acquiring healthy individual and collective behaviors. This gives evidence of the component of ethics in the process, by means of categories such as solidarity and compassion. This led to a marker, in the text production, of the human condition in the construction of the work purpose. Through the analysis and critical discussion of the theme, this study contributes to the macro-dimension of developing competencies and adjustment to the health needs of society.

KEY WORDS

Family Health Program.
Social conditions.
Primary health care.

RESUMEN

Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo, con un abordaje cualitativo, objetivando comprender el sistema de significados sobre la finalidad del trabajo de enfermeros y médicos de los equipos de la Salud de la Familia, en las ciudades de Rio Grande y Pelotas. La entrevista dirigida parcialmente, individual y grabada, fue utilizada en la recolección de los datos, siguiéndose un análisis temático de las declaraciones de 82 participantes. El significado nuclear de la finalidad, como fin transmutado en producto del trabajo colectivo, se mostró de acuerdo con la posibilidad de realizar cambios y adquirir comportamientos individuales y colectivos saludables por parte de la comunidad, evidenciándose el componente ético en el proceso, por medio de categorías como la solidaridad y la compasión. De esto se derivó, en la producción textual, un marcador de la condición humana en la construcción de la finalidad del trabajo. Por medio del análisis y discusión crítica de la temática, este estudio contribuye para la dimensión macro de la formación de competencias y adecuación a las necesidades sociales de salud.

DESCRIPTORES

Programa de Salud Familiar.
Condiciones sociales.
Atención primaria de salud.

*Extraído da pesquisa "Trabalho em Saúde e o Contexto Tecnológico da Política de Atenção à Saúde da Família". ¹ Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande - Campus Saúde. Rio Grande, RS, Brasil. cezarvaz@vetorial.net ² Enfermeira. Doutora em Biologia da Saúde. Professora Associada do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. annabaisch@yahoo.com.br ³ Fisioterapeuta. Doutora em Fisiologia. Professora Adjunta do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. mcflores@vetorial.net ⁴ Enfermeira. Doutoranda do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Bolsista CAPES. Salvador, BA, Brasil. jfss_rs@hotmail.com ⁵ Enfermeiro. Doutorando do Programa de Educação Ambiental da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. valdecircosta2005@yahoo.com.br ⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. nalu@vetorial.net ⁷ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande. Professora Temporária da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. clarabonow@hotmail.com ⁸ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS, Brasil. cy_kuasenurse@hotmail.com ⁹ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande. Bolsista CAPES. Rio Grande, RS, Brasil. lelejandri@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Os resultados aqui apresentados referem-se ao estudo da compreensão do sistema de significados sobre a finalidade do trabalho na relação com as necessidades de saúde, identificado na atuação das Equipes da Saúde da Família (ESF), na Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (3ª CRS/RS), extremo sul do Brasil. As equipes mencionadas integram o conjunto de estruturas do Programa da Saúde da Família (PSF), que é a estratégia atual, na atenção básica, do Sistema Único de Saúde (SUS), para atingir a universalização, com integralidade e equidade, no atendimento público de saúde para a população brasileira. A estratégia empreendida pelo Ministério da Saúde objetiva superar a lógica calcada nos paradigmas que dão forma e sustentam o modelo tradicional de cuidar da condição de doença em detrimento da situação de saúde; o plano tem operacionalização principalmente na esfera municipal, mediante a implantação de equipes multiprofissionais nas Unidades Saúde da Família (USFs), com o fim de priorizar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades⁽¹⁻²⁾.

O presente estudo é parte de uma investigação maior, um projeto de pesquisa intitulado *Trabalho em Saúde e o Contexto Tecnológico da Política de Atenção à Saúde da Família*, desenvolvida com financiamento através do Edital MS/CNPq/FAPERGS Nº 008/2004/2007 – do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – Processo Nº 0415374. Tal investigação teve por objetivo geral analisar a construção tecnológica do modelo de Atenção à Saúde da Família, através da base empírica do processo de trabalho das ESFs, visando contribuir para a compreensão da atual fase de transformação da proposta política pública, tendo em vista um modelo de atenção à saúde tecnológico e humanizado na organização do SUS.

De modo geral, uma sociedade, em seus diferentes momentos históricos, se constrói a partir de necessidades que são pré-constituídas por costumes, ou seja, seguem os usos, convenções e hábitos de gerações precedentes. São necessidades que abrangem o social e constituem um complexo sistema de carências e potências socialmente produzidas. São as necessidades dos indivíduos particulares – que incorporam a pluralidade dos seres humanos – sobrepondo-se às naturais, referentes à manutenção da vida humana e são originalmente fundamentais, pelo simples motivo de que, sem sua satisfação, a pessoa não pode se conservar como ser natural⁽³⁻⁴⁾.

Nesse complexo sistema, encontram-se as necessidades sociais associadas aos mecanismos que objetivam a saúde dos indivíduos e comunidades. De um modo particular e formal, as estruturas sociais para produção de condições materiais, a satisfação de necessidades de saúde,

via de regra, se organizam a partir das políticas públicas, as quais buscam abranger as carências demandadas para que sejam satisfeitas. Tais necessidades, no interior do trabalho, são subsumidas como finalidade do trabalho⁽⁵⁾, o qual congrega as carências e potencialidades dos sujeitos/objetos (indivíduos, famílias e comunidades e os sujeitos do trabalho em saúde (médicos, enfermeiros, entre outros) que executam as políticas de saúde por meio de seu trabalho a fim de produzirem condições para a satisfação das necessidades demandadas.

Os trabalhadores de saúde são, segundo a abordagem proposta, agentes sociais do sistema de produção de condições à satisfação das necessidades humanas⁽³⁻⁴⁾ e trabalham orientados por um repertório de diretrizes e princípios teóricos que estabelecem os resultados esperados do trabalho. A finalidade tem a dimensão operacional do processo organizativo do trabalho, buscando atender as demandas, e tem também a dimensão da eticidade, que engloba a realização do trabalho em realidades históricas, os indivíduos, as famílias, as comunidades, considerando a diversidade de suas necessidades. Da adequação e interação entre as dimensões, resultam os fatos que regulam o grau de significação das ações convencionadas socialmente para suprir as carências e agregar qualidade de vida aos indivíduos, bem como para transformar a realidade dos valores sociais que potencializam melhores condições de vida⁽³⁻⁴⁾.

