

UNIVERSIDADE DO PORTO

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS
ABEL SALAZAR**

CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

**A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PREVENÇÃO DA DOENÇA
NA PRÁTICA CURATIVA DA ENFERMAGEM NA COMUNIDADE
- PERSPECTIVAS DO ENFERMEIRO -**

**IOLANDA GIORDANO SILVA
PORTO, 2002**

UNIVERSIDADE DO PORTO

- INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR -

CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A PREVENÇÃO DA DOENÇA
NA PRÁTICA CURATIVA DA ENFERMAGEM NA COMUNIDADE
Perspectivas do enfermeiro

Dissertação apresentada para
obtenção do grau de Mestre em
Ciências de Enfermagem

Iolanda Giordano Silva

Porto, 2002

A fábula-mito do cuidado

Certo dia, ao atravessar um rio,
Cuidado viu um pedaço de barro.
Logo teve uma ideia inspirada. Tomou um pouco de barro e
começou a dar-lhe forma.

Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter.
Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito sobre ele.

O que Júpiter fez de bom grado.

Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que
havia moldado, Júpiter o proibiu.

Exigiu que fosse imposto o seu nome.

Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam,
surgiu, de repente, a Terra.

Quis também ela conferir o seu nome à criatura,
pois fora feita de barro, material do corpo da Terra.

Originou-se então uma discussão generalizada.

De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como
árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa:

“ Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá pois,
de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura.
Você Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de
volta o seu corpo quando essa criatura morrer.
Mas, como você, Cuidado, foi quem, por primeiro moldou a
criatura, ficará sobre os seus cuidados enquanto ela viver.

E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome,
decido eu: esta criatura será chamada **Homem**, isto é,
feita de **húmus**, que significa terra fértil.”

(extraído do livro *Saber Cuidar*, de Leonardo Boff)

Ao meu querido pai, onde quer que se encontre,
recordo-o com muitas saudades e admiração.

À minha querida mãe, com muito carinho.

Ao amigo e companheiro Feliciano
e aos nossos amados filhos
Francisco e Ana Paula.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, professora doutora Zaída Azeredo, por ter aceite orientar este trabalho e pelo apoio durante a sua realização.

À Sub-região de Saúde, por ter atendido meu pedido de realização deste estudo, em centros de saúde de sua área.

Às colegas especialistas em enfermagem comunitária, que directamente participaram neste trabalho, pelo grande contributo e simpatia com que me acolheram.

À professora Vivina Lanzarine de Carvalho, professora no meu curso de enfermagem na Escola de Enfermagem Ana Neri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, pelo grande estímulo e pela sua maneira de ensinar “cuidando”.

À professora Ana Maria Lameiras e à Sra. Maria de Lurdes Guedes, pela solidariedade e disponibilidade demonstrada, durante fases especiais de minha vida de estudante e profissional, em Portugal.

À professora Aurora Ferreira e ao Sr. Florival do Espírito Santo, pelo apoio e simpatia com que cooperaram na revisão gramatical e de informática do texto deste trabalho.

À equipa multidisciplinar da extensão de saúde de Anta, pelo apoio e carinho demonstrado.

Aos utentes da comunidade da freguesia de Anta, pela possibilidade que no dia a dia me oferecem de repensar e reavaliar minha prática profissional e pelo afecto que me dedicam.

RESUMO

A realização de pensos e a aplicação de injectáveis é uma das actividades que mais ocupam os enfermeiros. Contudo, estas actividades, muitas vezes, não têm tido visibilidade no universo dos cuidados prestados pelos enfermeiros, num centro de saúde. Torna-se necessário que os enfermeiros expliquem e clarifiquem de que se compõem estes cuidados de enfermagem.

A motivação de estudar e questionar a prática da realização de curativos, pelos enfermeiros que trabalham em centros de saúde, surge pela minha experiência profissional numa extensão de saúde e pela escassez de trabalhos de investigação, que questionem o cuidado de enfermagem prestado ao indivíduo e/ou família que por este motivo específico, necessita e procura os serviços profissionais do enfermeiro nos cuidados de saúde primários.

A finalidade da pesquisa foi a de contribuir para a enfermagem comunitária através do questionamento dos cuidados de enfermagem prestados ao utente portador de ferida. Os objectivos a atingir foram:

- a análise das perspectivas da enfermagem, face ao modelo comunitário,
- o estudo de alguns aspectos da promoção da saúde e prevenção da doença realizados ao utente portador de ferida, durante os cuidados de enfermagem prestados.

Sob o ponto de vista teórico, foram autores de referência: Madeleine M. Leininger, Collière, Kérouac, Bogdan e Biklen, Lisete Fradique Ribeiro, Martín Zurro e Cano Pérez entre muitos outros.

A investigação teve cariz exploratório, foi utilizado o método qualitativo e aplicado a técnica Delphi em três fases, o que possibilitou algum tratamento estatístico em determinados pontos. A amostra foi constituída por dez enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária, pertencentes a diferentes centros de saúde mas de uma mesma sub-região de saúde.

Para a recolha de dados na 1.^a fase, foi utilizada a entrevista semi-estruturada e individual com utilização de gravação; após a transcrição dos diálogos, foi realizada a análise de conteúdo que possibilitou a organização dos textos em áreas temáticas. Com base nas áreas temáticas emergentes da 1.^a fase, foi elaborado um inquérito e o mesmo enviado para cada participante. A análise e reorganização dos dados obtidos através dos inquéritos da 2.^a fase, serviu de referência para a entrevista estruturada e individual que constituiu a 3.^a fase de recolha de dados.

A análise e reflexão dos dados colhidos revelaram:

- a responsabilidade atribuída ao enfermeiro generalista pela execução dos curativos, no centro de saúde;
- a prevalência do modelo biomédico na prática da enfermagem comunitária;
- a não participação do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na integração dos novos elementos da equipa de enfermagem;
- a relevância atribuída pelos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária aos aspectos da relação interpessoal, promoção da saúde e prevenção da doença;
- incertezas quanto à melhor forma para a implantação do enfermeiro de família.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária reconhecem que a prática da enfermagem na comunidade tende a ser cada vez mais ampla, diversificada e consequentemente mais complexa. A promoção da saúde e a prevenção da doença devem fazer parte de todos os cuidados de enfermagem a prestar, contudo, isto exige: o conhecimento da pessoa/família a quem prestamos cuidados, a manutenção de um nível satisfatório de relacionamento interpessoal e um ambiente físico adequado.

SUMMARY

Dressings and injecting is one of the activities, which most occupies nurses. However very often, these activities, have not been given their due importance in the realm of the care given by nurses, in health centres. It has become necessary for nurses to explain and clarify what these nursing cares are composed of.

The motivation for studying and questioning the practise of dressings by nurses who work in health centres, rises from my professional experience in a health extension, and from the lack of research projects which question the nursing care given to the individual and/or the family who for this specific motive, needs and seeks the professional services of a nurse in a primary health care.

The aim of the research was to contribute to community nursing through the improvement of the nursing care given to the patient who is hurt. The aims were:

- the analysis of the perspectives of community nursing, regarding the community model;
- the study of some aspects of the promotion of health and prevention of illness during nursing cares given to the patient who is hurt.

From a theoretical point of view, the authors consulted were: Madeleine M.Leininger, Collière, Kérouac, Bogdan and Biklen, Lisete Fradique, Martin Zurro and Cano Perez among many others.

The research was of an exploratory nature, a qualitative method was used and the Delphi technique was applied in three phases, which allowed some statistic treatment at certain points. The sample was made up of ten nurses who are specialized in Community Nursing, belonging to different health centres but from the same health region.

For the first gathering of data, semi-structural and individual interviews were used, with the aid of recordings; after the writing up of the dialogues, an analysis of the content was done which enabled the organization of the texts in thematic areas. On the basis of the thematic areas from the first phase, a questionnaire was drawn up and the same was sent to each participant (second phase). The analysis and reorganization of the data obtained from the questionnaire of the second phase, served as a reference for the structured and individual interview, which made up the third phase for the gathering of data.

The analysis and reflection of the data gathered revealed:

- the responsibility attributed to the general nurse in the performance of dressings in the health centre;
- the prevalence of the bio-medical model in the practice of community nursing;
- the non participation of the specialist nurse in community nursing in the integration of the new elements of the nursing staff;
- the relevance attributed by specialist nurses in community nursing to the interpersonal relation aspects, promotion of health and prevention of illness;
- uncertainties concerning the best way for the implementation of the family nurse.

The specialist nurses in community nursing admit that the practice of nursing in the community tends to be more and more ample, diversified and consequently more complex. The promotion of health and prevention of illness should be part of all the cares given in nursing; however this demands: knowing the person/family to whom the cares are given, the maintaining of a satisfactory level of interpersonal relationship and an adequate physical environment.

ÍNDICE

	Pag.
0 – INTRODUÇÃO	8
PRIMEIRA PARTE	
1 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA	11
1.1 Dos primeiros tempos à Revolução Industrial	11
1.2 Primeira fase da Saúde Pública	19
1.3 Segunda fase da Saúde Pública	21
1.4 Modelo Comunitário	25
1.4.1 Participação Comunitária	28
2 - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	31
2.1 Tipos de estruturas	40
2.2 Funções Básicas de um Centro de Saúde Integrado	41
2.2.1 Promoção da Saúde e Prevenção da Doença	43
2.2.2 Educação para a Saúde	47
2.2.3 Assistência Curativa, Reabilitação e Reinserção Social	52
3 - CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL	56
3.1 Enfermagem de Saúde Pública e Enfermagem na Comunidade	62
4 - A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS ...	66
4.1 Cuidados de Enfermagem	69
4.2 Enfermagem Comunitária	75
4.3 Enfermagem de Família	82
4.4 Enfermeiro Especialista	85
SEGUNDA PARTE	
1- METODOLOGIA	89
1.1 Técnica Delphi	90
1.2 Tipo de Estudo	95
1.3 População e Amostra	96
1.4 Recolha de Dados	98
2– APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	106
3 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES	145
BIBLIOGRAFIA	153

INTRODUÇÃO

A prática profissional assistencial dos enfermeiros que trabalham em centros de saúde é composta por diversas actividades, entre as quais se citam: Saúde Materna, Saúde Infantil e de Jovens; Saúde do Adulto, incluindo a atendimento ao utente portador de diabetes e/ou hipertensão arterial; Planeamento Familiar e Rasteio do Cancro; Saúde Escolar; Saúde Ocupacional; Vacinações; realização de pensos, injectáveis, visitação domiciliária e muitas outras. Estas actividades serão prestadas de acordo com a organização e prioridades dos serviços, mas também com a disponibilidade de pessoal.

Num passado muito próximo, a enfermagem em Portugal, tem percorrido etapas muito significativas em termos de formação profissional e organização da carreira e existem nos Centros de Saúde enfermeiros com diferentes formações, o que talvez tenha contribuído, para que ainda se mantenha uma certa dicotomia entre cuidados curativos e cuidados preventivos de enfermagem comunitária.

A realização de pensos e a aplicação de injectáveis é uma das actividades que mais ocupam os enfermeiros, podendo mesmo dizer-se que é uma das competências específicas dos enfermeiros nos centros de saúde, porque nenhum outro profissional tem reclamado a sua execução em qualquer etapa. Contudo, muitas vezes, estas actividades não têm tido visibilidade no universo dos cuidados de enfermagem prestados ao indivíduo, família e comunidade.

Pelo facto de serem os curativos, a face menos oculta dos cuidados prestados aos utentes portadores de ferida, pensamos que será importante observar, quais as actividades que acompanham estes actos. Pois, torna-se necessário que os enfermeiros desocultem não só o que fazem, mas também que expliquem e clarifiquem a composição dos cuidados que praticam.

Conforme estudo de Bandeira Correia (1993) os utilizadores, esperam dos enfermeiros que sejam competentes a nível pessoal, demonstrando simpatia, calma e carinho « dar apoio humano e moral, por vezes é mais importante que um tratamento»(1993- Bandeira Correia:151). A valorização dada pelos enfermeiros de centros de saúde, em trabalho efectuado por Lima Basto et al (2000) recaía, principalmente, nas suas competências técnico-científicas, fazendo o diagnóstico de situação de uma forma competente e responsável; no mesmo estudo « do ponto de vista dos investigadores, eram os utilizadores em situação de saúde crónica que tinham actividades de vida consideradas prioritárias para os cuidados de enfermagem» (2000-Basto:86).

A motivação de estudar e questionar a prática de realização de curativos pelos enfermeiros que trabalham em centros de saúde, surge pela minha experiência profissional numa extensão de saúde e pela escassez de trabalhos de investigação que questionem o cuidado de enfermagem prestado ao indivíduo e/ou família que por este motivo específico, necessita e procura os serviços profissionais do enfermeiro. Sai do âmbito deste trabalho questionar a técnica do curativo. A finalidade do estudo será a de contribuir para o aperfeiçoamento da enfermagem comunitária e os objectivos foram:

- Analisar as perspectivas da enfermagem comunitária, face ao Modelo Comunitário.
- Estudar a relevância atribuída a alguns aspectos da Promoção da Saúde e da Prevenção da Doença, durante os cuidados de enfermagem prestados ao utente portador de ferida, num centro de saúde .

O trabalho é composto por duas partes fundamentais.

Numa primeira parte, o objectivo foi desenvolver um marco conceptual que possibilitasse o enquadramento teórico necessário, a fim de alcançar um corpo de conhecimentos e pressupostos pertinentes com os objectivos do estudo.

Esta primeira parte foi dividida em quatro capítulos: no primeiro foi desenvolvida de forma resumida, a evolução histórica da experiência humana do binómio saúde-doença numa perspectiva de grupo e comunidade, desde os primeiros tempos da existência do homem, até aos dias actuais, com ênfase no Modelo Comunitário e na Participação Comunitária. No segundo capítulo foram descritas definições e interpretações de Cuidados de Saúde Primários, assim como as funções básicas do Centro de Saúde Integrado. No terceiro capítulo, foi feita uma abordagem sucinta dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, assim como da Enfermagem de Saúde Pública e da Enfermagem na Comunidade. Por fim, no quarto capítulo, foi desenvolvida a Enfermagem e os Cuidados de Saúde Primários, com referências à disciplina e ao cuidar de enfermagem, assim como à prática de enfermagem comunitária em diferentes países, ao enfermeiro de família e ao enfermeiro especialista.

A segunda parte foi dividida em três capítulos, sendo desenvolvido nos dois primeiros o percurso metodológico desde a descrição da Técnica Delphi às justificações pela opção do método qualitativo com alguma abordagem quantitativa, a composição da amostra e recolha de dados até à apresentação e análise dos resultados. No terceiro capítulo, é apresentada uma síntese dos resultados, bem como as conclusões que emergiram da interpretação dos dados recolhidos e que permitiram esboçar algumas sugestões para a prática dos enfermeiros em geral, e especialmente, para os que cuidam de pessoas portadoras de feridas, no contexto de um Centro de Saúde.

EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Não pretendemos fazer uma resenha histórica, mas lançar um breve olhar na experiência humana do binómio saúde-doença, numa perspectiva de grupo e comunidade.

A existência do homem, enquanto ser humano, foi possível graças aos cuidados que instintivamente foram implantados a nível pessoal e grupal e progressivamente se desenvolveram. O ter cuidado ou cuidar é condição essencial do homem; cuidamos de nós próprios ou somos levados a cuidar de uma pessoa que não o possa fazer. Cuidar constitui, pois, « um fenómeno que é a base possibilitadora de existência humana enquanto humana» (1999 – Boff:34).

Dos Primeiros Tempos à Revolução Industrial

A preocupação com a alimentação e com os elementos mais novos de um grupo acompanha a história do homem. Durante milhares de anos, estes cuidados não pertenceram a nenhum ofício ou a uma profissão «como nos animais, a prática dos cuidados corresponde ao reconhecimento e ao prolongamento de uma função social, elaborada em torno da fecundidade; para as mulheres: participando directamente em tudo que contribui para a manutenção e desenvolvimento da vida e para os homens: a de fazer recuar a morte»(1999-Collière:25).

A evolução dos cuidados com a saúde e a doença esteve frequentemente relacionada com o carácter mágico, com os vestígios de certas lendas e tradições que foram conservadas por períodos relativamente longos, ao mesmo tempo que reflectiam a cultura da comunidade.

Nos escritos bíblicos, conceitos religiosos e higiénicos aproximam-se muito e frequentemente confundem-se. Assim, uma má acção teria como punição uma doença contagiosa que poderia ser curada através da penitência e realização de rituais religiosos. São também descritos documentos que retractam prescrições sanitárias que evidenciam o conhecimento de disseminação de certas doenças e formas de impedir a propagação.

No Livro I, Samuel V, há a descrição de uma epidemia de peste bubónica cuja disseminação já era atribuída aos ratos. Os hebreus, assim como os babilónicos, atribuíam grande importância às moscas, mosquitos e outros insectos como agentes transmissores de doenças. A proibição de ingestão da carne de certos animais, o isolamento de pessoas portadoras de determinadas doenças, a lavagem das mãos antes das refeições, o acto de banhar-se antes de entrar no templo e após as relações sexuais eram, antes de tudo, deveres religiosos, que em simultâneo funcionavam como medidas higiénicas .

Em documentos sobre o antigo Egipto, encontram-se instruções de como enterrar os mortos, regras para a limpeza das habitações, para a dieta habitual e para as relações sexuais. Cabia ao sacerdote, além de supervisionar todas as práticas religiosas, desempenhar oficialmente a medicina. Ao lado da medicina sacerdotal florescia também uma medicina empírica e mágica.

A medicina judaica contribuiu com conceitos médicos contemporâneos através de legislação que, pela primeira vez, limitava o direito do indivíduo pelos interesses da comunidade.

Os etruscos (século VIII a III a.C.) compreenderam que a drenagem dos pântanos desempenhava papel importante no controlo da malária.

Na Roma antiga, fazia-se a inspecção dos alimentos nos mercados, proibia-se a venda de alimentos deteriorados e impunham-se multas aos vendedores que transgrediam as normas.

Na Índia, as leis de Manu (1000 anos antes de Cristo) preconizavam que todos os excrementos e a água de banho tinham de ser removidos para fora de casa. A limpeza diária do corpo era prescrita minuciosamente: «De acordo com estas leis, o sacerdote que quisesse casar, não devia escolher esposa dentre uma família onde houvesse tuberculose, lepra ou elefantíase, mesmo que esta família fosse de alta linhagem e rica»(1987 – Fernandes:3).

No Susruta (livro hindu), há indicações do conhecimento da relação entre mosquitos e a malária. Do mesmo modo, havia o aviso de abandonar a casa quando os ratos começavam a agir de forma estranha e morriam, o que sugere algum conhecimento da disseminação da peste. No século 4 a.C., ainda na Índia, floresceu a medicina do Estado com o registo dos nascimentos e mortes, notificação das doenças contagiosas e exterminação de pragas.

Desde os primeiros séculos da nossa era, muitas epidemias foram registadas e acompanharam a humanidade; esses flagelos paralisavam a vida política e social das comunidades e o terror quase constante da morte por estas doenças, contra as quais os meios de cura eram inúteis, fazia surgir grande número de superstições e credices. No exercício da medicina continuava a predominar o sentimento místico, impondo aos fiéis pesados sacrifícios para a diminuição dos pecados.

O culto de Cristo, visto como salvador de todos os males físicos e morais, generalizado desde o século IV da nossa era, impulsionou uma medicina religiosa cristã, na qual a oração e a unção com os santos óleos eram tidos como remédios importantes, que os fiéis recorriam para procurar auxílio divino na cura dos males do corpo.

No início do cristianismo, caberá, em grande parte às virgens e viúvas, prestar cuidados aos pobres, velhos e órfãos; um facto que se irá tornar uma verdadeira função social.

A partir dos séculos VI e VII , a lepra dissemina-se largamente na Europa provavelmente atribuída à expansão das Cruzadas.

A medicina árabe teve um período histórico (cerca de 7 séculos), coincidindo com o período mais florescente do Islão. Maomé (570 – 632 d.C.) já compreendera a importância da saúde e promulgou importantes leis higiénicas. Já nessa época, um médico árabe fez a separação entre a varíola e o sarampo e outros exantemas.

Na Idade Média, a população na Europa, ao mesmo tempo que se mobilizava mais, foi acometida por inúmeras epidemias «o que de certa forma originou uma atitude geral deprimente em relação à saúde »(1999, Stanhope : 6).

Houve grande devastação causada pela fome, miséria e constantes guerras. Durante séculos, o misticismo religioso confinou os conhecimentos científicos dentro dos mosteiros.

A população ainda era essencialmente rural; por volta do século X e XI , surgem, na França «alguns grupamentos de mulheres, como as Béguines que, sem formular votos, formam pequenas comunidades um pouco análogas ao espírito dos primeiros diaconatos, e prestam os seus serviços aos humildes e aos pobres » (1999-Collière: 62).

No século XIV, diferentes epidemias acometeram de modo terrível as populações. São descritas nessa época, sérias epidemias de escorbuto, coreia epidémica, febre miliar e lepra. A peste bubónica, que assolou todo o continente europeu e reduziu cidades a verdadeiros desertos, foi sem dúvida, uma das mais dramáticas epidemias que a humanidade vivenciou. Durante a epidemia de peste preconizava-se que os doentes deviam ser isolados em lugares especiais fora da cidade. Todos os que tinham conhecimento de um caso de peste tinham que denunciá-lo, «os marinheiros, antes de entrarem nas cidades, ficavam 30 dias ao ar livre, expostos ao sol. Este período de 30 dias foi dilatado para 40, estabelecendo-se assim o princípio da quarentena. O médico que prestasse assistência aos doentes com peste deveria usar um vestuário que o cobria inteiramente e também luvas compridas. Recomendava-se que o mobiliário do doente fosse exposto ao sol, as vestes e as roupas deviam ser queimadas e os cadáveres removidos para longe da cidade»(1987- Fernandes:5)

O aparecimento de mosteiros e conventos como locais onde se tratava de pessoas doentes, levou ao desenvolvimento inicial de actividades de enfermagem; mas a obrigação da clausura às mulheres religiosas, que nomeadamente poderiam prestar assistência aos pobres e doentes, dificultaram a expansão destes cuidados, cuidados estes, prestados ao corpo físico e pecador.

As práticas não se dirigiam ao corpo global, pois ainda era o dualismo de Platão: corpo separado do espírito que imperava; « o movimento de profissionalização dos cuidados sobre a inspiração directa da doutrina da Igreja, afirma-se com a emergência da profissão médica que relega, com pertinácia, todo o saber adquirido pelas mulheres de virtude e proclama que qualquer mulher que ouse dispensar cuidados sem ter feito estudos médicos é declarada feiticeira e deve morrer »(1999-Collière: 55)

No início do século XVI, Fracastorius (1478 – 1553) postulou a ideia de que o contágio de certas doenças fosse devido a agentes vivos. Referiu-se às formas de contágio como: directo, indirecto e à distância. Fracastorius fez descrições de doenças epidémicas e menciona a possibilidade de transmissões por aerossóis, o que contribuiu para um novo impulso sobre a teoria do contágio, contudo « durante cerca de dois séculos foi esta doutrina, discutida apenas sobre a base de especulações teóricas»(1984- Bier:3)

No fim do século XV o espírito crítico aflorou. O Renascimento, com o grande desenvolvimento a nível das artes, filosofia e das ciências em geral, traz reflexos para a saúde das comunidades. O homem passa a ser o centro do pensamento humano. Os problemas de saúde começam a ser analisados; são empreendidos esforços para o controlo de certas doenças contagiosas, embora por vezes não sucedidos, porque as autoridades locais não tinham jurisdição fora das suas fronteiras e os meios de transporte, nomeadamente os barcos, traziam pessoas doentes ou vectores para as populações.

Neste período, os conhecimentos são mais difundidos para as pessoas: « os residentes das cidades e vilas, tentavam manter as ruas limpas. As comunidades não tinham nenhum sistema de esgotos. Empresas privadas forneciam água. As cidades forneciam assistência às pessoas doentes e deficientes. Durante este período os hospitais tornaram-se sítios não só para tratar doentes, mas também para estudar e ensinar medicina»(1999- Stanhope:6)

Em 1633, Vicente de Paulo (1576 – 1660) juntamente com Luísa de Marillac funda a ordem das Filhas da Caridade, que são consideradas como precursoras das enfermeiras de Saúde Pública, pelo atendimento que faziam às famílias. Isto foi possível ao decidir-se que as mulheres que prestavam cuidados aos doentes e pobres, juntamente com eles, não seriam religiosas: « não fariam uma profissão solene, mas votos simples, privados e anuais. Ao escapar das limitações da clausura, as Filhas da Caridade, inauguraram uma vida religiosa muito diferente da que se inspirava no modelo monástico. Oriundas da arraia miúda que conheciam perfeitamente, livres de se deslocar, irão assegurar, à sombra das paróquias, actividades polivalentes de professoras, prestadora de cuidados e, poderíamos mesmo dizer, de animadoras culturais»(1999-Collière: 62).

A partir do século XVIII, médicos investigadores fazem descrições sistemáticas das doenças contagiosas e as sociedades científicas começam a olhar para o controlo destas doenças como parte do seu programa. Os trabalhos de Plenciz (1762) que atribui a microrganismos a causa específica de doenças e aos de Jenner (1796) com a vacinação antivariólica, são alguns exemplos do grande contributo científico desta época. Por outro lado, a higiene assume condições de extrema importância e o povo atribui ao Estado a responsabilidade da vigilância sanitária.

Todo o grande avanço técnico e científico que ocorreu nos séculos XVIII e XIX serviu de base para o desenvolvimento de inúmeras ciências e possibilitou o que conhecemos por Revolução Industrial que teve um sentido e consequências muito mais amplas: a revolução não só alterou regimes políticos, mas também o regime religioso que sustentava a organização política «...face à sociedade do antigo regime, baseada em princípios teológicos e regida por sacerdotes e militares, a sociedade industrial funda-se sobre a ciência e são os sábios e os cientistas quem constitui a sua direcção espiritual»

(1995-Cordón:12). O contributo de Augusto Comte (1798-1857), cujo pensamento mereceu o nome de *Positivismo*, não se limitava a uma teoria ou ciência determinada, mas é considerada como uma teoria geral sobre a realidade e os valores e foi fundamental para a linha de conhecimento e desenvolvimento que a partir daí ocorreu. Segundo Comte, «... esta maneira especial de filosofar consiste em considerar as teorias [...] como tendo por objecto a coordenação dos factos observados.»(1995 – citado por Cordón:15).

Os pequenos ganhos, consequências do Renascimento, viriam em parte a retroceder com a Revolução Industrial, apesar da mesma ter proporcionado avanço nos transportes, nas comunicações e em outras formas de tecnologias. Na segunda metade do século XVIII, as populações urbanas aumentaram rapidamente devido à procura de trabalho. Contudo, as cidades continuavam a não oferecer condições mínimas de higiene e habitação, conseqüentemente a mortalidade infantil era altíssima. Por outro lado, as condições de trabalho eram deficientes e os novos ofícios provocavam novas doenças.

Os graves problemas sociais em Inglaterra, deram impulso para que se lançasse naquele país, os primeiros serviços de saúde pública os quais trariam repercussões para o resto da Europa. Com o objectivo primeiro de cuidar dos mais carentes, coube a Edwin Chadwick a administração de uma comissão de inquérito sobre leis para os pobres, « Chadwick fez uma vigorosa campanha para que se aceitassem projectos de lei no parlamento inglês, que não só ajudariam os pobres, mas também eliminariam algumas das condições sanitárias deficientes» (1999-Stanhope:7). O relatório de Chadwick, em 1842 sobre as condições sanitárias da população operária em Inglaterra, « estabelecia de forma inequívoca a relação entre a pobreza e a doença, sendo um marco para a Saúde Pública Moderna» (1997-Coelho:5).

Em 1848, o Parlamento Britânico cria um departamento central de Saúde Pública para obtenção de meios de combate às doenças entre os operários. Pela primeira vez, fizeram-se estatísticas para investigar as causas de mortalidade e determinar as diferenças entre doenças urbanas e rurais.

É também em Inglaterra, neste mesmo século, que se destaca Florence Nigthingale, a quem a comunidade de enfermeiros de todo o mundo, atribui o início da enfermagem como serviço prestado de forma organizada e profissional a uma pessoa ou grupo. Florence Nigthingale inspirou-se, procurou conhecer e estudar a prática de cuidados executados por diferentes ordens religiosas ou por grupos de mulheres que mesmo sem formularem votos, prestavam os seus serviços aos humildes e pobres. Devido aos seus conhecimentos, coragem, posição social da sua família, capacidade de planeamento e organização, o

governo britânico convida-a a dar assistência aos soldados ingleses feridos em guerra. Aceita o convite e parte para a guerra da Criméia: « com 40 senhoras, 117 enfermeiros contratados e 15 criados pagos » (1999- Stanhope:8). Os cuidados prestados aos soldados feridos, assim como *a forma* como a sua equipa os executava, reduziram drasticamente a morbimortalidade entre os soldados ingleses; « em menos de seis meses, as enfermeiras ganham o respeito dos cirurgiões ingleses, que a princípio fizeram oposição à presença de mulheres na armada inglesa»(1996 – Kérouac:4).