Reconhecendo, então, os trabalhadores em saúde como atores essenciais para a consolidação da estratégia Saúde da Família dentro dos preceitos do SUS, apontando para um modelo tecnológico mais adequado humanamente⁽⁶⁾ de cuidados primários de saúde na rede de atenção básica, o estudo ora apresentado teve como objetivo desenvolver uma descrição qualitativa do sistema de significados da finalidade do trabalho no PSF, apreendido na análise de narrativas oferecidas por enfermeiros e médicos atuantes no processo, sobre suas ações no trabalho em equipes da Saúde da Família, nas cidades de Pelotas e Rio Grande, inseridos na 3ª CRS/RS, no extremo sul do Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, analógico compondo uma construção hermenêutica e dialética⁽⁷⁾ de um fenômeno que é sócio-histórico. Segundo a abordagem seguida, a relação de exterioridade entre sujeito e objeto, cujos termos estão separados e em oposição entre si, expressa apenas um momento de sua constituição. A hermenêutica permite a entrada nos sentidos mais subjetivos de um fenômeno e a dialética, sua saída para o contexto mais objetivo que o originou, assim como a volta ao subjetivo por meio da objetividade expressa e da subjetividade objetivada. O sujeito não preexiste, mas se constrói, e sua cons-

trução implica um processo de desenvolvimento, tanto dele próprio quanto do objeto, ou seja, a busca pelo conhecimento é sempre uma aproximação, dado que o fenômeno de estudo é uma realidade complexa. Portanto, o seu conhecimento apresenta sempre uma relação de incompletude frente à totalidade anunciada pelo fenômeno e, ao mesmo tempo, *suficiente na sua apreensão momentânea e objetiva, significa que o estudo de um problema nunca está acabado, nem em seu conjunto, nem em seus elementos*⁽⁸⁾.

A 3ª CRS/RS abrange 22 municípios do Rio Grande do Sul e congrega quase 900 mil habitantes. Referente à estratégia Saúde da Família, em 2006, conforme registros da Secretaria Estadual de Saúde, existiam 73 equipes atuando em 12 municípios da Regional, propiciando a cobertura para mais ou menos 300 mil pessoas. Os dois municípios estudados contabilizam mais de 550 mil habitantes. Em 2006, juntos totalizavam 52 equipes em atividade, sendo responsáveis, portanto, por aproximadamente 70% da disponibilidade de assistência à saúde na Regional, propiciando cobertura nos moldes da estratégia SF a mais de 180.000 pessoas.

A consecução da pesquisa, entretanto, confirmou um número menor de equipes disponíveis para a investigação: 44 no total. Desse modo, definiu-se em 88 sujeitos o número de profissionais a serem considerados no estudo (44 médicos e 44 enfermeiros). A diferença entre o número oficial de equipes atuantes no PSF na 3ª CRS e o obtido no estudo ocorreu devido ao fato de três equipes terem se recusado a participar do estudo, além de outras cinco, que inviabilizaram a investigação naquele momento.

O instrumento para a coleta de dados na pesquisa foi as entrevistas semidirigidas, individuais e gravadas, agendadas e realizadas em duas etapas: entre fevereiro e março e depois entre junho e julho de 2006. Isso ocorreu considerando a disponibilidade de participação dos médicos e enfermeiros no estudo, a partir do próprio local de trabalho. O roteiro da entrevista foi testado por meio do estudo piloto e estruturado para ter um primeiro momento de questões abordando características dos sujeitos, tais como: sexo, idade, formação e experiência profissional; e um segundo, que pretendeu permitir aos trabalhadores discorrerem sobre seus trabalhos no PSF, a partir de questões que fornecessem respostas nas quais a concepção pretendida transparecesse na internalidade dos depoimentos.

Os participantes foram informados quanto ao objetivo do estudo e ao procedimento da entrevista. Em consonância com as diretrizes e normas que regulam as pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, todos os entrevistados assinaram em duas vias o consentimento pós-informado, e lhes foi assegurado o direito de desistência da participação sem qualquer ônus e também preservado o anonimato por meio da não-identificação pessoal, dos locais de trabalho e dos municípios. A proposta de pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa

na Área da Saúde (CEPAS), da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da FURG, sob o processo Nº 25000.092771/2004 - 88, e parecer Nº 02/2004. Também foi solicitada previamente a concordância para realização da pesquisa junto à 3ª CRS/RS.

Os dados obtidos foram organizados em arquivos digitalizados com a participação dos próprios entrevistadores, assegurando a compreensão expressa nas narrativas. Ao final de cada citação exemplo, sem a identificação do sujeito entrevistado, assinala-se, entre parênteses, o número fictício do município (M), o número fictício da equipe (Eq) e o número fictício do trabalhador (Ef = enfermeiro; Md = médico). Foram digitalizadas 38 entrevistas com médicos e 44 com enfermeiros, totalizando 82. O número menor de entrevistas realizadas com os médicos se explica por dois profissionais se recusarem a participar do estudo e, também, pelo fato de quatro unidades permanecerem sem esse profissional após três tentativas sucessivas para agendar as entrevistas.

Os depoimentos foram transcritos e selecionados segundo seus trechos de interesse, seguindo etapas sequenciais na referência da análise qualitativa temática⁽⁹⁾. A utilização de fragmentos, ilustrando o texto e motivando as análises, expressa e exemplifica o conjunto de sujeitos; portanto, a seleção foi justificada na maior abrangência do conteúdo apresentado pelo grupo dos 82 sujeitos e também no limite de espaço determinado para esta publicação. O conjunto de dados obtido na pesquisa de campo compõe, então, a fonte primária da pesquisa e apresenta-se como subsídio à análise cujo referente é o conceito de finalidade como um conjunto de sentidos/significados estruturadores de um sistema – a finalidade do trabalho⁽⁵⁾.

Na análise total dos depoimentos, surgiram os temas a saber: o sentido instrumental da relação entre necessidades sociais de saúde e finalidade do trabalho; a necessidade de humanizar a finalidade do trabalho e a relação entre a finalidade e o limite do trabalho. Salienta-se que, para não fugir aos limites de espaço desta apresentação, o tema selecionado refere-se à necessidade de humanizar a finalidade; reitera-se também que, pela natureza do objeto do estudo e o cuidado rigoroso em sua análise, a escolha mostrou-se possível e coerente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme referido nos itens anteriores, 82 sujeitos, enfermeiros e médicos, participaram do estudo, expressando a concepção sobre a finalidade do seu trabalho. Deles, 14 (17%) são homens e 68 (83%) são mulheres. Entre os homens, 10 (71%) são médicos e 4 (29%) são enfermeiros; entre as mulheres, 28 (41%) são médicas e 40 (59%) são enfermeiras. O predomínio de mulheres é visível, tanto para o profissional da enfermagem quanto para o da medicina. O fenômeno encontra-se descrito na literatura como a *feminização* em diferentes áreas do mundo do trabalho⁽¹⁰⁾.