De volta a Inglaterra, e com a experiência adquirida, Nigthingale dedica-se à enfermagem. Inicia-se o movimento em favor da higiene dos hospitais. Florence Nigthingale lidera a educação de enfermagem nos hospitais e também na comunidade.« Escolheu a expressão *health nursing* para destacar que a enfermagem deve esforçar-se ao máximo para promover saúde e prevenir a doença.»(1999-Stanhope:8)

Praticamente na mesma época, William Rathbone fundou a primeira associação distrital de enfermagem, em Liverpool. Considerando a experiência pessoal com a sua esposa moribunda, Rathbone concluiu que muitas pessoas com doenças terminais poderiam ser melhor tratadas nas próprias casas. Assim, por insistência deste, « a Liverpool Relief Society dividiu a cidade em distritos de enfermagem e designou um comité de “Friendly Visitors” para cada distrito, para prestar cuidados de saúde às pessoas necessitadas » (1977- Kalisch e Kalisch, , citado por Stanhope:8). Rathbone funda assim, a primeira escola de enfermagem em saúde pública no mundo com um plano de formação específica - district nurses - separado das enfermeiras hospitalares, por sugestão de Florence Nigthingale. Esta escola e este modelo passam a ser gradativamente implantados por toda a Inglaterra e posteriormente em outros países.

O trabalho de Rathbone propiciou a Nigthingale as bases para a emissão de um folheto sobre enfermagem intitulado « Suggestions for Improving Nursing Service, que recomendava passos a dar para melhorar os cuidados de saúde no domicílio»(1964- Bullough e Bullough, – citado por Stanhope:8). No seu famoso livro “Notas de Enfermagem” (1859), Florence Nigthingale enumera pontos essenciais para a promoção da saúde, a saber: a necessidade de ar puro, de água potável, de um sistema eficiente de esgoto, limpeza, luz, assim como uma boa alimentação e descanso; aspectos, até hoje, extremamente relevantes para a enfermagem.

Primeira Fase da Saúde Pública

Ao período compreendido entre meados do século XIX até à década de 40 do século XX Gonçalves Ferreira(1984-85), citado por Aloísio Coelho(1997:5), chamou de « primeira era da saúde pública » e teve como paradigma o modelo biomédico-sanitário.

Este período foi marcado por muitos avanços e descobertas científicas. Os trabalhos de Semmelweis(1818 – 1865) e de Lister(1827 – 1912) sobre infecções pós-cirúrgicas, foram de fundamental importância para a diminuição do risco cirúrgico por infecção. As pesquisas do químico e biólogo francês Louis Pasteur (1822 – 1895) e do médico e microbiologista alemão Robert Koch (1843 – 1910) marcaram os grandes progressos no controlo e compreensão das doenças infecto-contagiosas.

Da mesma forma como em Inglaterra, os graves problemas de saúde relacionados com a pobreza e o aumento da densidade populacional preocupou e orientou os governos de outros países para acções de melhoria da saúde comunitária dos cidadãos.

Nos Estados Unidos, em finais do século XIX, o aumento do fluxo de emigrantes e as más condições de habitação e saneamento contribuíram para o início de reformas nos cuidados de saúde comunitária e consequentemente na enfermagem comunitária . Os enfermeiros actuavam como “visiting nurses” e também em instituições de beneficência com base na comunidade « baseando-se na filosofia de que a maneira mais eficaz de ajudar os pobres a melhorar suas condições de saúde era ter pessoas instruídas a viver entre eles e ensinar por meio do exemplo, assim como pela instrução, a ter melhores cuidados de saúde» (1999- Stanhope:9).

Em 1912 é criada a “ National Organization for Public Health Nursing (NOPHN) cuja tarefa principal foi a de padronizar o ensino da enfermagem comunitária, pois esta requeria educação especial, visto que as escolas de enfermagem davam ênfase aos cuidados hospitalares. Manteve-se a dúvida se os enfermeiros comunitários necessitavam de uma educação básica ou apenas de formação especializada em cuidados no domicílio «...decidiram que todos os enfermeiros necessitavam de um certo conteúdo de saúde comunitária.»(1922- Dock, citado por Stanhope: 13).

Contudo, a prestação de cuidados a nível domiciliário, para grande parte das populações de outras regiões, durante o final do século XIX e início do século XX, continuava a ser praticada pelas famílias ou por irmãs da caridade que « introduzem a medicina e a farmácia, sob o pavilhão da caridade, no seio das populações que, por vezes recusam estas “ciências”. São elas de facto as grandes prestadoras de cuidados ao domicílio até o aparecimento das primeiras enfermeiras liberais nos anos 50»(1999 – Collière:63).

Segundo Aloísio Coelho (1997), os elementos da população mais vulneráveis, nesta primeira fase, eram: os recém-nascidos, as crianças, as grávidas, os adultos em profissões de risco e os idosos. E os quatro grupos de problemas que a caracterizam são:

- as doenças infecciosas e parasitárias: tuberculose, pneumonia, meningite, febre tifóide, difteria, tétano, tosse convulsa, parasitoses intestinais, entre outras;
- as carências alimentares: a desnutrição, as avitaminoses, as deficiências calórico-proteicas;
- as doenças profissionais: tóxicas, por poeiras, traumáticas, infecciosas;
- as carências relacionadas com a higiene do meio ambiente: deficiência/inexistência de saneamento básico, de água potável, de tratamento de resíduos sólidos, etc. ...

Segunda Fase da Saúde Pública

Para Gonçalves Ferreira « a segunda fase » da Saúde Pública, vai desde a segunda guerra mundial até o final da década de 70 e corresponde ao modelo que tem sido designado por “médico-social”, contudo, em termos de padrão de doença, tem-se prolongado até os nossos dias. Com este modelo, reconhece-se a importância dos factores sócio-económicos na saúde de indivíduos e colectividades. Nesta fase, além dos poderes públicos começarem a assumir cada vez mais responsabilidades na área da saúde das populações, a organização dos serviços para a *prestação de cuidados personalizados* tornou-se uma necessidade cada vez mais sentida.

As duas grandes guerras mundiais ocorridas no século XX, que tiveram como palco principal a Europa (além de inúmeros outros conflitos regionais), deixaram marcas profundas no seio de toda a população mundial. Após a segunda grande guerra e com o objectivo de unir esforços a nível da saúde dos povos, foi criada pela Carta das Nações Unidas (1945) a Organização Mundial de Saúde que, desde a sua criação, tem dado subsídios e directrizes importantes sobre a saúde das comunidades como também, a nível dos profissionais de saúde.

Inúmeros têm sido os contributos que a OMS tem oferecido, é deste mesmo organismo que emana o conceito de saúde pública (1953) como sendo « a ciência e arte de prevenir as doenças, de prolongar a vida e melhorar a saúde e a eficiência mental e física dos indivíduos, por meio de esforços organizados da comunidade, tendo em vista o saneamento do meio ambiente, a luta contra as doenças que apresentam importância social, o ensino dos indivíduos das regras de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de enfermagem com a finalidade do diagnóstico precoce e do tratamento preventivo das doenças, assim como pôr em execução as medidas sociais convenientes para assegurar a cada membro da colectividade um nível de vida adequado à manutenção da saúde, por forma que cada indivíduo possa usufruir o seu direito à saúde e à longevidade» (1971- Ferreira:15) .

Para Hill, a saúde é resultante de um ajustamento entre o indivíduo e o meio, isto é, deve ser considerada como « a condição em que se encontra o organismo humano quando reage satisfatoriamente às condições do meio ambiente em que vive» (1961 – Hill, citado em 1990 por Ferreira:20). A saúde, desta forma entendida, exige que cada indivíduo participe o mais activamente possível, na manutenção e recuperação de sua saúde.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, organizada também pela OMS e realizada em Alma-Ata, URSS, em 1978, reafirma a «saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de afecções ou doenças; é um direito humano fundamental em que a fruição do grau mais alto possível de saúde é um objectivo social importantíssimo em todo o mundo, cuja realização necessita de muitos outros sectores sociais e económicos, além do da saúde.»

Assim, a responsabilidade da saúde não é só dos indivíduos, do Estado ou de qualquer instituição, mas de todos em conjunto. Isto não deve significar a criação de novas estruturas, mas requer, antes de tudo, vontade política além de motivação, capacidade de mobilização e criatividade de todos os elementos e entidades envolvidas.

Por outro lado, o rápido desenvolvimento técnico-científico, o acesso a meios de transporte, bens de consumo e de comunicações acarretam mudanças céleres e profundas no modo de vida das pessoas, famílias e comunidades.

Nesta “segunda fase”, dependendo do país ou da região em questão, utilizam-se as medidas preventivas preconizadas na primeira fase permitindo o seu controlo, que será mais ou menos eficaz, mediante os recursos humanos, sanitários, económicos e políticos disponíveis.

Os problemas da fase anterior persistem (ainda que alguns, em parte controlados), adicionando-se outros, também difíceis de combater. Assim, por exemplo, nesta segunda fase surgem como emergentes:

- Doenças cardiovasculares
- Neoplasias
- Doenças do metabolismo
- Doenças provocadas e/ou agravadas pelo tabaco
- Doenças provocadas pelo consumo excessivo de álcool
- Toxicodependências
- Perturbações mentais, incluindo a depressão e outras doenças por desajustamento físico-social
- Riscos decorrentes dos diferentes tipos de poluição
- Doenças infecciosas emergentes (SIDA)
- Doenças genéticas
- Acidentes de trabalho
- Acidentes de viação

O controlo dos problemas da “primeira fase” tem sido combatido através de:

- 1º - uso de vacinas e antibióticos,
- 2º - diminuição das carências alimentares,
- 3º - abastecimento de água potável e saneamento básico,
- 4º - elevação do nível sócio-económico das populações;
- 5º - outras medidas higiénicas.

Já o controlo das doenças ou problemas inseridos na « segunda fase » da saúde pública, tem-se revelado *muito mais difícil*. A *cura* praticamente não existe, e a prevenção necessita em grande medida,

*da mudança de estilos de vida a nível de cada pessoa, de
cada família e também da sociedade em geral.*

Embora a população abrangida envolva os adultos jovens e adolescentes (por exemplo, devido ao elevado número de acidentes, uso de drogas, álcool e tabaco), também os adultos acima dos 35 anos e os idosos são grupos afectados. Considera-se que os grupos da população preconizados na “primeira fase” continuam a ser alvo da Saúde Pública; a população passa a ser, agora, toda a comunidade, abrangendo *desde os recém-nascidos até o grande idoso e ambos os sexos*.

Todos os profissionais que se relacionam com a saúde, devem buscar alternativas para esta problemática, assim como a organização do Estado deve implementar políticas de saúde adequadas. « ... torna-se particularmente relevante a chamada investigação de serviços de saúde, devendo ter-se presente que os sistemas de cuidados de saúde, ao contrário do que geralmente acontece, não devem assentar apenas na medicina curativa – já que, no caso dos grandes problemas de saúde que hoje pesam na vida das comunidades, a medicina curativa, infelizmente não cura.» (1997- Coelho:7).

Modelo Comunitário

As dificuldades de combater os problemas referentes à saúde dos indivíduos e as suas consequências na família e na comunidade, tidos como o padrão de doença da segunda fase da saúde pública, deu início ao que se chama o modelo comunitário,

« - ou seja àquele em que presentemente nos encontramos e em que, continuamos a ter de nos defrontar com alguns problemas da *primeira era* ainda não resolvidos e para além destes, com todos os problemas da *segunda era*, que continuam avassaladoramente presentes. Mas tudo isto enquadrado agora no novo modelo que designamos por Modelo Comunitário» (1997- Coelho:7).

O Modelo Comunitário nasceu em fins da década de 70, por iniciativa da OMS, pressupõe dois aspectos muito importantes:

1º - que os problemas de saúde, *desde o seu estudo até a intervenção, sejam tratados a nível das populações ou parte delas;*

2º - que as soluções encontradas, além do envolvimento do sector de saúde, sejam *operacionalizadas de forma multidisciplinar, intersectorial e com a participação activa da população .*

Novamente, a OMS, através da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde- Carta de Ottawa - realizada em 1986, no Canadá, vem orientar e propor formas de acção para operacionalizar a Promoção da Saúde que definiu como sendo « o processo que permite às populações exercerem um controlo muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la. Para conseguir um estado de completo bem estar físico, mental ou social, o indivíduo ou o grupo deve estar apto a identificar e realizar aspirações, a satisfazer necessidades e a alterar ou

a lutar contra o meio. A saúde é entendida como um recurso para o dia-a-dia e não como a finalidade da vida. A saúde é um conceito positivo, com destaque para os recursos sociais e pessoais, bem como para as capacidades físicas. Em consequência a saúde não é exclusivamente da responsabilidade do sector de saúde, mas exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar».

A saúde é assim entendida como um meio e não um fim e inúmeros factores podem interferir positiva ou negativamente sobre ela.

Todos os sectores de uma sociedade devem estar comprometidos e intervir na Promoção da Saúde, e assim torna-se necessário uma política de saúde pública que englobe e complementarize não só a legislação de saúde, mas todas as áreas.

O Modelo Comunitário deve ser a forma actual de fazer Saúde Pública cujos principais desafios, enumerados por Aloísio Coelho(1997:8), são a:

- « definição de políticas governamentais “salutares”, no sentido que os diferentes ministérios actuem de forma coordenada com vista à criação de condições favoráveis;
- definição de políticas de saúde *pró-activas e não apenas reactivas*, em que a preocupação não seja unicamente a assistência na doença, e sobretudo a promoção da saúde colectiva, mediante o empenhamento concertado de todos os sectores da vida comunitária, incluindo a participação das próprias populações;
- definição de políticas sociais que contribuam para assegurar a equidade no domínio da saúde;
- criação de mecanismos que habilitem as comunidades a terem uma voz activa e esclarecida nos assuntos de saúde;

- promoção, junto das pessoas e dos órgãos públicos, da ideia de que a saúde constitui um dos maiores bens pessoais de que se pode dispor, além de valioso investimento social, e que a posse de conhecimentos correctos sobre a saúde será uma condição importante de desenvolvimento pessoal;

- criação de um espírito crítico que não se preocupe apenas com os custos da saúde (isto é, os custos dos cuidados médicos), mas igualmente com os custos da doença, designadamente das várias dependências (tabaco, álcool, drogas), das condições de vida e ambiente insalubres, da má nutrição, etc., retirando as necessárias ilações do confronto entre os dois tipos de custos (da saúde e da doença).»

O objecto de estudo e de prática, com o Modelo Comunitário é muito vasto e complexo. As equipas de saúde que exercem o seu exercício profissional nos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente nos Centros de Saúde, têm um papel importantíssimo no que respeita à promoção da saúde e à luta contra a doença das comunidades. Além dos cuidados que já são realizados e que têm contribuído para a obtenção de indicadores mais favoráveis do nível de saúde da respectiva comunidade, há que se desenvolver estratégias de planeamento e de programação que sejam *integradoras e de actuação intersectorial e multidisciplinar, com a participação activa das populações, para que cada indivíduo e família perceba a importância da saúde e assuma o seu controle consciente.*

A Participação Comunitária

Segundo as recomendações de Alma-Ata e também ratificadas pela Carta de Ottawa, a participação comunitária é um aspecto fulcral para os cuidados de saúde primários.

Revilla Ahumada [et al] dão a seguinte definição para participação comunitária:

« conjunto de mecanismos que os serviços de saúde podem pôr em acção, articular e que os tornam mais ou menos permeáveis à influência do meio social»(1994- Zurro e Pérez.:95). Assim, participação comunitária não deve ser confundida com uma participação é da população alvo reclamada pelos serviços de saúde, mas sim como algo que nasce na própria comunidade.