Os trabalhadores situam-se na faixa etária compreendida entre 26 e 65 anos, com idade média de 40 anos. Quanto à formação básica, 71 (87%) concluíram a graduação nas universidades federais da região; 34 (41%) já eram graduados no início da década de 90 e, ao final da mesma, 75 (91%) eram graduados. A formação *lato sensu* dos trabalhadores em sua maioria chama a atenção: 79 (96%) são especialistas, sendo que destes 52 (63%) concluíram a especialização em Saúde da Família. Apenas 6 (7%) são mestres e nenhum possui o título de doutor. O tempo médio de envolvimento com o PSF é de 2 anos e 2 meses (variação: 2 meses – 5 anos), tempo que coincide com o de estruturação das equipes de saúde da família na região do estudo. A característica temporal apontada está associada à política do Ministério da Saúde, evidenciada no ano de 2003, de aporte intenso de recursos financeiros ao PSF, a fim de garantir a expansão da estratégia Saúde da Família dentro do SUS em municípios com mais de 100.000 habitantes.

Os trabalhadores entrevistados concebem a finalidade do trabalho como prevenção de doenças, diminuição de agravos na saúde, promoção da saúde, melhoria das condições e da qualidade de vida. Tanto os enfermeiros como os médicos, ao falarem da finalidade do seu trabalho, fizeram-no em tais termos. Daí interpretou-se que o significado nuclear da finalidade está alinhado com a possibilidade de mudanças e da aquisição de novos comportamentos sociais, como fim transmutado⁽⁵⁾ em produto do trabalho coletivo. Nesses termos o discurso dos profissionais, confunde-se com o discurso normativo⁽¹¹⁾ presente na proposta do Ministério da Saúde, numa referência à atenção à saúde da família⁽¹⁻²⁾.

O significado de prevenção ao risco da doença, no sentido da mudança para um comportamento mais saudável, com a melhoria da qualidade de vida, tem o sentido do limite pelo componente cultural implícito às mudanças

necessárias e está no próprio limite dos hábitos culturais das pessoas. Ainda mediado pelos discursos, foi possível evidenciar que os sujeitos do estudo, em sua maioria, vêem nessa relação a possibilidade do exercício de uma prática socialmente diferenciada daquela centralizada na cura das doenças, ou seja, uma prática construída no dia-a-dia do trabalho, que diminua possibilidades negativas de estados de doença.

No encadeamento proposto, também transpareceu no conjunto da análise que os sentidos não diferem entre si, ou seja, as expressões prevenção, diminuição e melhoria têm na promoção da saúde o seu sentido tradicional – da educação em saúde⁽¹²⁻¹³⁾, como componente instrumental da finalidade do trabalho.

A análise no estudo ora apresentado procurou ir além da verificação do fato comum de repetição do discurso oficial e do sentido tradicional da educação em saúde, buscando ampliar a compreensão acerca do sistema de significados sobre a finalidade do trabalho, que se desenvolve no cotidiano das ações dos enfermeiros e médicos atuantes nas equipes de Saúde da Família. Para o propósito em questão, foi assumido um marcador teórico – a condição humana⁽¹⁴⁾ –, que é o conector na relação entre a finalidade instrumental – da mudança e aquisição de comportamentos saudáveis – e o componente da eticidade no processo de trabalho.

Os conceitos de processo de trabalho e necessidades sociais, como anteriormente explicitado, foram à base teórica para o percurso analítico do estudo. Nessa dimensão, o conceito de condição humana aproximou as categorias finalidade do trabalho e eticidade, potencializando, quando da análise dos dados, outras categorias (empíricas), como a solidariedade e compaixão, a consciência da vida e o dever ser. A Figura 1 ilustra esta construção analítica no presente estudo.

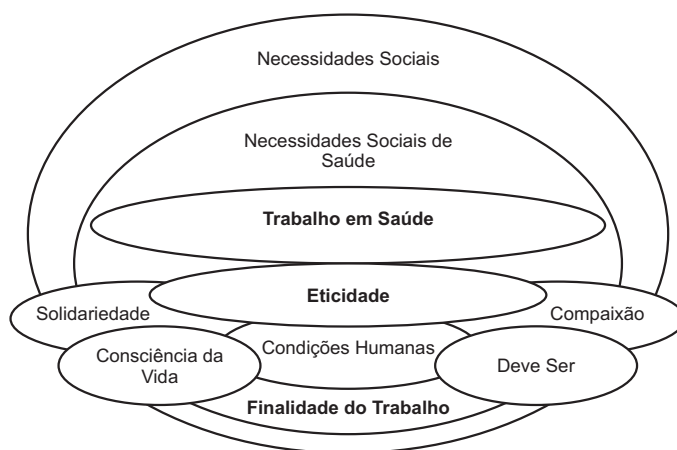


Figura 1 - Representação do Sistema de Significados da Finalidade do Trabalho. Relação entre as categorias das Bases Teórica e Empírica - Rio Grande - 2007

No alinhamento e recortes apresentados o foco, na sequência do texto, recairá no sentido do componente da eticidade na finalidade do trabalho, um dos temas principais para as análises no estudo, qual seja, a necessidade social de humanizar a finalidade do trabalho, não somente no que se refere ao sentido da carência, mas também da potencialidade de mudanças da realidade histórica em que se inclui o indivíduo e os diferentes grupos sociais. Cabe de antemão referir que a complexidade entre carências e potencialidades individuais e coletivas reflete o próprio limite da análise do objeto deste estudo (o sistema de significado da finalidade do trabalho), que se guiou apenas pelos depoimentos de um de seus sujeitos, os trabalhadores.

A necessidade social de humanizar a finalidade

O desenho político e organizativo sob o qual operam as equipes da Saúde da Família estabelece o conjunto de problemas previstos para o cotidiano de trabalho de cada profissional participante, bem como define as ações que potencialmente são capazes de resolvê-los, mas é a natureza social da racionalidade dos profissionais da equipe, porquanto sensibilidade humanizada, permeada pela dignidade e respeito à condição humana⁽¹⁴⁾ que, em última instância, distingue o sistema de significados da finalidade do trabalho.

Ao desenvolvê-lo, os profissionais estabelecem vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população e ampliam a finalidade de seu trabalho tomando por referência a dimensão da eticidade, no sentido da vontade de alguém para outro alguém; as carências sociais vivenciadas no cotidiano do trabalho transcendem a especificidade do setor saúde e têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

O trabalho estabelece essa relação a partir da escolha. A escolha se determina por contingentes históricos (a cultura, os hábitos e costumes e as condições sociais e materiais da vida) de um indivíduo ou indivíduos na relação com outro ou outros. A vontade de alguém para outro alguém é desenvolvida, então, na escolha/decisão posta na ação, que se auto-determina no contexto que a produz. Os extratos de duas narrativas são colocados a seguir como forma de ilustrar o que foi dito:

A finalidade do trabalho é a melhoria das condições de saúde e as condições de vida das pessoas. Podemos ver que o resultado do trabalho de nossa equipe nas visitas domiciliares se reflete na comunidade. As pessoas modificam seus hábitos, seus vícios, sua alimentação e isto é saúde [...] (M2-Eq27-Md8).

[...] eu acho que principalmente é necessário melhorar a qualidade de vida da nossa população [...] tentamos pelo menos fazer isto. Se sairmos na visita domiciliar, se estamos aqui [...] a gente observa, principalmente, que ao se conseguir melhorar os costumes, melhora a qualidade de vida dessas pessoas que nos procuram. [...] Eu acho que nos gratifica muito essa parte, quando vemos uma grande melhora na qualidade de vida da população [...] (M2-Eq41-Ef24).

A centralidade da finalidade instrumental do trabalho na mudança e aquisição de conhecimentos e comportamentos saudáveis tem o sentido de uma relação na direção do desenvolvimento de uma consciência da vida⁽⁴⁾, ou seja, de sensibilização dos indivíduos e grupos para possibilitar mudanças positivas nas condições de vida. Sob tal foco, a finalidade do trabalho em saúde aparece associada ao sentido de provocar reflexão, preliminarmente na dimensão individual para, de modo concomitante, possibilitar mudanças na qualidade de vida, o que por ser social abrange o coletivo, conforme se expressa no seguinte extrato:

[...] É sempre para melhorar a qualidade de vida das pessoas. Para que os indivíduos da comunidade tenham uma melhor visão de como eles vivem, para tentar mudar, fazer mudanças no comportamento para melhoria da qualidade de vida. Nós sempre buscamos isso, desenvolver ações e mudanças de comportamento para alegrar, para ajudar eles. Tem muita falta sim [...] na parte de higiene, tanto de domicílio, de ambiente [...] é para diminuir risco da família [...] (M1-Eq7-Ef17).

A narrativa acima relaciona a existência de um sentido positivo diferencial na finalidade do trabalho, associando à centralidade de mudança e aquisição de conhecimentos e comportamentos saudáveis o sentido de promoção de *alegria*, como forma de provocar o hábito do prazer na relação com os clientes e as comunidades. O sentido de poder *alegrar* ou de dever *alegrar*, que aparece, também, em outros depoimentos de enfermeiros, está relacionado ao sentido humano de compaixão e solidariedade, inerente aos vínculos estabelecidos no desenvolvimento do trabalho junto a populações em precárias condições de subsistência.

Assim, expressões foram utilizadas, nos depoimentos, para caracterizar a inquietante condição de existência nas comunidades onde os entrevistados trabalham, possibilitando a apreensão do sentido da solidariedade entre as pessoas, ou seja, da compaixão, emoções suscitadas pelo sofrimento alheio⁽¹⁴⁾. Uma evidência da afirmação feita vem nos trechos das narrativas de um enfermeiro e de um médico, apresentados a seguir:

[...] é possível ver, pelo que os indivíduos têm para oferecer, que as condições são de pobreza mesmo, têm algumas famílias com melhores condições de vida, mas a maioria é pobreza mesmo. Até pelo modo como eles se vestem, como cheiram, também, a gente observa a sujeira, está sem a meia, está sem o calçado, pelo cheiro que exala e que fica no ar [...] é pobreza mesmo [...] (M1-Eq12-Md12).

[...] a população aqui é abaixo da linha da pobreza, no início até meio que me deprimi [...] a nossa visita domiciliar é pela parte da manhã e chegamos às casas das pessoas e ninguém está fazendo almoço, não tem almoço, são casas com criança, com idosos, com pessoas que estão em casa sentadas, atiradas. As casas não têm piso e são de chão batido, eles não dormem em cama arrumada [...] (M2-Eq33-Ef42).

A contextualização do sentido de solidariedade ou mesmo do sentido de compaixão pode ser observada pelas ex-

pressões utilizadas nas narrativas, já referidas no texto, como de melhoria das condições e da qualidade de vida justifica ou pelo menos faz entender a associação entre esse sentimento e a finalidade do trabalho, na forma de ações de reciprocidade social. Para que a mesma ocorra, existe a necessidade de construção de vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os indivíduos ou grupos da comunidade e os profissionais que trabalham, mobilizando o dever de solidariedade para com pessoas e grupos cujas necessidades não são reconhecidas parcial ou plenamente⁽⁴⁾. As relações entre a condição histórica de existência humana e o estado de saúde e doença dos indivíduos e das comunidades encontram-se descritas nas diferentes áreas do conhecimento, abrangendo diversos sentidos conforme os paradigmas teóricos e empíricos que sustentam as abordagens das áreas⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Nos depoimentos, tanto os enfermeiros como os médicos fazem referências às condições de vida das pessoas e das comunidades, incorporando o sentido de identificação de indivíduos com significativas carências, que atingem a própria condição biossocial mínima para a sobrevivência e a cidadania (alimentação, moradia, trabalho, escolaridade, segurança, afeto, humor, autonomia, liberdade...). O sentimento demonstrado, além de incluir a valoração inerente ao pragmatismo das ações diretas, da dimensão organizacional do trabalho, inclui também o sentido da possibilidade, na dimensão da eticidade, de valoração para o trabalho em si, bem como valoração da relação entre o mesmo trabalho e o interesse adquirido (ou não). Interesse que parte do fato de a finalidade do trabalho estar voltada para seres humanos, principalmente nas narrativas de enfermeiros, mas também na narrativa de alguns médicos; um interesse particular para com seres humanos em precárias condições de vida⁽¹⁷⁾, com os quais convivem diariamente no trabalho. Os trechos de narrativas colocados a seguir evidenciam tal significado associado à finalidade do trabalho:

[...] já considero isto aqui como se fosse a minha casa. Sinto que minha maior motivação é a realização interior, que é muito gratificante. É um trabalho que me engajei faz muito tempo [...] (M2-Eq31-Ef36).