Entende-se, aqui, comunidade como o conjunto de pessoas atendidas por um centro de saúde. A comunidade age como um sistema (que integra sub-sistemas em seu interior, interagindo entre si), que interage e influencia outros sistemas e sendo influenciada de inúmeras formas. « Parece conveniente adequar o modelo de participação comunitária a este novo conceito de comunidade. articular mecanismos diversos que respondam a nossa diversidade social, que vai do individual ao colectivo e do formal à capacidade dos centros de saúde em articular relações informais e fluidas com seu meio social» (ibidem: 96)

O trabalho na comunidade deve ir ao encontro das necessidades sentidas e não sentidas da população e sempre com o envolvimento desta. Assim, a comunidade deverá influenciar o trabalho desenvolvido pelos profissionais. As formas de participação não devem seguir apenas os padrões estabelecidos: podem ser realizados com uma pessoa em particular ou com representantes de grupos ou organizações.

Para Revilla et al, (1994-Zurro y Pérez:98), alguns mecanismos de participação comunitária em Cuidados de Saúde Primários são assim exemplificados:

- Conselhos de Saúde
- Contactos com associações e outro tipo de organizações
- Relações com outros sectores sociais
- Contactos com redes sociais e líderes comunitários
- Criação de grupos de apoio
- Agentes comunitários de saúde
- Consultas sobre satisfação
- Sistema de reclamações e sugestões
- Contactos com informadores chaves da comunidade
- Marketing e relações públicas
- Cultura de orientação ao usuário
- Outros mecanismos de participação

Nenhum mecanismo de participação comunitária sozinho será capaz de alcançar toda a comunidade atendida pelo serviço de saúde. Para alcançar toda a comunidade ou o maior número possível de seus elementos, há que se estabelecer diversas estratégias e desenvolver planos que atinjam grupos heterogêneos existentes ou grupos com necessidades específicas.

A participação comunitária implica o conhecimento dos atributos de cada mecanismo, a saber(1994- Zurro e Perez:95):

- Quem é o promotor
- Qual o grau de formalização
- Se tem carácter individual ou colectivo
- Qual o grau de poder atribuído

Cada relação concreta do serviço de saúde com sua colectividade, canaliza uma diferente forma de poder, dependente de diversas circunstâncias, como se pode verificar pela escada de Arnstein:



Escada de Arnstein, adaptada por Revilla Ahumada et al (1994- Zurro e Perez:98)

A escada de Arnstein expressa os diferentes graus do poder de influência, desde a manipulação, que é uma forma de participação fraudulenta, onde só tem poder quem manipula, até o controlo social, onde a maior parte do poder está com o grupo ou comunidade.

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Segundo a OMS, os Cuidados de Saúde Primários « consistem na prestação da assistência de saúde essencial, baseada em métodos e técnicas práticas, apropriadas sob o ponto de vista científico e aceitáveis socialmente, posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias das comunidades, com a sua inteira participação, e que possa ser financeiramente mantida pelo país e pela comunidade, em todas as fases do seu desenvolvimento, num espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. Os cuidados primários, ao mesmo tempo que desempenham a função principal e são a base do sistema nacional de saúde, constituem parte integrante do sistema de desenvolvimento económico e social da comunidade. Proporcionam o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, permitindo a aproximação da assistência na saúde o mais possível dos locais onde a população vive e trabalha e constituem o primeiro elemento de um processo permanente de assistência de saúde.»(1978 – Alma-Ata)

A primeira frase desta enunciação, associada à definição de saúde, mostra toda a complexidade de atribuições e responsabilidades conferidas aos profissionais que devem exercer sua actividade em Cuidados de Saúde Primários, a fim de alcançar os objectivos de “Saúde para todos até ao ano 2000”. A meta, talvez utópica, não foi alcançada e assim se mantém.

A definição de Cuidados de Saúde Primários caracteriza o papel fundamental que estes serviços têm em qualquer sistema de saúde. Contudo, têm sido feitas leituras erradas, quando se afirma que estes cuidados se destinam só aos países em vias de desenvolvimento, « porque nos outros já se cumprem amplamente todos ou a maior parte dos requisitos dos Cuidados de Saúde Primários»(1994 – Zurro y Pérez:5) .

Os elementos que aparecem na definição de Cuidados de Saúde Primários da Organização Mundial de Saúde têm compreensivelmente, algumas dificuldades em compreender um conceito cuja definição parece variar de país para país e de situação para situação.

Certamente que os problemas sociais e a pobreza têm repercussões no funcionamento dos Cuidados de Saúde Primários, principalmente nos países pobres e/ou com uma distribuição inadequada de suas riquezas. Mas em países com alto nível de desenvolvimento técnico e científico, o próprio sistema de saúde, por vezes centrado na assistência hospitalar e especializada e a pressão corporativa de grupos económicos impedem por vezes que o processo se implante. Nos Estados Unidos da América, os cuidados com a saúde das populações exigem a correcção e actualização organizacional adaptadas às directrizes dos Cuidados de Saúde Primários «os custos de intervenções médicas de tecnologia avançada em recém-nascidos prematuros de baixo peso ao nascer, apenas durante o período neonatal, podem atingir os 200.000 dólares. Medidas preventivas de educação pré-natal, fornecidas por um centro comunitário de enfermagem, podem diminuir este montante do orçamento nacional para os cuidados de saúde»(1994, Lundeen citado por Stanhope,1999:40).

Alguns autores associam os Cuidados de Saúde Primários com assistência de saúde precária, isto é, de pouca qualidade: « assistência médica pobre e rudimentar para povos e cidadãos pobres»(1994: Zurro y Perez:5). Por outro lado os Cuidados de Saúde Primários também não podem ser entendidos como ambulatorios de medicina geral ou familiar, pois seria como que afirmar a falta de necessidade de se desenvolver outras funções e actividades, bem como a actuação de outros profissionais indispensáveis para a prática dos mesmos.

H.Vuori(1984), citado por Zurro e Pérez(1994:5) mostra neste quadro as diferenças entre assistência ambulatorial e os cuidados de saúde primários:

	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
OBJECTIVOS	Centrado na doença e na cura	Centrado na saúde: prevenção e cuidado
CONTEÚDO	Tratamento; problemas específicos; cuidado esporádico	Promoção da saúde; Cuidado contínuo; Cuidado global
ORGANIZAÇÃO	Médicos Médicos especialistas Prática individual	Médicos de clínica geral Outros profissionais Trabalho de equipa
RESPONSABILIDADE	Sector sanitário isolado Domínio profissional Recepção passiva dos cuidados	Colaboração intersectorial Participação comunitária Auto-responsabilidade

Para Zurro y Pérez (1994:7) , os elementos conceptuais que caracterizam os Cuidados de Saúde Primários são:

- **Integral:** considera o ser humano numa perspectiva holística;
- **Integrado:** inter-relação dos elementos de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e reinserção social, além de se integrar funcionalmente com as restantes estruturas e níveis do sistema de saúde;
- **Contínuo e permanente:** para todas as pessoas, de qualquer idade, em diferentes locais (escolas, postos de trabalho, domicílios) e em diferentes circunstâncias (vigilâncias, urgências, encaminhamento hospitalar);

- **Activo:** os profissionais não devem ser meros receptores da demanda, mas trabalhar activamente nos diferentes níveis de atenção, buscando e resolvendo necessidades expressas e não expressas, com referência especial à promoção da saúde e prevenção da doença;
- **Acessível:** não deve haver dificuldades maiores para que o utente tenha contacto e utilize os recursos de saúde. A acessibilidade deve deter-se nos níveis *geográfico, económico, burocrático e discriminatório*;
- **Baseado em trabalho de equipa:** integrada por profissionais de saúde e de outras áreas;
- **Comunitário e participativo:** cuidados de saúde aos utentes, família e comunidade, com a participação activa da comunidade em todas as fases do processo de planeamento, programação e na prática das actividades;
- **Programado e avaliado:** baseado em programas de saúde com objectivos, metas, actividades, recursos e mecanismos de avaliação e controle definidos;
- **Docente e investigação:** desenvolve actividades de docência a todos os níveis, assim como de investigação aplicada ao âmbito de acção.

Para este propósito, podem ser utilizados métodos diversos que devem interagir entre si e incluem, segundo Sidney L. Kark(1994:13) :

- *atenção individual à pessoa doente ou aos indivíduos que solicitem conselho ou educação para a saúde, imunização ou outro tratamento de prevenção para eles ou suas famílias.*

- *fomentar a adopção de estilos de vida saudáveis durante contactos individuais, em pequenos grupos e mediante a inclusão de educação para a saúde no currículo escolar, educação em massa e comunitária através dos meios de comunicação escrita, falada e televisiva.*

- *controlo do ambiente, através de medidas de prevenção da contaminação ambiental, protecção e interacção contra riscos e a promoção e manutenção de um ambiente saudável nas casas, locais de trabalho, escolas, comércio e outros lugares de reunião de pessoas.*

A prática dos Cuidados de Saúde Primários tem sido aplicada e desenvolvida de diferentes maneiras por cada país, conforme as circunstâncias políticas, socioeconómicas e culturais. O essencial é que se incluam funções de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, e que se potencialize, ao mesmo tempo, a auto-responsabilidade e a participação comunitária. Contudo, H.Vuori(1987:43) considera que o conceito de Cuidados de Saúde Primários elaborado pela OMS, mais do que identificar um local onde fossem aplicadas aquelas directrizes, deve nortear toda a assistência de um sistema de cuidados. O mesmo autor lista quatro formas de como o conceito de Cuidados de Saúde Primários tem sido interpretado.

1. Cuidados de Saúde Primários como uma série de actividades

Para a OMS, a prestação de Cuidados de Saúde Primários, engloba uma série de actividades, a saber:

- Educação sanitária
- Provisão de alimentos
- Nutrição adequada
- Saneamento básico
- Salubridade da água
- Cuidados materno-infantis
- Imunizações
- Prevenção e controlo de doenças endémicas
- Tratamento básico
- Abastecimento de medicamentos

Com esta interpretação, certos países industrializados ou alguns que já desenvolvem estas actividades, consideram que cumprem o seu programa de Cuidados de Saúde Primários. Mas basta somente considerar os níveis de poluição atmosférica, a contaminação dos recursos hídricos, as patologias associadas ao excesso ou inadequada alimentação, o uso e abuso de drogas e medicamentos, os níveis de tabagismo e alcoolismo, os acidentes de viação e de trabalho, as desigualdades regionais, a instabilidade no emprego e o nível de desemprego dentro de muitos países, para perceber que os Cuidados de Saúde Primários *devem ir além* destas actividades e integrar os princípios das outras interpretações.

2. Cuidados de Saúde Primários como um nível assistencial

Os Cuidados de Saúde Primários entendidos como um nível assistencial, levam a considerar estes como o primeiro contacto do indivíduo e da comunidade com o sistema de saúde. Será *essencial que seja um processo interactivo*, no sentido da pessoa doente ter acesso aos cuidados, como também que o próprio sistema promova os contactos com a população em geral, de forma individual ou em grupos, potencialize o auto-cuidado e a auto-responsabilidade através de *actividades realizadas no contacto interpessoal durante as consultas e dentro das diferentes instituições inseridas na comunidade*.

Contudo há que considerar, pelo menos, dois aspectos:

1.º) aquilo que H.Vuori(1987:43) chama as consultas feitas no “*sistema profano de cuidados de saúde*”, que seriam as que se realizam fora do sistema sanitário oficial, que em muitos países representam a maior parte dos atendimentos de saúde realizados a nível ambulatorial.

2.º) a existência de cuidados continuados, fundamentais para uma prestação personalizada e preventiva; muitas vezes as relações entre os Cuidados de Saúde Primários e a rede hospitalar são difíceis e complexas; além de ainda se atribuir ao hospital e aos seus profissionais um carácter superior e de primeira fila.

Torna-se assim imprescindível que os Cuidados de Saúde Primários trabalhem em coordenação com os hospitais e outras estruturas, «*é necessário potencializar os mecanismos de inter-relação institucional e os contactos profissionais na atenção aos doentes em concreto e promover actividades assistenciais, formativas e de investigação que impliquem ambos os níveis do sistema de saúde*»(1994 - Zurro y Pérez:7).

3. Cuidados de Saúde Primários como uma estratégia de organização dos Cuidados de Saúde

Os Cuidados de Saúde Primários entendidos como uma estratégia do sistema de saúde, implicam por vezes a necessidade da sua reestruturação e organização. A amplitude das adaptações poderá ser variável, sendo por vezes necessário fazer alterações legislativas. Segundo H.Vuori(1987:43), uma estratégia do sistema de saúde vocacionada para os Cuidados de Saúde Primários, deve obedecer, obrigatoriamente, aos seguintes princípios :

- Acessibilidade
- Adequação às necessidades da população
- Funcionalidade integrada
- Participação comunitária
- Colaboração intersectorial
- Economia

4. Cuidados de Saúde Primários como filosofia

Os Cuidados de Saúde Primários entendidos como uma filosofia requerem que se assuma o direito à saúde como um aspecto central dos direitos humanos e que responda também a critérios de justiça e igualdade de acesso. *Para H.Vuori, é a mais importante das interpretações e a razão de ser do interesse da OMS pelos Cuidados de Saúde Primários. Para o mesmo autor, um país só pode afirmar que possui Cuidados de Saúde Primários se o sistema se caracterizar por:*

- Justiça social e igualdade
- Auto-responsabilidade
- Solidariedade internacional
- Aceitação de um conceito amplo da saúde

É extremamente difícil possuir um sistema de saúde caracterizado por todos estes itens, principalmente nos países em vias de desenvolvimento. Contudo, devem encontrar-se alternativas que sejam aceitáveis social e economicamente; a opção pelos Cuidados de Saúde Primários parece ser uma forma de se começar a produzir igualdade social face à saúde.

Tipos de Estruturas

Uma importante parte das actividades inerentes aos Cuidados de Saúde Primários são desenvolvidas, em Portugal como também em alguns países, numa estrutura física e funcional que denominamos Centro de Saúde.

Contudo, segundo Zurro y Pérez (1994:35) outras estruturas podem ser adoptadas:

Prática de Assistência Individualizada

Prática de Assistência em Grupo

Centro de Saúde

Com serviços exclusivamente preventivos

Com serviços exclusivamente ou principalmente curativo

Com serviços integrados

Centros de Assistência Especializada

Para determinadas patologias

Para grupos específicos

Policlínicas

Com serviços médicos de especialidades

Com um número reduzido de camas

A opção por uma ou outra estrutura está sempre relacionada com as necessidades mais urgentes e os recursos disponíveis do país ou da comunidade. Mas o centro de saúde integrado « é a opção que conceptualmente se adapta melhor ao desenvolvimento das funções, já que incorpora um número diversificado de profissionais para alcançar uma correcta distribuição das tarefas a desenvolver»(Zurro y Pérez, 1994 : 35).