[...] trabalho aqui para me sentir bem, só por isso. Se minha motivação fosse outra, eu não faria este trabalho. Porque é desgastante, é consumidor [...] é necessário abdicar muitas vezes a própria família. Então, é a retribuição que os pacientes nos dão e às vezes não vemos diretamente assim, uma melhora de saúde, mas vemos melhorar o espírito deles, o acolhimento deles, mostrando que eles gostam de nós, de certa forma isto faz a diferença [...]. (M1-Eq1-Ef14).

A leitura dos trechos destacados das narrativas sugere o interesse adquirido (ou não) na forma de um *ideário*, ou seja, de uma potência individual interior para produzir um estado ou condição positiva no trabalho. Sendo assim, é possível que o interesse adquirido (ou não) venha a comportar o sentido humano do *dever ser* profissional na relação com a comunidade, em especial para os profissionais enfermeiros, mas, também, para alguns médicos, o que

potencialmente se vincula ao sistema de significados da finalidade do trabalho.

Voltando a atenção para o sentido do termo *interesse*, a partir de sua característica ideal-subjetiva (interesse de alguém em relação ao outro), ainda que percebido em seu sentido humano do *dever ser*, observa-se que exige formas para se tornar realidade e isso pode ser efetuado através do trabalho. Assim, é possível perceber que no caso específico do trabalho em saúde, a atuação nas equipes de Saúde da Família pode se destinar a qualquer pessoa; portanto, é um processo coletivo, de interesse público e *tudo o que vem a público pode ser visto e ouvido por todos [...] aquilo que é visto e ouvido pelos outros e por nós mesmos – constitui a realidade*⁽¹⁴⁾. Bem assim, o interesse adquirido (ou não) pelo trabalho em saúde se torna real e, na dimensão da eticidade da finalidade do trabalho, por ser desenvolvido através de ações de interesse coletivo, mostra-se com significado humano do *dever ser* profissional na relação com a comunidade no trabalho do PSF.

Outra associação do sentido humano do *dever ser* no trabalho de alguns médicos entrevistados se expressa nos destaques colocados logo abaixo. A associação está no sentido da potencialidade da relação entre profissional e cliente viabilizar trocas de atenção com qualidade adequada ao atendimento de necessidades, sejam da comunidade em geral e dos indivíduos em suas particularidades ou, ainda, dos próprios trabalhadores em saúde, enquanto indivíduos com necessidades de *serem acolhidos* pela comunidade. Mas tem também o sentido da conduta humana na finalidade do trabalho, porquanto associação com significado de vontade subjetiva implícita no sentido do *dever ser* profissional, na centralidade do ato médico da consulta.

[...] na realidade do PSF, no nosso trabalho temos um envolvimento muito maior com a comunidade, esse é o objetivo, um dos objetivos principais do PSF [...] que é conhecer mais a comunidade e no momento que conhecemos mais a comunidade, eles adquirem mais confiança em nosso trabalho. Eles dizem: ah! a doutora sabe toda a minha história, sabe onde eu moro [...] então, esse trabalho aqui é importante por causa disso, porque trabalhamos na base, podemos ver onde eles moram, toda a realidade deles [...] (M2-Eq27-Md15).

[...] a finalidade do trabalho está, na realidade, no acolhimento dos indivíduos. Está em fazer com que realmente a comunidade tenha confiança no profissional e isto depende de cada profissional, é individual. É aquela coisa de acolher realmente o paciente, que modéstia à parte eu tenho uma boa relação médico-paciente. Então, eu noto assim, que na realidade o que o médico do PSF tem que fazer quando ele vai para a comunidade, ele tem que ter disposição para ouvir. Disposição porque muitas vezes as consultas se resumem a tu ouvires eles. Eles não querem um atendimento realmente, eles querem ser ouvidos [...] (M2-Eq38-Md69).

A última narrativa expõe a necessidade de atenção mútua no serviço. Revela ainda a existência de uma neces-

sidade de afeto na relação de trabalho, necessidade de compreensão, de assistência, de ajuda nas próprias dificuldades, a qual se objetiva através da subjetividade de *saber ouvir* o cliente, na dimensão específica da relação profissional – médico e paciente – em que o sentido de ouvir não se restringe à *ausculta fisiológica*. A atenção à saúde na proposta do PSF tem essa lógica, que se estende à dimensão multidisciplinar do trabalho das equipes e engloba o significado objetivo da ação de ouvir, que também pode ter o sentido do acolher e do vínculo⁽⁶⁾, a partir de necessidades inerentes à condição de vida das pessoas.

No desenvolvimento operacional do trabalho transparece a concepção de que a ação humana tem ou pelo menos deveria ter o sentido subjetivo da vocacionalidade, algo que vai além da aptidão inerente e necessária à ação no processo organizativo do trabalho, pela propensão aos limites sociais do mesmo. Por outro lado, como a atenção à saúde se constitui em uma prática social, as ações humanizadas não correspondem necessariamente a um sentido positivo e natural, mas constituem uma construção social e, portanto, podem estar adequadas ou não às necessidades de saúde de determinado grupo de pessoas ou, ainda, da coletividade em geral. Assim, [...] *ter disposição para ouvir* [...] (M2-Eq38-Md69), conforme referido na última narrativa trazida ao texto, tem o sentido de processos que representam o significado construído historicamente nas práticas de atenção básica em saúde, da (in)capacidade humana de desenvolver a *atenção* às necessidades do próprio homem e da própria mulher.

Nesse direcionamento filosófico o *movimento de concretização*⁽¹⁸⁾ da humanização se determina pelo trabalho e é na finalidade que se encontra a explicitação da relação entre a vontade e a decisão de humanizar a partir da necessidade. O trabalho é uma mediação dos indivíduos que possibilita a vontade de se concretizar a partir da decisão, pois

uma vontade só se determina, quando decide. Por meio da decisão, a vontade se põe como vontade de um determinado indivíduo frente a outro [...]. Uma vontade que não decide nada não é uma vontade real⁽¹⁸⁾.

O trabalho é um âmbito da eticidade, a qual *trata das determinações objetivas ou da mediação social da liberdade*⁽¹⁸⁾. Assim, na dimensão da eticidade do trabalho, o trabalhador é qualificado a partir das determinações objetivas, dos resultados e conseqüências de suas ações⁽¹⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos depoimentos dos enfermeiros e médicos no estudo, tendo por referência a necessidade de humanizar a finalidade do trabalho desenvolvido no PSF, a partir das ESF, mostrou viável o sentido positivo da saúde através do trabalho, com o significado de alcance do *melhor estado de saúde* possível aos indivíduos e às comunidades, considerando o contexto histórico em que a situação de doença se intercala.