Funções Básicas de um Centro de Saúde Integrado

As funções de um centro de saúde integrado devem permitir que dentro de uma mesma estrutura física e funcional, se desenvolvam actividades de promoção, prevenção, assistência curativa, de reabilitação e de reinserção social. Os principais grupos de funções são:

- 1. Cuidados Preventivos e de Promoção da Saúde (Vacinação, diagnóstico precoce, etc.)**
- 2. Diagnóstico e Tratamento das Doenças. Reabilitação e Reinserção Social**
- 3. Cuidados Domiciliários e de Urgência**
- 4. Vigilância Epidemiológica**
- 5. Educação Sanitária e Acções Comunitárias Preventivas**
- 6. Docência e Investigação em Cuidados de Saúde Primários.**

Quadro adaptado de Zurro y Perez (1994:36)

Todas estas funções são igualmente importantes e devem ser integradas. A saúde individual e colectiva é um conceito dinâmico que exige um grande esforço de identificação dos profissionais de saúde com o meio envolvente, não só do ponto de vista biológico, mas social, demográfico, geográfico e epidemiológico. A participação comunitária individual e/ou colectiva e a colaboração intersectorial, juntamente com a equipa de Cuidados de Saúde Primários, deverá contribuir para o estabelecimento e o cumprimento dos objectivos a alcançar nas diferentes actividades.

As funções e actividades de Docência e Investigação em Cuidados de Saúde Primários, devem ser desenvolvidas nos Centros de Saúde e responder a programas preestabelecidos. A formação contínua para todos os elementos da equipa multidisciplinar, além da investigação clínica e epidemiológica, são instrumentos que podem garantir a actualização profissional e a qualidade da assistência prestada.. De forma semelhante, é muito importante participar e colaborar na formação a nível médio, superior e de pós-graduação com instituições académicas « de forma similar ao que acontece nos hospitais, é preciso considerar a incorporação de determinados centros de saúde na estrutura docente universitária »(1994 – Zurro y Perez:37) .

A realização de Vigilância Epidemiológica, imprescindível para os Cuidados de Saúde Primários, exige uma ampla e constante colaboração institucional entre os diversos níveis de assistência sanitária e outros sectores, para que se possa identificar, analisar e tentar solucionar diferentes problemas, como por exemplo: níveis de poluição hídrica, sonora ou atmosférica , intoxicações alimentares, saúde do trabalho, etc.

Promoção da Saúde e Prevenção da Doença

A definição de Promoção da Saúde, ditada pela Organização Mundial de Saúde, na Carta de Otawa(1986), é de fundamental importância pela atribuição de processo e não de resultados a obter. Não sendo dirigida para uma determinada patologia, deve contribuir para um melhor nível de saúde e bem estar. É tido como um conceito amplo que é praticado a vários níveis e que inclui indivíduos e grupos.

Para Leavell e Clark(1976:19) « medidas adoptadas para a promoção da saúde não se dirigem a determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais».

De forma semelhante, Laffrey(1990) citado por Stanhope(1999:291), definiu o comportamento de promoção da saúde como « aquele que é dirigido para atingir um elevado nível de saúde e bem estar » e o termo Prevenção da Doença como:

« o comportamento para reduzir a ameaça da enfermidade, doença ou complicações » (ibidem). Esta última definição vem ao encontro da definição de « Protecção específica » que Leavell e Clark(1976:20) enunciam como: « a prevenção em seu sentido convencional e compreende medidas aplicáveis a uma doença ou grupo de doenças específicas, visando interceptar as causas das mesmas, *antes que elas atinjam o homem.* » Os mesmos autores enumeram os focos principais de atenção neste âmbito:

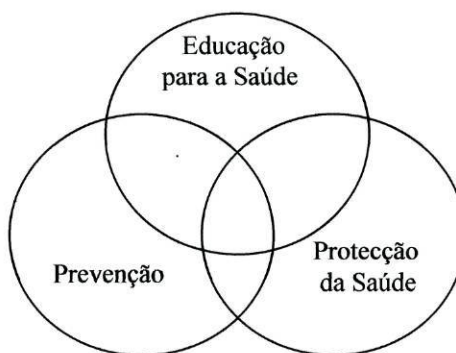
- Uso de imunizações específicas
- Atenção à higiene pessoal
- Hábito de saneamento do ambiente
- Protecção contra riscos ocupacionais
- Protecção contra acidentes
- Uso de alimentos específicos
- Protecção contra substâncias carcinogénicas
- Evitação contra alérgenos

Os autores referidos consideram também que a Protecção Específica, juntamente com a Promoção da Saúde, constituem o primeiro nível de aplicação de medidas preventivas na história natural da doença, chamando-o de Prevenção Primária.

Pender(1987), citada por Stanhope(1999:291), refere uma diferença entre o comportamento de protecção da saúde e o de promoção da saúde. Para a autora o comportamento de protecção da saúde é aquele que «diminui a probabilidade de se adoecer e o de promoção da saúde refere-se a comportamentos que aumentem o bem estar tanto do indivíduo como do grupo». Os conceitos são complementares, mas o conceito de promoção da saúde é reconhecido como um conceito mais amplo, pois inclui indivíduos e grupos.

Por sua vez, Catherine Hartz (1994:17) diz que a Promoção da Saúde acompanha a Prevenção, a Educação para a saúde e a Protecção da Saúde; estes componentes sobrepõem-se e complementam-se, conforme quadro abaixo, concebido por Tannahill e utilizado pela autora citada.

PROMOÇÃO DA SAÚDE



Muitos são os factores que influenciam a saúde, desde os genéticos, à idade, sexo, condições laborais, ambientais, alimentação, habitação, serviços de saúde, educação, e muitos mais. Torna-se necessário identificá-los, compreender o papel que têm na elaboração e adopção dum certo modo de vida, e a relação entre os modos de vida e a saúde, para ser possível criar condições favoráveis na defesa da saúde e estabelecer um programa de promoção para a saúde.

Numa perspectiva holística, o conceito de saúde se reconhece como « estado de relativo equilíbrio de forma e função do organismo, que resulta de seu ajustamento dinâmico satisfatório às forças que tendem a perturba-lo. Não um inter-relacionamento passivo entre a matéria orgânica e as forças que agem sobre ela, mas uma resposta activa do organismo no sentido do reajustamento»(Perkins, citado por Leavell e Clark,1976:11), e se cada ser humano é único e conseqüentemente, todas as suas necessidades e potencialidades, inclusive as de saúde, são diferentes e com diversa valorização, compete aos profissionais de saúde facilitar e incentivar a vontade de querer saber e de querer fazer pela própria saúde, em cada indivíduo e grupo, de modo que a sua acção se traduza em autonomia das próprias pessoas .

Desta forma, o auto-cuidado assume uma significação muito importante para os enfermeiros em relação à promoção da saúde. Segundo Orem(1991), citada por Kérouac(1996:30) « o auto-cuidado é uma acção adquirida, isto é, aprendido por uma pessoa em seu contexto sociocultural. A pessoa inicia uma acção de maneira voluntária, deliberadamente, com o objectivo de manter sua vida, sua saúde e seu bem-estar e o das pessoas sobre sua responsabilidade». Logo, a condição para uma pessoa se comprometer com o auto-cuidado, vai depender das suas capacidades físicas, intelectuais, interesses, experiências e motivações.

A contribuição da enfermagem para a promoção da saúde, segundo Pender(1997), citada por Basto(2000:16), «assenta numa relação cliente-consultor, tendo como base o reconhecimento dos direitos do cliente à auto-determinação e das capacidades que tem para se auto-dirigir ». Essa relação deve focalizar as forças positivas do utilizador no sentido de tomar decisões e atingir finalidades.

De acordo com a citação anterior, os pressupostos que dão fundamento à interacção enfermeiro/cliente para a promoção da saúde, são os seguintes:

- os indivíduos e famílias são responsáveis pela sua própria saúde;
- os clientes (indivíduos e grupos) têm uma capacidade para a mudança que pode ser de carácter construtivo ou destrutivo;
- os clientes devem ter informação que lhes permita decidir à cerca do seu comportamento e escolher estilos de vida;
- o processo de atingir o nível de saúde decorre num contexto interpessoal
- os clientes assimilam comportamentos saudáveis que consideram pessoalmente relevantes e aceitáveis no contexto social.

Na prática clínica, a identificação e registo dos riscos, necessidades e capacidades não nos levam a melhorar a saúde das pessoas e grupos; somente a educação para a saúde permite que os próprios tomem decisões acerca da sua saúde.

Educação para a Saúde

Todos os dias tomamos decisões que comportam riscos para a saúde. Cada pessoa ou cada grupo é o sujeito do seu próprio desenvolvimento, o qual se desencadeia pela mobilização das suas motivações e pela acção das suas potencialidades em torno da sua realidade sociocultural.

O maior recurso que o profissional de Cuidados de Saúde Primários tem, para *além de seu próprio comportamento promotor de saúde e de prevenção da doença*, é a educação para a saúde. Para Orem: «Bons hábitos de saúde são essenciais para se manter a saúde, porém a habilidade para alterar hábitos de saúde para cumprir novas exigências são igualmente importantes.»(1993- Orem:201)

As acções implementadas devem ser adaptadas à situação específica individual, familiar, de grupo ou comunidade, e por vezes integradas com outras parcerias que podem ser outros organismos e instituições, ou a comunidade, devendo e podendo em certos casos, o centro de saúde desempenhar um papel de coordenação intersectorial.

À equipa de Cuidados de Saúde Primários, cabe um “estado” de constante utilização deste recurso, na medida em que conhece e interage com o indivíduo, família e comunidade, podendo levá-los a querer saber e agir em favor da sua saúde, «a educação e a motivação sanitária são vitalmente importantes para a realização deste objectivo»(1976 – Leavell e Clark:19).

Segundo Salleras(1988), citado por López(1993:189), os objectivos da educação para a saúde, podem resumir-se em:

- Fazer da saúde um património da colectividade
- Modificar as condutas negativas com a promoção e restauração da saúde
- Promover novas condutas positivas favoráveis à promoção e restauração da saúde
- Propiciar mudanças ambientais favoráveis às alterações de condutas preconizadas
- Capacitar os indivíduos para que possam participar na tomada de decisões para a saúde da comunidade.

A evolução dos modelos de educação tem tido reflexos nos modelos de educação para a saúde. Actualmente e segundo Navarro(1995:78), o modelo que parece respeitar as pessoas e as populações é o «de capacidade e desenvolvimento comunitário, conhecido por modelo sócio-ecológico, que implica por um lado *uma certa forma de relacionamento interpessoal* e por outro um trabalho *participado permanentemente pela população*».

A mesma autora descreve atributos que devem caracterizar este processo:

- **O poder** : deve ser partilhado por todos os intervenientes – existem inúmeras oportunidades para as populações partilharem as tomadas de decisão sobre assuntos que lhes dizem respeito. Os profissionais devem estar atentos a estas situações que devem ser consideradas pelos mesmos, embora seja difícil, porque a própria cultura do comportamento profissional, nem sempre nos habilita a *sermos capazes de partilhar o poder*. Nos momentos de consulta, vacinação, a análise da situação de uma comunidade e respectiva priorização de necessidades ou problemas, o tipo de actividades a desenvolver, os processos de avaliação a aplicar, o tipo de investigação a realizar, são exemplos de oportunidades a considerar.

- **O papel dos intervenientes nos programas de desenvolvimento:** o argumento de que os profissionais de saúde têm mais conhecimentos e experiências do que a população sobre os aspectos de saúde/doença, não pode servir à posição paternalista que normalmente se assume. As competências pessoais e profissionais devem ser postas a disposição de todos, e estas poderão ser mobilizadas à medida que as outras pessoas as considerarem necessárias. Motivar e incentivar a população para tomar nas mãos a resolução dos seus problemas, pode levar ao aumento da confiança em si mesma, que é um dos factores fundamentais para o crescimento individual e do grupo.
- **O ponto de partida para a aquisição de informação:** *a captação de uma informação só é possível, quando se pode relacionar com o que já se conhece. Assim, é necessário um fio condutor entre aquilo que se quer transmitir e o que já se conhece, considerando também que cada indivíduo tem o seu próprio caminho. Privilegiar aqui o contacto pessoa/pessoa: «Aquilo que nos ensinaram como sendo a actividade ideal para aumentar a informação dos outros, as palestras ou as conferências, só excepcionalmente atinge esse objectivo, pois exige que os ouvintes passivos, elaborem uma síntese, frequentemente difícil, entre aquilo que são e que sabem e aquilo que ouvem ou...escutam.» (1995-Navarro:80)*
- **A inter-relação:** qualquer actividade deve estabelecer-se numa relação de confiança mútua, de aceitação das características individuais e da certeza que todos podem e são capazes de progredir. A comunicação fácil, de *sentido horizontal*, não anula a “hierarquia social” do estatuto profissional; poderá sim, anular a hierarquia assumida em função do poder. É através da inter-relação, onde todos somos capazes, em áreas diferentes e do aproveitamento dessa diversidade, a nível profissional e não só, que se enriquece e se aprende.

Com base nestes atributos, e ainda segundo Navarro(1995:80), pode-se concluir que a dinâmica que se deve estabelecer é « de cooperação e entreajuda, que vai proporcionar o sentido de pertença e aumentar a confiança em cada um dos intervenientes e no grupo ». Este processo de trabalho aplica-se a nível individual: nas consultas, nos tratamentos, nas visitas domiciliárias, como também a nível de grupos e programas comunitários, « todas as actividades em Cuidados de Saúde Primários se devem caracterizar por se inscreverem no processo de Promoção/educação para a saúde/animação para o desenvolvimento, seja qual for a situação de partida em que as comunidades se encontrem, ou seja qual for a idade dos grupos com que trabalhemos».(ibidim)

Assim, o processo educacional, deverá ter em atenção os seguintes passos:

- perguntar à pessoa quais são os seus pontos de vista sobre a sua saúde para que a educação seja construída sobre a base de conhecimentos do indivíduo;
- dar orientações apropriadas, apoiada em informação escrita objectiva e à medida das necessidades individuais;
- oferecer apoio e acompanhamento, pois apesar de uma pessoa não parecer motivada para melhorar e aprender sobre a sua saúde, a disponibilidade de um enfermeiro ou de um médico, poderá ajudá-la a sentir-se confiante para voltar a pedir orientações.

Todas as actividades desenvolvidas devem estar dirigidas de maneira a potencializar a auto-responsabilidade das pessoas e da comunidade, para o cuidado com a própria saúde e não ser mera transmissão de conhecimentos « todas as actividades desenvolvidas no centro de saúde, deverão ter uma vertente educativa; *é nas actividades de assistência, onde se estabelece um contacto pessoal e de confiança entre o profissional de saúde e o paciente para tratar de um problema concreto, onde são maiores as possibilidades de intervenção positiva e eficaz nesta área*»(1994, Zurro y Pérez:36).

Pode-se também acrescentar um outro aspecto relevante da educação para a saúde segundo Poulizac(1984), citado por Navarro(1995:80):« a educação para a saúde não é a vulgarização do conhecimento médico, nem um subproduto da publicidade, mas um impulso à participação efectiva da autogestão da saúde no contexto das realidades quotidianas e face aos desafios do nosso tempo».

Assistência Curativa , Reabilitação e Reinserção social

As funções e actividades de assistência curativa e de reabilitação e reinserção social formam um conjunto básico do qual derivam muitas vezes as demais acções do centro de saúde. Exigem programação e a existência de protocolos, implicando uma colaboração constante entre os diferentes componentes da equipa de cuidados de saúde primários, além do pessoal de apoio. Contudo, deverá estar previsto espaço e disponibilidade para as consultas não programadas. Estas actividades podem desenvolver-se tanto no Centro de Saúde como no domicílio *«deve-se insistir na necessidade de que seja assumida pelos mesmos profissionais que desempenham as outras actividades de assistência, pois só desta forma será possível manter a desejável continuidade dos cuidados, característica essencial dos Cuidados de Saúde Primários»* (1994, Zurro y Pérez:36).

A continuidade deve ter em atenção também o tempo e o espaço; assim, deve haver por um lado, um horário mais extensivo e por outro, a garantia do seguimento pelos diferentes profissionais na própria instituição e em outros níveis assistenciais.

A programação das actividades assistenciais deve responder às solicitações da comunidade *« a resposta não deve ser passiva, mas pelo contrário, deve-se tentar uma busca activa dos problemas de saúde sobre uma perspectiva multidisciplinar que integre aspectos biológicos com os psicológicos e sociais»*(1994- Zurro y Perez:96).

A maior parte dos actos assistenciais realizados por profissionais de saúde em centros de saúde, realiza-se no contexto de uma consulta e envolve uma ou mais relações interpessoais. Conforme Dicipédia 2000, da Porto Editora, o termo consulta quer dizer: exame, conselho, proposta, parecer ou opinião.

A relação assistencial numa consulta é profissional, assimétrica, técnica e de ajuda. A assimetria ocorre pelo conhecimento que o profissional detém e que acaba por ter repercussões sobre o aspecto emocional do utente.

O quadro abaixo mostra de forma esquemática os diferentes modelos relacionais, conforme transacções de autonomia ou de dependência:

TRANSACÇÕES	COM DISTÂNCIA		SEM DISTÂNCIA	
	Com empatia	Sem empatia	Sem empatia	Com empatia
De autonomia	Orientado ao cliente	Perfil técnico	Coloquial	Entre amigos
De dependência	Sacerdotal	Autoritário	Desrespeitoso	Paternal

Adaptado de Zurro y Perez(1994:61)

Outro aspecto muito importante em qualquer relação assistencial é a relação de ajuda, que visa a obtenção de um ou mais, dos seguinte objectivos:

- ultrapassar uma dificuldade;
- resolver uma situação actual ou potencialmente problemática;
- encontrar um funcionamento pessoal mais satisfatório;
- detectar o sentido da existência.

O desenvolvimento da capacidade de escuta, que é mais e diferente do que a capacidade de ouvir, é condição básica para a relação de ajuda.

Conforme Lazure (1994:93 e 181), para realizar-se uma relação de ajuda os enfermeiros devem desenvolver certas capacidades:

- **Capacidade de clarificar e de ajudar na clarificação:** proporcionar constantemente ao cliente momentos para exprimir directa e completamente a sua vivência.
- **Capacidade de respeito por si próprio e pelo cliente:** mostrar-se profundamente centrado na vivência e no potencial únicos do cliente, e demonstrar que se acredita nesse potencial.
- **Capacidade de ser congruente consigo próprio e com o cliente:** não apresentar contradições e implicar-se a si próprio totalmente. Comunicar positivamente no que diz respeito à relação com o cliente.
- **Capacidade de ser empático consigo próprio e com o cliente:** manifestar a sua compreensão da vivência subjacente às palavras do cliente e reagir de forma precisa à intensidade de todos os sentimentos dele.
- **Capacidade de confrontação:** comunicar ao cliente o maior respeito, realçar todos os seus comportamentos incongruentes e incitá-lo a passar à acção numa perspectiva de aumento da auto-estima e de realização do seu potencial.

Será importante então, clarificar o conceito da presença do enfermeiro no processo de interacção, que não deve ser apenas de presença física, mas entendido como *estar com*. Segundo Osterman et al, citados por Basto (2000:16), podem existir quatro formas de estar em interacção:

- Presença : estar presente fisicamente, sem se envolver nem envolver o outro
- Presença parcial: presença técnica, em que o outro como pessoa é separado da técnica
- Presença plena: estar no contexto um do outro. Estar presente física e psicologicamente, o que pode ser evidenciado pela escuta atenta e resposta; é a

encarnação plena da empatia e do cuidar, e a implicação de si numa interacção face a face: estar aberto ao utente para os seus problemas, questões ou necessidades

- Presença transcendente: é de âmbito mais amplo, abstracto e subtil.

Como qualquer relação interpessoal, as relações assistenciais influenciam de certa forma todos os intervenientes. De acordo com Zurro y Perez(1994: 63) os componentes de uma função de prática clínica amadurecida devem incluir:

- Capacidade de contenção emocional
- Aumento da auto-estima do utente
- Visão integradora dos diferentes problemas que afectam o utente
- Capacidade de situar o problema actual face à história do utente
- Aproximação do utente às suas próprias emoções
- Ajuda ao utente para aceitar-se e enfrentar sua situação actual de maneira positiva

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

Até 1971, os serviços de saúde em Portugal, eram constituídos pelas delegações e sub-delegações de saúde, pelos dispensários de Higiene Social(dependentes da Direcção Geral de Saúde), pelo Instituto Maternal, pelo Instituto de Assistência Psiquiátrica, Instituto Nacional de Assistência aos Tuberculosos, Instituto de Assistência aos Leprosos e o Instituto Nacional do Sangue e ainda por alguns serviços como Serviço de Higiene Rural e Defesa Antisezonática, serviços médicos das Casas do Povo, postos paroquiais de assistência e etc. A prestação de cuidados era da responsabilidade dos postos das Caixas de Previdência e o internamento era assegurado pelos hospitais, que também dispunham de consultas externas. De forma paralela existiam vários serviços de saúde dependentes de diversos ministérios e das autarquias como sejam a dos médicos municipais, a Saúde Escolar do Ministério da Educação, etc.

O decreto-lei n.º 413 de 27 de Setembro de 1971 veio, de certa forma, sistematizar esta multiplicação de serviços, embora na prática a integração de cada um fosse um caso particular. A nível central mantêm-se as três Direcções Gerais: de Saúde , dos Hospitais e da Assistência Social. O Instituto de Higiene transforma-se em Instituto Nacional de Saúde – INSA - com maior responsabilidade em termos de investigação, controlo de medicamentos e divulgação técnica e científica. Criam-se três níveis de intervenção periférica: distrital, concelhio e regional, com comissões coordenadoras, estando a autoridade sanitária distribuída por concelhos.

A reforma de 1971 estabeleceu pela primeira vez, um regime legal de carreiras profissionais para os diversos grupos de funcionários que trabalhavam no serviço de saúde. O referido decreto criou também os centros de saúde, definindo-os como “unidades funcionais de saúde”, isto é, unidades prestadoras de cuidados de saúde primários.

As políticas internacionais de saúde e a Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, que ocorreu em Alma Ata no ano de 1978, reflectiram-se na política de saúde de vários países. Em 1980, Portugal associa-se formalmente às resoluções da Organização Mundial de Saúde, na elaboração de uma política comum europeia subordinada ao grande objectivo – Saúde para todos no ano 2000 –

Em Fevereiro de 1983, com o despacho normativo n.º 97/83, foi regulamentada a organização e o funcionamento dos centros de saúde.

A Conferência Internacional de Otawa, no Canadá, em 1986, e as recomendações de Adelaide, na Austrália, em 1988, vêm reforçar políticas de saúde com base nos Cuidados de Saúde Primários. Em 1990 é publicado o decreto-lei 48/90 – nova lei de bases da saúde – que vai reafirmar os aspectos importantes da filosofia dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Em 1993, é publicado o decreto-lei n.º 10/93 que aprovou a lei orgânica do Ministério da Saúde e o decreto-lei n.º 11/93 que regulamentou o estatuto do Serviço Nacional de Saúde, de forma a adequar-se à nova lei de bases. No mesmo ano, são criadas, pelo decreto-lei n.º 335/93, as regiões de saúde.

Actualmente, com o decreto-lei n.º 156/99 que estabelece o SLS – Sistema Local de Saúde - e o decreto-lei n.º 157/99 que estabelece a criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, ambos de 10 de Maio, os SLS são apresentados como «um conjunto de recursos articulados segundo critérios geográfico-populacionais que se pretende serem facilitadores de participação social e que, em articulação com a rede de referência hospitalar, concorram para o efectivo desenvolvimento e fortalecimento do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde português »

A definição que o decreto-lei 156/99 faz do SLS é a seguinte: « conjunto de centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção directa ou indirecta no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde, correspondente a uma população máxima de 500 000 habitantes, aos quais cabe assegurar a promoção da saúde, a continuidade da prestação de cuidados e a racionalização da utilização dos recursos existentes na respectiva área geográfica.»

No referido documento, o conceito de unidade funcional de saúde evoluiu no sentido de «serem criados mecanismos de convergência de recursos, de participação activa e co-responsabilização de outros serviços públicos e instituições públicas e privadas, que numa determinada área geográfica desenvolvam actividades na área da saúde, ou com ela estreitamente conexas, nomeadamente as autarquias locais e instituições do sector social». Ficou também prevista a extinção das actuais unidades de saúde, à medida em que os hospitais e centros de saúde passam a estar abrangidos por um SLS.

Para a criação do SLS são listados requisitos básicos, a saber:

- programa de ganhos em saúde;
- programa de cuidados continuados;
- sistema de coordenação integrada dos recursos;
- ligação a uma comissão de acompanhamento externo da agência de contratualização dos serviços de saúde da respectiva administração regional de saúde;
- um programa de convencionamento;
- um projecto de sistema de informação;
- um projecto de inovação hospitalar e do funcionamento dos centros de saúde;
- um sistema de aprovisionamento comum;
- um projecto de garantia de qualidade;
- uma carta de equipamentos.

O decreto-lei 157/99 atribui personalidade jurídica aos Centros de Saúde, o que deverá permitir um nível de autonomia equivalente ao dos hospitais. O âmbito de intervenção é de dupla natureza:

1. Comunitário e de base populacional
2. Personalizado

A participação comunitária é concretizada a nível de administração através do Conselho Consultivo, ao qual compete acompanhar as actividades do centro de saúde, apresentar propostas, críticas e sugestões, divulgar as acções desenvolvidas e dar parecer obrigatório sobre o plano e relatório de actividades, proposta de orçamento programa, plano de investimentos, renovação ou exoneração dos membros do Conselho de Administração.

O pessoal de enfermagem tem a sua representação prevista no conselho de administração e na direcção técnica.

A estrutura organizacional é dotada de unidades funcionais, e poderá ser constituída por um ou mais centros de saúde e composta basicamente por:

1. 4 a 10 unidades de saúde familiar
2. uma unidade operativa de saúde pública
3. uma unidade de cuidados continuados

Cada unidade de saúde familiar é a unidade elementar de prestação de cuidados de forma personalizada, atendendo uma população que deve situar-se preferencialmente entre 4000 e 18000 utentes, mantendo-se a lei que dispõe sobre o ratio do número de utentes por médico de família. A unidade de saúde familiar é composta por uma equipa integrada por médicos, enfermeiros e profissionais administrativos.

A unidade de cuidados continuados tem como objectivo a prestação de cuidados de enfermagem e de apoio psicossocial de base geográfica e domiciliária, para acompanhamento de famílias em situação de risco, especialmente ao grupo materno-infantil, pessoas com dependências ou portadoras de doenças que exijam acompanhamento mais próximo e regular. O director da unidade de cuidados continuados é um enfermeiro com pelo menos seis anos de carreira.

A unidade operativa de saúde pública tem por finalidade organizar e assegurar actividades no âmbito da protecção e promoção da saúde da comunidade, com relevância para o meio ambiente, escolas e locais de trabalho, além do planeamento e vigilância epidemiológica. É composta por médicos de saúde pública, enfermeiros (preferencialmente especialistas em enfermagem comunitária) e técnicos de higiene e saúde ambiental, profissionais administrativos e outros profissionais que sejam necessários conforme a realidade local.

A estratégia de organização do pessoal de enfermagem para atender esta nova estrutura, deverá ser um dos primeiros desafios para os enfermeiros, porque além da participação na direcção técnica e conselho de administração, integrarão as equipas das unidades de saúde familiar, de cuidados continuados e a unidade operativa de saúde pública.

Conforme Graça Carapinheiro e Noémia Mendes Lopes, em seu trabalho “Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses”(1997), no conjunto de 267 Centros de Saúde existentes na altura no país, trabalhavam 4251 enfermeiros, sendo:

a) quanto ao sexo:

- 87% do sexo feminino
- 13% do sexo masculino

b) quanto à idade

- 57 % com idade superior a 41 anos, sendo 30 % superior a 51 anos
- 43% com idade inferior a 41 anos, sendo 21% com idade inferior a 30 anos

Apesar do trabalho acima citado possuir 4 anos, a realidade actual não se terá modificado muito; percebe-se que os enfermeiros que trabalham em Centros de Saúde são maioritariamente do sexo feminino, e os que estão a ingressar nos Cuidados de Saúde Primários são em menor número do que aqueles que deverão ir para a reforma nos próximos anos.

Se os números não são os ideais, a base de formação dos enfermeiros portugueses, assim como a experiência e o trabalho que têm vindo a ser desenvolvido, fazem querer avançar, no sentido de alcançar melhores níveis de saúde para a população atendida.

Sai do âmbito deste trabalho analisar o conteúdo dos decretos-leis anteriormente citados, contudo, espera-se que eles não venham polarizar, ainda mais, o protagonismo da área hospitalar, fazendo dos Centros de Saúde um mero apêndice, preterindo a Promoção da Saúde e a Prevenção da Doença; se consiga uma maior acessibilidade ao sistema nacional de saúde, assim como uma efectiva continuidade técnica e social em que haja garantia de qualidade, aferida pela própria comunidade a que se destina.

Enfermagem de Saúde Pública e Enfermagem na Comunidade

Em Portugal, até ao início dos anos 70, não havia uma política uniforme de formação de enfermeiros: existiam várias escolas de enfermagem e de auxiliares de enfermagem, sendo o seu ensino voltado para a patologia, o tratamento do doente no hospital e as técnicas de enfermagem. O Instituto Maternal, sob a responsabilidade da Direcção Geral de Saúde, promovia cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica quer para enfermeiros quer para auxiliares de enfermagem.

O ensino dos cursos de Enfermagem de Saúde Pública: o curso de Aperfeiçoamento de Enfermagem de Saúde Pública (CAESP), como também os cursos de base de saúde pública com a duração de 2 anos, ficavam também a cargo da Direcção Geral de Saúde.