Ao desenvolver o trabalho, seguindo a lógica da inserção da equipe multiprofissional do PSF na comunidade, os profissionais estabelecem relações de conscientização mútua com a população e, assim, acrescentam ao significado da finalidade do trabalho um vínculo humanizado, entre o sentido de *melhorar* as condições de saúde e a qualidade da vida e o sentido instrumental/operacional do trabalho, centrado na mudança de comportamento de todos os envolvidos no processo, incluindo as pessoas e a comunidade.

Observa-se o sentido de *melhorar* associado à sensibilidade dos profissionais no processo de aproximação com a comunidade, que estreita potencialidades de mudanças, modificações, estabelecidas nos indivíduos e comunidades. O sentido em foco foi mais freqüente nas narrativas dos enfermeiros do que nas dos médicos, ademais que nestas, onde expressaram o sentido proximal de inserção na comunidade, o significado da finalidade do trabalho tenha ficado muito próximo do ato da consulta médica.

Por isso, no conjunto da análise das entrevistas, é possível afirmar que falar de humanização na finalidade do trabalho provocou uma introspecção nos profissionais entrevistados, abrangendo desde o significado de vocação até a percepção do sentido de existirem possibilidades na estrutura dos serviços, na qual transparecem as forças histórico-sociais, representantes das necessidades tão ou mais reais, como as de saúde, para superar grande parte daquelas aqui elencadas e, sobre a base do consenso, decidir quais devem ser priorizadas para melhores condições de saúde⁽⁴⁾.

Falar de humanizar a finalidade é assumir uma redundância ontológica. É assumir o fato de que existe universalidade nas ações particulares e que essa é expressa pelo componente subjetivo de toda ação, incluindo o trabalho, ou seja, a vontade de um indivíduo frente a outro. Também, falar em *humanizar* é elucidar a relação entre a vontade e o limite posto pela própria ação. Assim, cabe dizer que a vontade subjetiva assume objetividade na decisão e a relação – vontade e decisão – é possível por meio do trabalho.

Torna-se importante esclarecer que a posição assumida, no texto apresentado, não corresponde àquela de um veículo de valoração da prática médica, ou da enfermagem, ou de ambas sobre outras práticas em saúde. O que aqui se coloca tem apenas a intenção de apreender os significados presentes no espaço particular de trabalho do PSF no extremo sul do Brasil, um dos representantes no contexto histórico brasileiro no que concerne à implantação de uma proposta política de mudança do modelo de atenção à população, na particularidade da rede de atenção à saúde da família. No interior dos depoimentos, que são diferentes ou mesmo semelhantes, conforme se apresentou no texto, estão as racionalidades e sentimentos dos profissionais, de onde brotou o sistema de significados da finalidade do trabalho apreendido até aqui.

Com as análises e resultados apresentados neste texto, que derivam de uma pesquisa maior, sobre a construção tecnológica do modelo de Atenção à Saúde da Família, atra-

vés da base empírica do processo de trabalho das ESF, é possível acreditar que tal estudo possa fazer parte da discussão acadêmica e tecnológica sobre a dimensão macro da formação de competências e adequação às necessida-

des de saúde da população brasileira. E ainda possa contribuir para a análise do processo de serviços em saúde, com uma perspectiva qualitativa do microespaço do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Brasília; 1994.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 71-5.
3. Heller A. Teoría de las necesidades en Marx. Barcelona: Ediciones 62; 1986.
4. Heller A. Una revisión de la teoría de las necesidades. Barcelona: Paidós; 1996.
5. Marx K. Elementos fundamentales para la crítica de la economía política. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 1989.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília; 2004.
7. Lefebvre H. Lógica formal, lógica dialética. 6ª ed. São Paulo: Civilização Brasileira; 1995.
8. Goldmann L. Dialética e cultura. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.
9. Green J, Thorogood N. Qualitative methods for health research. London: Sage; 2005.
10. Bourdieu P. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1999.
11. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1982.
12. Maben J, Macleod-Clark J. Health promotion: a concept analysis. J Adv Nurs. 1995;22(6):1158-65.
13. Beattie A. Education for systems change: a key resource for radical action on health. In: Adams L, Amos M, Munro J, editors. Promoting health: politics and practice. London: Sage; 2002. p. 157-65.
14. Arendt H. A condição humana. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.
15. Paim MJS, Almeida-Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
16. Samaja J. A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre as relações entre saúde e condições de vida. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
17. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
18. Hegel GWF. Princípios da filosofia do direito. Lisboa: Guimarães; 1990.

Apoio Financeiro

Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS), Edital MS/CNPq/FAPERGS Nº 008/2004/2007 – Programa Pesquisa para o SUS – sob o Processo Nº 0415374.

Desenvolvida no Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA).

ANEXO XII – Projecto de estágio: Estágio e Relatório – Planeamento de Actividades



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE FAMILIAR
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO E RELATÓRIO
UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR DE S. DOMINGOS - SANTARÉM

Estágio e Relatório – Planeamento de Actividades

Enfermeira Colaborante:

Enfermeira Especialista Aida Moita

Professora Orientadora:

Professora Alcinda Reis

Mestranda:

Vânia Luís nº090433015

SANTARÉM

Novembro, 2010

INTRODUÇÃO

A enfermagem enquanto disciplina e profissão foi evoluindo historicamente, como reflexo da evolução e necessidades sociais, bem como pela construção de corpo de conhecimento e competências que lhe são muito próprios. No entanto e segundo Amendoeira (2006), é urgente a construção de um contexto investigatório, que congregue o conhecimento até então fragmentado, de forma a se definir a disciplina de enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento da profissão.

É inegável a importância crescente da família nos últimos anos no âmbito das políticas de saúde, sendo cada vez mais atribuído às famílias a responsabilidade de cuidar, contrariando a tendência verificada de um modelo assistencial em saúde com foco na doença, no “hospitalocentrismo” e no consumo desmedido de bens de saúde.

Em Portugal verifica-se que tradicionalmente se responsabiliza as famílias e preferencialmente as mulheres, pelos cuidados dos seus elementos, no entanto, na sequência das transformações sociais, a família depara-se com uma multiplicidade de obrigações e funções, partilhando ou delegando esses cuidados a outros cuidadores (FIGUEIREDO, 2009).

Ao longo dos últimos anos, o modelo de enfermeiro de família preconizado pela Organização Mundial de Saúde, assumiu destaque nos planeamentos e políticas de saúde, com especial relevância, com a organização dos cuidados de saúde primários em ACES e com surgimento das Unidades de Saúde Familiares, onde se planeiam os cuidados direccionados às famílias e não só aos indivíduos isoladamente.