« Inicialmente estes cursos eram especializações, só tendo a eles acesso os enfermeiros ou auxiliares de enfermagem, contudo, foi estabelecida uma medida de excepção em que quando não houvesse candidatos suficientes com as habilitações exigidas, se poderiam inscrever pessoas sem formação de base em enfermagem.» (1996- Vidal:138). O enfermeiro de Saúde Pública era assim uma realidade socio-profissional, com espaços de actuação diversos. É um período de reforço da autonomia e afirmação da enfermagem, *embora a sua área de actuação se limitasse aos cuidados materno-infantis.*

A filosofia de definição das carreiras profissionais « que orientou a reforma orgânica do Ministério da Saúde e Assistência subdivide a enfermagem em três carreiras: Ensino de Enfermagem, Enfermagem de Saúde Pública e Enfermagem Hospitalar » (1993 – Bandeira Correia: 23).

A OMS, já nos anos 50, preconizava a enfermagem de saúde pública: « A enfermagem de saúde pública tem as suas características particulares. As enfermeiras que se dedicam a essa especialidade têm de possuir, *além dos conhecimentos de enfermagem geral*, outros sobre saúde pública e certos aspectos da assistência social; as suas funções integram-se num programa sanitário geral de *promoção da saúde, melhoria das condições do meio social e material, prevenção das doenças e incapacidades físicas e reabilitação*; as suas *funções principais são de assessoramento sanitário às famílias em geral e assistência aos doentes hospitalizados e seus familiares; são da sua responsabilidade, portanto os problemas sanitários que afectam determinados grupos ou o conjunto da comunidade*»,

Após a revolução de 1974, com a reforma do ensino, o Instituto Nacional de Saúde assume as competências da Direcção Geral de Saúde e da Direcção Geral dos Hospitais. Dentro do referido instituto, é criado o Departamento de Ensino de Enfermagem, que passará a coordenar todo o ensino de enfermagem. Posteriormente, o Departamento de Ensino de Enfermagem transita para o Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

Apesar do ambiente de agitação e de alguma perturbação, não só a nível das instituições como da própria sociedade portuguesa, devido ao processo de democratização, o ensino de enfermagem em Portugal, começa a delinear notáveis mudanças: são extintos todos os cursos de especialização, criam-se cursos de promoção para os auxiliares de enfermagem que passam a ser enfermeiros. Surge assim, um curso único de base: o curso de enfermagem.

De acordo com o Decreto-Lei 589/74, que transfere para a Secretaria de Estado da Saúde os serviços médico-sociais das instituições de previdência de inscrição obrigatória, a partir de 1 de Janeiro de 1975, passam a trabalhar nos mesmos serviços enfermeiros com percursos e motivações profissionais diferentes. Se a nível de formação, as mudanças eram esperadas e foram fruto de conquistas, nos Centros de Saúde, o processo de integração, ainda nos anos 80, estaria por completar: « ... a integração de serviços mostra-se difícil e conflituosa. Inspira-se quase sempre em posições individuais que são impostas sem acompanhamento de informação adequada. A enfermagem reflecte, e com intensidade, esta situação. Cruzam-se experiências profissionais várias, fundamentadas em métodos de organização de trabalho diferentes» (1993-Bandeira Correia:27).

No ano lectivo de 1977/78, iniciaram-se vários cursos de especialização, a saber: enfermagem de saúde pública, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, enfermagem de saúde materna e obstétrica, enfermagem de saúde infantil e pediátrica, enfermagem médico-cirúrgica e enfermagem de reabilitação. O curso de pedagogia aplicada ao ensino de enfermagem assim como o curso de administração de serviços de enfermagem, substituíram o curso de enfermagem complementar e exigiam uma especialização prévia. Faltava definir as funções do enfermeiro, o que aconteceu em 12 de Novembro de 1981, com o decreto lei n.º 305/81, e que também cria a categoria de enfermeiro especialista. Contudo, as escolas de enfermagem já se vinham preparando para atender as recomendações da OMS e do Conselho da Europa, e em 1988, com o Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro, o ensino de enfermagem em Portugal passa a integrar o ensino superior politécnico, com o curso de bacharel de enfermagem. No referido decreto-lei também foi previsto no seu artigo 4.º, a criação de cursos de estudos superiores especializados, os quais passam a conferir grau de licenciado e cuja regulamentação seria concretizada com a portaria n.º 239/94 de 16 de Abril.

Os cursos de estudos superiores especializados (CESEs) criados passam a ser em número de sete, a saber:

- a) enfermagem na comunidade
- b) enfermagem em saúde materna e obstétrica
- c) enfermagem de saúde infantil e pediátrica
- d) enfermagem de saúde mental e psiquiátrica
- e) enfermagem médico-cirúrgica
- f) enfermagem de reabilitação
- g) administração de serviços de enfermagem

A criação de outros CESEs para atender às necessidades nacionais e regionais, é uma possibilidade referenciada na mesma portaria.

A mudança do nome de Enfermeiro Especialista em Saúde Pública para Enfermeiro Especialista em Enfermagem na Comunidade, não foi uma simples mudança de nome, mas poderá ser uma alteração que reflectiu o que se espera da prática da enfermagem dentro do contexto do Modelo Comunitário.

A Ordem dos Enfermeiros Portugueses, por outro lado designou, como enfermeiros especialistas em **Enfermagem Comunitária**, os enfermeiros que possuem a especialidade em **Enfermagem em Saúde Pública**, **Enfermagem na Comunidade** ou a de **Enfermagem à Pessoa Adulta e Idosa em Situação de Doença Crónica**, esta última conforme o conteúdo programático de cada curso.

Com a passagem do curso de bacharel de enfermagem para o curso de licenciatura de enfermagem, a partir de 1999, com o decreto lei número 353/99 de 3 de Setembro e regulamentado pelo portaria n.º 799-D/99, de 18 de Setembro do Ministério da Educação; os Cursos de Estudos Superiores Especializados foram interrompidos e é aprovado o Regulamento Geral de Curso de Complemento de Formação em Enfermagem (portaria 799-E/99 de 18 de Setembro) para os enfermeiros que possuem o bacharelato ou equivalente legal. A formação pós-básica, com o objectivo de conferir grau académico de enfermeiro especialista está a ser estudada, principalmente pelas Escolas Superiores de Enfermagem e pela Ordem dos Enfermeiros, face à realidade actual e aos novos desafios. Para nós enfermeiros, a formação universitária só ganha sentido, quando não aumente o afastamento entre quem utiliza e quem presta cuidado.

A ENFERMAGEM E OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A disciplina Enfermagem tem-se caracterizado por relacionar quatro conceitos básicos: cuidado, pessoa, saúde e ambiente « desde 1859, estes quatro conceitos estão presentes nos escritos de Nightingale(1969). É precisamente, graças à maneira particular com que as enfermeiras abordam a relação entre o cuidado, a pessoa, a saúde e o ambiente que se clarifica o campo da disciplina de enfermagem.»(1995- Kérouac:2). A referida autora define disciplina como: « área de investigação e de prática marcada por uma perspectiva única ou por uma maneira diferente de abordar os fenómenos.»(ibidem).

Meleis(1991) une, aos conceitos básicos de enfermagem, outros conceitos como: transição, interacção, processo de cuidados de enfermagem e terapêutica em cuidados de enfermagem, «em uma situação de saúde /doença a enfermeira interage com um ser humano, parte integrante de seu contexto sociocultural, que se encontra em uma transição ou que antecipa uma transição. As interacções enfermeira-cliente estão organizadas em torno de um objectivo (gestão clínica, resolução de problemas, avaliação holística) e a enfermeira utiliza alguma acção (terapêutica em cuidados de enfermagem) para melhorar, facilitar e fomentar a saúde.» (1996- Meleis citada por Kérouac:62)

Para Leininger(1991) a enfermagem é: « uma profissão e uma disciplina científica aprendida e humanista focada no fenómeno e nas actividades do cuidado humano para assistir, apoiar, facilitar ou capacitar indivíduos ou grupos a manterem ou readquirirem seu bem-estar (ou saúde) em formas culturalmente significativas e benéficas ou para ajudar a pessoa a enfrentar a deficiência ou a morte».(2000- citado por George:300).

No quadro a seguir, estão listadas algumas diferenças entre os três paradigmas que tem influenciado as concepções da disciplina de enfermagem nos Estados Unidos, segundo Kérouac(1996):

Paradigmas	Categorização (1850 – 1950)	Integração (1950 – 1975)	Transformação (1975 - ...)
<u>Características</u>	- os fenómenos são divisíveis em categorias, classes ou grupos definidos, considerados como elementos isolados ou manifestações simplificadas; são consequência de condições anteriores e os elementos e manifestações conservam relações lineares e causais. - necessidade de controlar e melhorar a salubridade e controlar doenças infecciosas em meio clínico e comunitário; mais tarde centra-se na doença e liga-se estreitamente à prática médica.	- prolongamento do paradigma da categorização; reconhece os elementos e as manifestações de um fenómeno e faz a integração no contexto específico ; - inspirou a orientação da enfermagem para a pessoa e assim, planifica e avalia as suas acções em função das necessidades não satisfeitas - disciplina de enfermagem diferente da disciplina médica: origem dos modelos conceptuais de enfermagem.	- o fenómeno é único; uns fenómenos têm algumas similaridades, mas nenhum é igual; é uma unidade global em interacção recíproca e simultânea com uma unidade global maior – o mundo que o envolve . - a expansão dos meios de comunicação e a qualidade de seu conteúdo facilitam a partilha de conhecimentos a um ritmo cada vez mais acelerado .
<u>Pessoa</u>	- é a soma das partes e cada parte é reconhecível e independente.	- é a soma das partes, interrelacionadas; daí advém a expressão “a pessoa é um ser bio-psico-socio-cultural-espiritual”.	- um ser único cujas múltiplas dimensões formam uma unidade, que é indissolúvel do seu meio ambiente.
<u>Saúde</u>	- é sinónimo de ausência de doença; é percebida como positiva e a doença como negativa.	- a saúde e a doença são duas entidades distintas que coexistem e estão em interacção dinâmica - a saúde é um ideal a alcançar e influenciada pelo contexto em que a pessoa vive.	- não é um bem que se possua, estável ou ausência de doença - é uma experiência dinâmica que engloba a unidade <u>ser humano-ambiente,</u> incluindo família e grupos sociais.

Em resumo, as primeiras concepções de enfermagem, centravam-se na satisfação das necessidades básicas e considera-se mais a pessoa e a saúde. Posteriormente, enfatiza-se o cuidado, descrevendo-o como um processo interrelacional para satisfazer as necessidades em relação à saúde, colocando-se assim em evidência o conceito saúde. Ultimamente, o conceito cuidado está unido ao conceito saúde, mas voltado para uma pessoa que está em constante transformação e em interação contínua com o ambiente

A orientação da enfermagem no sentido da abertura para o mundo, evidente nas características do paradigma da transformação, acontece de forma semelhante nos diferentes seguimentos: a nível económico, científico, social, cultural e político. O acelerado desenvolvimento das diferentes formas de comunicação, dá lugar a uma grande diversidade de experiências. Neste contexto ocorreu a Conferência de Alma-Ata que reconhece as relações entre a saúde dos povos e o progresso sócio-económico.

Cuidados de Enfermagem

A razão de ser de toda a profissão reside naquilo que ela tem para oferecer à sociedade: o contributo dos enfermeiros são os cuidados de enfermagem. Cuidados estes, que têm acompanhado a evolução do homem e das sociedades.

Segundo Boff, a palavra cuidado deriva do latim cura « se escrevia *coera* e era usada num contexto de relações de amor e amizade [...] outros derivam cuidado de cogitare-cogitatus e o sentido é o mesmo de cura, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação..»(2000 - Boff: 91)

No seu livro «*Ser e Tempo*» o filósofo alemão Martin Heidegger, dedica o sexto capítulo ao cuidado: « *Do ponto de vista existencial, o cuidado se acha a priori, antes de toda a atitude e situação do ser humano, o que sempre significa dizer, que ele se acha em toda a atitude e situação de facto*»(Heidegger, citado por Boff-2000:34). Assim, o ter cuidado ou cuidar é condição essencial do homem, cuidamos de nós próprios ou somos levados a cuidar de uma pessoa que não o possa fazer.

Para Collière, cuidar é « manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação»(1989, Collière:29).

Para Leininger(1991), o cuidado cultural congruente (enfermagem) é definido como « actos ou decisões assistenciais, de suporte, facilitadoras ou capacitadoras, cognitivamente baseadas, que são elaboradas para se ajustarem aos valores culturais, crenças e modos de vida de um indivíduo, grupo ou instituição, visando proporcionar ou apoiar o atendimento de saúde significativo, benéfico e satisfatório, ou serviços de bem-estar». (2000 – citado por George:300)

Os termos diversidade e universalidade, ainda segundo a citação anterior, estão associados ao cuidar, porque se por um lado, existem alguns aspectos que estão sempre inseridos no cuidar, (o cuidado é universal), por outro, cada fenómeno de cuidar é único (deve estar inserido numa perspectiva espacial, temporal e interpessoal única).

De acordo com a mesma autora, os pressupostos relacionados com o cuidado e o cuidar, incluem o facto de serem essenciais para a sobrevivência do ser humano, assim como para o seu crescimento, saúde, bem-estar, cura e capacidade de lidar com as deficiências e a morte. As expressões, os padrões e os modos de vida têm significados diferentes em contextos culturais diferentes. O fenómeno do cuidar pode ser identificado pelo exame da visão do mundo, da estrutura social e da linguagem do grupo cultural. Leininger(1991) aponta assim, três modos possíveis de decisão e acções de enfermagem, com vista a prestação de cuidados culturalmente congruentes:

1. preservação/manutenção dos cuidados culturais: reter ou preservar valores relevantes ao cuidado,
2. adaptação/negociação aos cuidados culturais: ajudam a adaptar-se ou a negociar um resultado de saúde benéfico ou satisfatório,
3. remodelação/reestruturação dos cuidados culturais.

Apesar dos conhecimentos psicológicos, sociais e culturais, a preocupação com o aspecto físico é ainda prevalente: a tecnologia de precisão de que a medicina dispõe, facilita a abordagem analítica e separa o doente da doença; reforça a importância da doença e esquece, por vezes, o seu portador.

Na prática, ainda se encontram enfermeiros que, apesar de acreditarem e conhecerem o modelo holístico, se baseiam no modelo biomédico. « O modelo de tratar, em que predomina uma orientação mais instrumental, resultou, em grande parte, de exigências de conhecimentos decorrentes do desenvolvimento da técnica médica, relacionada sobretudo, com procedimentos de diagnóstico e terapêutica(1979-Maanen, citado por Ribeiro-1995:24).