A enfermagem de família requer o uso de abordagens integradas, de forma a orientar a prática, a investigação e a educação. A mobilização dos diferentes

conhecimentos, permitirá a adopção de intervenções específicas e eficazes junto das famílias com necessidades muito próprias (HANSON, 2005).

Para Friedman (1998) referido por Figueiredo (2009) a enfermagem de família baseia-se no pensamento sistémico, centrando-se quer no sistema familiar, quer nos individuais, salientando a interacção e reciprocidade verificada entre os membros da família.

Apesar da reorganização actual dos cuidados de saúde primários, e da legislatura ser congruente com uma abordagem centrada na família, verifica-se ainda um longo caminho a percorrer para que se adoptem as competências para agir com profissionalismo e qualidade nesta área. O Decreto-Lei nº. 298/2007 delimita a organização e funcionamento das USF, atribuindo pelo artigo 9º a cada enfermeiro um total de 300 a 400 famílias, no entanto verifica-se a escassez de recursos humanos e conceptuais para o cumprimento desta disposição.

A assembleia geral extraordinária da Ordem dos Enfermeiros de 20 de Novembro, aprovou por unanimidade o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde familiar, constituindo como um claro avanço na legitimação desta área de especialização, que em nada deve ser comparada ao empirismo, detendo competências específicas para a sua prática de cuidados (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010).

A enfermagem de saúde familiar assume assim uma importância fundamental na actualidade, detendo as competências para cuidar da família como um todo, considerando-a como unidade de cuidados, promovendo a sua capacitação face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento nas diferentes fases do seu ciclo de vida (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

A prática baseada na evidência tem ganho aceitação nos cuidados de saúde da maioria dos países ocidentais, produzindo evidência que está em constante evolução e expansão em prol da melhoria da saúde global. É consensual o entendimento de que todos os profissionais de saúde devem exercer a sua prática suportada pela evidência mais actual (PEARSON, WIECHULA, COURT e LOCKWOOD, 2005).

A reflexão da praxis profissional é assim cada vez mais uma necessidade e uma ferramenta essencial, consolidando os conhecimentos que se possui e dando um novo

sentido ao cuidar da enfermagem. No entanto, esta é ainda uma prática pouco valorizada no quotidiano dos profissionais, sendo possivelmente o caminho a trilhar para comprovadamente afirmar a enfermagem enquanto profissão com o seu espaço próprio na sociedade.

Para Sackett *et al* (1996) referido por Pearson *et al* (2005) a prática baseada na evidência consiste na aplicação consciente, explícita e judiciosa da melhor evidência actual na tomada de decisões sobre o cuidado aos pacientes.

O processo reflexivo deve acompanhar o processo de cuidados em todas as suas fases de uma forma regular e sistemática, propiciando mudanças cognitivas nos profissionais, com vista à melhoria contínua dos seus cuidados, pela actualização, reformulação e incremento dos seus saberes, promovendo a prática baseada na evidência.

O desenvolvimento de competências em enfermagem de saúde familiar, será o objectivo major do processo formativo encetado, correspondendo o presente estágio a mais uma etapa deste contínuo formativo. Este documento assume-se como uma ferramenta orientadora para as actividades a desenvolver, maximizando as oportunidades de aprendizagem, com vista a alcançar os seguintes objectivos:

- Dar continuidade aos cuidados planeados com as famílias, maximizando as suas potencialidades para a qualidade de vida das mesmas, privilegiando o instrumento de visita domiciliária.
- Promover a capacitação das famílias, envolvendo-as no seu processo de cuidados, ao nível prevenção primária, secundária e terciária, com vista à manutenção do equilíbrio familiar
- Desenvolver e participar em projectos de qualidade que visem a melhoria contínua dos cuidados
- Basear as práticas na evidência, com recurso à metodologia científica, consolidando a competências adquiridas
- Fomentar na equipa multidisciplinar a continuidade de práticas baseadas na evidência, centradas na família
- Partilhar os ganhos obtidos pelo processo de aprendizagem publicamente.

1 – PLANO DE ACTIVIDADES

O contexto para desenvolvimento deste estágio será a USF de S. Domingos, sob a orientação da Professora Alcinda Reis e com a colaboração da enfermeira especialista Aida Moita. A escolha deste contexto prende-se com o facto de se considerar a USF um espaço privilegiado de contacto com as famílias e de se possibilitar a continuidade do processo de aprendizagem iniciado no Estágio I. Assim sendo, não será pertinente a contextualização da USF de S. Domingos, uma vez já foi descrita anteriormente no estágio I.

Enquanto enfermeira prestadora de cuidados gerais em contexto hospitalar, várias foram as concepções que alterei ao longo deste processo formativo, contribuindo para a melhoria das minhas práticas. A visitação domiciliária constituiu-se como um momento singular de aprendizagem, com claros impactes nas famílias e nos profissionais de saúde. No entanto e apesar de, este ser um instrumento amplamente utilizado pelas equipas multiprofissionais, penso que muitas vezes é utilizado de forma rotineira, sem uma clara percepção da sua importância e da sua potencialidade em ganhos de saúde, devendo ser algo enquadrado numa mais cuidada reflexão sistémica.

O presente estágio decorrerá de 29 de Novembro de 2010 a 30 de Abril de 2011, num total de 18 semanas de estágio. Serão consideradas 350 horas para o desenvolvimento do estágio e 50 horas para seminário no sentido de fomentar a partilha de experiências. Foi criado um cronograma estruturante de forma a orientar o processo de aprendizagem, maximizando o tempo disponível para o mesmo, não sendo este um instrumento rígido, adequando-se às disponibilidades dos intervenientes e aos momentos de seminário referidos

Mês	Novemb	Dezembro		Janeiro				Fevereiro				Março			Abril				
Dia	29-3	6-10	13-17	3-7	10-14	17-21	24-28	31-4	7-11	14-18	21-25	28-4	7-11	14-18	21-25	11-15	18-22	25-29	
Actividades	Introdução ao estágio																		
	Construção do projecto de estágio																		
		Seleção de novas famílias																	
		Caracterização das famílias																	
			Identificação de focos de enfermagem/Planeamento de intervenções																
		Dar continuidade aos planeamentos de cuidados construídos com as famílias no estágio I																	
	Desenvolver cuidados com centrados na família, promovendo a sua capacitação																		
	Desenvolver e participar em projectos de qualidade que visem a melhoria contínua das práticas de enfermagem																		
	Pesquisar bases de dados científicas que consolidem as competências adquiridas																		
	Fomentar na equipa multidisciplinar a continuidade de práticas baseadas na evidência centradas na família																		
	Elaboração do relatório para discussão final																		
	← 50 Horas para seminário →																		
																	Finalização e entrega do relatório		

Objectivos	Actividades	Momentos
Dar continuidade aos cuidados planeados com as famílias, maximizando as suas potencialidades para a qualidade de vida das mesmas, privilegiando o instrumento de visita domiciliária.	• Avaliação sistémica e contínua das famílias seleccionadas para este estágio quanto às suas propriedades próprias baseando no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, privilegiando a visita domiciliária; • Formulação de diagnósticos de enfermagem que reflectam as necessidades e/ou problemas reais ou potenciais das famílias e seus membros; • Planeamento de novas intervenções e/ou continuidade das intervenções articuladas com a equipa multidisciplinar e/ou com outros profissionais mobilizando parcerias em rede em função das necessidades das famílias e seus membros individualmente; • Cooperação com os profissionais de saúde em actividades de vigilância e/ou promoção de saúde nos vários contextos de estágio; • Avaliação do impacte das intervenções no núcleo familiar; • Discussão das intervenções planeadas e dos resultados obtidos com a equipa de enfermagem, visando a continuidade do processo; • Registo dos dados colhidos e intervenções de enfermagem no processo clínico das famílias.	De Dezembro de 2010 a Abril de 2011
Promover a capacitação das famílias, envolvendo-as no seu processo de cuidados, ao nível prevenção primária, secundária e terciária, com vista à manutenção do equilíbrio familiar.	• Estabelecimento de uma relação de empatia e confiança junto das famílias, potenciando uma relação terapêutica; • Educação para a saúde, desmistificando dúvidas e crenças de saúde das famílias; • Planeamento das intervenções com as famílias, de acordo com as suas necessidades, co-responsabilizando-as pelo seu processo de manutenção de saúde e equilíbrio familiar; • Negociação com as famílias das intervenções planeadas, estabelecendo contratos de colaboração com as mesmas; • Autonomização das famílias na manutenção da saúde e equilíbrio familiar, capacitando-as para avaliar o seu equilíbrio familiar, potenciais ameaças e recursos da comunidade a que podem recorrer se necessário.	Ao longo do estágio
Desenvolver e	• Apreensão da filosofia de melhoria contínua	Ao longo do

Objectivos	Actividades	Momentos
participar em projectos de qualidade que visem a melhoria contínua dos cuidados.	da USF de S. Domingos; • Conhecimento da carta de qualidade e objectivos a que a equipa multi-disciplinar se propõe; • Validação das actividades desenvolvidas no âmbito da qualidade; • Integração das actividades de estágio na filosofia de qualidade da USF de S. Domingos; • Desenvolvimento e sugestão de projectos de melhoria contínua coerentes com as actuais políticas de saúde para melhoria dos cuidados prestados.	estágio
Basear as práticas na evidência, com recurso à metodologia científica, consolidando a competências adquiridas.	• Revisão e questionamento contínuo das práticas; • Revisão sistemática das bases de dados científicas de forma a enquadrar cientificamente as práticas e conhecimentos de enfermagem; • Desenvolvimento de práticas de cuidados baseadas na melhor evidência disponível; • Prestação de cuidados de alta qualidade, que respondam às necessidades das famílias e seus membros.	Ao longo do estágio
Fomentar na equipa multidisciplinar a continuidade de práticas baseadas na evidência, centradas na família.	• Partilha com a equipa multidisciplinar, a pertinência e importância de basear as práticas de enfermagem na evidência; • Demonstração do percurso metodológico para basear a prática na evidência; • Estímulo na equipa multidisciplinar a continuidade de práticas baseadas na melhor evidência que garantam a qualidade dos cuidados e rentabilização dos recursos.	Ao longo do estágio
Partilhar os ganhos obtidos pelo processo de aprendizagem publicamente.	• Partilha de experiência com o grupo de mestrandos que permitam a melhoria contínua do processo de aprendizagem;	Em momento a consignar
	• Construção de um relatório que reflecta os ganhos obtidos pessoal e profissionalmente no decorrer do estágio; • Apresentação do processo metodológico aplicado para a satisfação dos objectivos propostos.	Ao longo do estágio, com predominância em Abril

2 – CONCLUSÃO

O presente plano de actividades patenteia o percurso pretendido para esta nova fase que se enceta, de forma a potenciar um desempenho profissional congruente com os saberes pretendidos neste segundo ciclo de estudos e à luz das competências específicas do enfermeiro de saúde familiar consagradas pela ordem dos enfermeiros no decorrente ano.

O planeamento das actividades a desenvolver, pretende ser um instrumento de orientação estratégica que pautar as actividades a desenvolver face aos objectivos definidos, sendo um documento de fundamental importância, quer para o mestrando quer para o enfermeiro cooperante, enquanto mediador do processo de aprendizagem.

Pretende-se o desenvolvimento de cuidados de enfermagem planeados em conjunto com as famílias, ao nível da prevenção da doença, promoção da saúde e melhoria das suas qualidades de vida, promovendo a sua capacitação na manutenção/restauração do equilíbrio familiar.

BIBLIOGRAFIA

AMENDOEIRA, José. (2006). **Enfermagem, Disciplina do Conhecimento**, Revista Sinais Vitais, n.º 67, 2006. pp. 7-14

DECRETO-LEI N.º: 298 de 22 de Agosto de 2007. “D.R. 161 Série I-A” (2007-08-22) p. 5587. Disponível em WWW:URL: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/08/16100/0558705596.pdf>

FIGUEIREDO, Maria (2009). **Enfermagem de Família: um contexto do cuidar**. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. [em linha] [Consult. 2010-09-27]. Disponível em www. <URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20569/2/Enfermagem%20de%20Fam%C3%ADlia%20Um%20Contexto%20do%20CuidarMaria%20Henriqueta%20Figueiredo.pdf>

HANSON, Shirley. (2005). **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família**. (2ª ed.) Loures: Lusociência

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Principais conclusões da Assembleia Geral Extraordinária da Ordem dos Enfermeiros - 20 de Novembro**. [em linha] [Consult. 2010-11-30]. Disponível em WWW:URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Principaisconclusoesdaassembleiageralextraordinariadehoje.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2009). **Modelo de Desenvolvimento Profissional – Perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista**. Lisboa: Autor.

PEARSON, Alan; WIECHULA, Rick; COURT, Anthea; LOCKWOOD, Craig. (2005). **The JBI model of evidence-based healthcare**. [em linha] [Consult. 2010-12-1]. Disponível em www. <URL: http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/about/JBI_Model_2005.pdf