Da mesma maneira, alguns estudos evidenciam a busca de enfermeiros recém-formados para trabalhar em unidades de cuidados intensivos e serviços de urgência que usam tecnologias sofisticadas e apontam, entre outras, as seguintes razões:« o fascínio da electromedicina, a complexidade de actuação exigida, a diferenciação de cuidados e a obtenção de resultados imediatos.»(1988 – Saiote, citado por Ribeiro- 1995:25).

Mas em diferentes pesquisas sobre o grau de satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem, a autora acima referida enfatiza a maior importância dada pelos mesmos, à forma de linguagem e os ensinamentos feitos pelo enfermeiro do que a área técnica desenvolvida.

Sem dúvida, que os recursos tecnológicos para combater a doença têm permitido um diagnóstico cada vez mais rápido e seguro e um retardamento da morte e controlo da dor, quando a cura não é possível. Estes factos concretos reforçam o modelo biomédico.

Por outro lado, o fenómeno da Sida e o prolongamento da vida em caso de pessoas portadoras de doenças crónicas, o aumento do número de idosos, as mudanças na dinâmica e estrutura das famílias, constituem um desafio para os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros dos cuidados de saúde primários.

Lisete Fradique Ribeiro, mostra-nos, no quadro a seguir, as diferenças essenciais entre Cuidar e Tratar:

Cuidar (Modelo de Enfermagem)	Tratar (Modelo biomédico)
Considera o utente como um todo (visão holística)	Considera essencialmente o órgão afectado
Actua de forma personalizada.	Actua de forma estandardizada de acordo com o diagnóstico médico.
Atende ao conforto em todas as situações de necessidade consideradas pelo utente.	Actua com base nos seus juízos, rotinas e normas da organização.
Aplica tempo em ouvir e falar com o utente.	É eficiente no cumprimento das tarefas que privilegia em detrimento da comunicação.
Empenha-se (envolve-se) na resolução dos problemas do utente.	Distancia-se e procura resolver os problemas de forma racional.
Fornecer apoio emocional/actividades de suporte.	Dá ênfase à terapêutica que poderá ajudar o utente .
Valoriza sobretudo o bem-estar e o conforto.	Valoriza sobretudo o diagnóstico e o tratamento.
Atende aos aspectos subjectivos da situação, valorizando os sentimentos do utente sobre a doença e o efeito do tratamento na pessoa.	Lida com os aspectos objectivos da situação, não valorizando a subjectividade e os sentimentos do utente sobre a experiência da doença e os efeitos dos tratamentos.
Realiza as actividades com o utente sempre que este tem possibilidade.	Realiza as actividades pelo utente, não estimulando a sua participação.
Centra-se na saúde.	Centra-se na doença.

(quadro adaptado de Cuidar e Tratar , de Lisete Fradique Ribeiro –1995:39)

Os cuidados de enfermagem situam-se, muitas vezes, entre o cuidar e o tratar: o tratar teria bases “técnico-científicas” e o cuidar seria uma questão de consciência. « Exigindo o desenvolvimento de numerosas capacidades de percepção, de compreensão, de esclarecimento da informação, bem como de engenho, de invenção, de criatividade, o cuidar é, na maioria das vezes, vivido como uma actividade subdesenvolvida, inferiorizada, portadora dos estigmas do papel moral, de uma acção doméstica ultrapassada, ou sofrendo da ignorância em que se deixaram instalar os cuidados que eram ditos “não técnicos”, considerando-se a técnica o único domínio a exigir conhecimentos e um saber científico que se considerava só reservado ao tratamento» (1999- Collière: 292).

Torna-se então, necessário, identificar os cuidados de enfermagem, reconhecer a sua natureza, os elementos que participam na sua elaboração, os conhecimentos e instrumentos que utilizam, assim como as crenças e valores em que se fundamentam.

Segundo Collière, para definir a natureza dos cuidados de enfermagem « temos que os situar no único contexto que lhes dá todo o seu sentido... o contexto do processo de VIDA e de MORTE com que o Homem, se confronta diariamente, durante o desenrolar de toda a sua existência»(1999:235).

Para a referida autora, a natureza dos cuidados de enfermagem, pode ser dividida em:

- **cuidados de manutenção**

- **cuidados de reparação**

Dentro dos *cuidados de manutenção* estão todos os cuidados que dão sustento à vida, não só a nível físico, como alimentação, hidratação, temperatura, etc., mas também a nível afectivo, psicossocial, todos interferem entre si «Os cuidados de manutenção fundamentam-se em toda a espécie de hábitos de vida, de costumes, de crenças. À medida que se constitui a vida de um grupo, nasce todo um ritual, toda uma cultura que programa e determina o que se considera bom ou mau para manter a vida»(1999 – Collière : 237).

Os cuidados de reparação, por outro lado, visam permitir a possibilidade de vida quando esta enfrenta obstáculos devido à doença, fome, guerra ou acidente.

Na nossa sociedade, ou melhor, na nossa cultura ocidental, compreende-se (mesmo que não se concorde) o relevo que os cuidados de enfermagem, a nível de reparação, tiveram e ainda têm. Os enfermeiros, como pessoas integrantes de um grupo sociocultural, não poderiam ter feito uma trajectória muito diferente. « Ao seguir o modelo biomédico, os cuidados de enfermagem relegaram para segundo plano *tudo o que tem sentido de assegurar a continuidade da vida dos homens e a sua razão de existir*. Ao abandonar todo o vasto domínio dos cuidados de manutenção da vida ou ao relegá-lo como secundário, menor e sem qualquer importância criou-se um imenso abismo a nível dos cuidados de enfermagem. então já não podemos falar, com propriedade, de cuidados, mas apenas de tratamentos.»(1999- Collière:241).

Então, para prestar-se cuidados de enfermagem torna-se cada vez mais necessário, « compreender os processos, os problemas e as situações das pessoas de todas as idades, em todas as situações da vida em um mundo em constante evolução»(1995, Gortner, Polit e Hungler, citados por Kérouac, 17)

Enfermagem Comunitária

Embora exista a especialidade de enfermagem comunitária, quando se fala em enfermagem comunitária refere-se a todos os enfermeiros que exercem a sua actividade profissional directamente na comunidade, especialistas ou não.

A enfermagem comunitária incorpora a enfermagem de saúde pública e vai mais além, isto é, actualiza-se. A saúde, a promoção da saúde e a comunidade, fazem parte de um todo que não se deve separar.

A prática da enfermagem comunitária, dentro do contexto dos Cuidados de Saúde Primários, é muito diversificada. A seguir estão descritas de forma resumida as funções elaboradas por Calderón [et al] no “*Guia de enfermería en atención primaria de salud*” (1987: 25) :

1) Função Assistencial: proporcionar cuidados de enfermagem directos ao indivíduo, família e comunidade, em acções de promoção da saúde, prevenção, cuidado e recuperação, reabilitação e educação para a saúde; proporcionar cuidados de enfermagem a nível ambulatorial, de urgência ou domiciliária; proporcionar cuidados de enfermagem ao utente em situação de doença crónica e a idosos; promover auto-cuidado; fomentar a saúde mental nas diferentes fases do ciclo vital; promover a adopção de estilos de vida saudáveis a nível individual e colectivo através da educação para a saúde e participar em acções contra factores de risco, como prevenção de acidentes, higiene da alimentação, uso de drogas, tabaco e álcool, gestão de factores stressantes; orientar famílias e grupos de maneira a torná-los capazes de identificar as suas necessidades específicas de saúde, a forma de as satisfazer e de utilizar correctamente os serviços; trabalhar em parceria com os líderes da comunidade, com o objectivo de mobilizar recursos para alcançar ganhos em saúde; realizar cuidados de enfermagem ao grupo materno-infantil, em planeamento familiar, saúde escolar, saúde no trabalho; participar no controlo e vigilância de doenças transmissíveis; realizar imunizações.

- 2) **Função de administração:** que inclui tarefas próprias de gestão de pessoal e equipamentos, como também a gestão da prestação de cuidados; formular planos, programas e projectos em equipa de enfermagem e multidisciplinar e com a comunidade; participar em avaliações e auto-avaliação periódica.

- 3) **Função de Investigação:** em questões relacionadas com a prática de enfermagem e para estudos sobre as necessidades e problemas de saúde da comunidade.

- 4) **Função de Formação e docência:** colaborar em programas de formação continuada aos membros da equipa de cuidados de saúde primários ou em outros níveis que requeiram colaboração; participar nos programas básicos e pós básicos do ensino de enfermagem e de outras profissões.

De acordo com recentes publicações da OMS(1999), os modelos de actuação em enfermagem comunitária variam de país para país, e por vezes, dentro do próprio país.

Na Finlândia e Eslovénia, o papel do enfermeiro comunitário é integral, isto é, inclui não só medidas de promoção da saúde e prevenção da doença, mas também os cuidados técnicos no domicílio.

No Reino Unido, Hungria, Dinamarca, Noruega, Holanda, as funções de promoção da saúde e prevenção da doença são realizadas por um enfermeiro, nomeadamente o enfermeiro de saúde pública/visitador sanitário, os demais atendimentos são realizados por outro enfermeiro, que não este. Se no princípio, eram as famílias com crianças e mais recentemente os mais idosos, o principal objecto de cuidados, actualmente os cuidados de enfermagem ao domicílio têm vindo a aumentar, sendo necessário cuidados clínicos a qualquer idade, devido ao menor tempo de hospitalização e ao tratamento de doenças crónicas como sejam a hipertensão, a diabetes, a asma e o cancro. Alternativamente, enfermeiros especialistas em cuidados às pessoas portadoras de determinadas patologias, podem ser empregados somente para esta finalidade, em adição ao enfermeiro generalista.

É o caso de pessoas com determinadas doenças mentais, cuidados à crianças, pessoas em fase terminal, por exemplo, com câncer ou sida e para aqueles que necessitarem de cuidados paliativos em suas casas.

Em alguns países da CEE, a tendência é para um trabalho conjunto de enfermeiros e médicos de família. Os exemplos não são lineares, estão dependentes da organização e do nível de ensino da profissão de enfermagem; estes exemplos incluem países onde a prática dos enfermeiros vai desde secretário ou assistente médico até um trabalho em equipa multidisciplinar, onde cada profissional desenvolve as suas funções e seus papéis.

Um conceito relativamente novo na Europa, sendo já encontrado com características semelhantes nos Estados Unidos e no Canadá, é o do enfermeiro profissional, desenvolvido por exemplo, na Islândia e Reino Unido. Nestes países, este tipo de enfermeiro, geralmente trabalham em cuidados de saúde primários, utilizando técnicas avançadas e formas de decisão; operacionaliza acessos directos a serviços para a população com determinados problemas; podem empreender um exame físico e fazer um diagnóstico inicial, bem como referenciar para profissional ou instituição adequada: embora complementar, o seu papel é diferente do médico. Deve ter um papel de conselheiro em assuntos de saúde, pode tratar pequenas doenças, assim como acompanhar pessoas com doenças crónicas. Em alguns países, como na Suécia e no Reino Unido, pode prescrever limitada lista de medicamentos.

Ainda segundo a OMS(1999), a remuneração dos enfermeiros que trabalham em cuidados de saúde primários, também varia em toda a Europa. Aonde existe um Sistema Nacional de Saúde, estes enfermeiros são directa ou indirectamente contratados pelo estado; onde houver um sistema misto (estatal e privado), cada enfermeiro pode ser contratado por um conjunto de agências, como é o caso da Suíça, Holanda e Bélgica.

Em países como a Croácia, Finlândia, Alemanha, Hungria e Polónia, enfermeiros da comunidade têm estabelecido as suas próprias agências e convénios com o governo ou autoridade local de saúde, para prestar serviços de enfermagem comunitária. Este serviço é para uma população definida, organizado para um serviço básico. O ponto de referência

para o serviço é usualmente o médico de família/clínico geral e o respectivo reembolso é também por esta via. O enfermeiro da comunidade pode ter o seu próprio ficheiro, isto é, definir o número de famílias ou indivíduos de uma área geográfica onde eles vivam ou definir um número de indivíduos que necessite de cuidados domiciliários.

Alternativamente, o ficheiro do enfermeiro de saúde pública/visitador domiciliário, enfermeiro domiciliário ou enfermeiro especialista pode ser baseado no registo de um ou vários médicos de família. Cada serviço tem principalmente atendimento técnico de enfermagem e cuidados à doença em domicílio, antes de incluir o papel de prevenção e de promoção da saúde, como é preconizado pelo documento Saúde 21 (aprovado em Setembro de 1998, pelo Comité Regional da OMS para a Europa).

O documento « Saúde 21 » não foi só uma mera declaração de intenções, mas baseia-se numa série de valores éticos:

- **a saúde como um direito humano fundamental,**

- **a equidade e as acções de solidariedade em termos de saúde, seja entre países ou dentro de países ou de grupos populacionais,**

- **a participação por e para os indivíduos, grupos e comunidades, assim como instituições, organizações e sectores implicados no desenvolvimento da saúde,**

O século actual depara-se com os antigos e novos problemas para os sistemas de saúde: migrações, marginalidade, pobreza, precariedade dos empregos, envelhecimento da população, conflitos e guerras, instabilidade socio-económica, falta de recursos económicos para manter as necessárias e complexas instituições de saúde, etc.

Face a esta realidade, a OMS tem enfatizado o desenvolvimento e consolidação dos Cuidados de Saúde Primários, e com base nas experiências e evidências já conhecidas, reforça o papel essencial dos enfermeiros de cuidados de saúde primários, para se fazer promoção da saúde, sem esquecer o tratamento e a reabilitação.

Para se dar respostas, será necessário considerar:

- **a importância da consolidação das estruturas de cuidados de saúde primários;**
- **a autonomia dos enfermeiros em cuidados de saúde primários;**
- **a necessidade de atender às necessidades da família e de promover estratégias de atenção domiciliária;**
- **a necessidade de trabalho em equipa entre os diferentes profissionais de cuidados de saúde primários;**
- **a importância da coordenação entre os diferentes níveis de assistência, serviços sociais e redes informais de cuidados.**

O documento sobre “Saúde 21” determinou 21 metas que devem ser articuladas com as políticas regionais e serviu também de ponto de partida para a “Segunda Conferência Ministerial da OMS-Região Europa, relativa aos Cuidados de Enfermagem e de Enfermagem Obstétrica”, realizada em 17 de Junho de 2000 e mais conhecida entre nós como a Declaração de Munique. Este documento faz-nos pensar sobre o caminho profissional dos enfermeiros e alargar os nossos horizontes:

1º) Centrar os cuidados de enfermagem nas famílias e indivíduos, no ambiente em que estão inseridos e ao longo de todo o ciclo vital.

2º) Incluir as determinantes da saúde, que além da inquestionável importância dos estilos de vida, deve considerar o meio ambiente, a biologia humana e as possibilidades dos cuidados de saúde, dinamizados dentro de um espaço temporal e cultural, e não dimensionar o problema actual somente ao aspecto clínico.

- 3º) Assegurar que o cuidar de enfermagem seja acessível a todos.
- 4ª) Re-orientar o foco da prática da doença para a saúde.
- 5º) Comprometer a prática profissional com a eficiência e a eficácia.
- 6º) Desenvolver indicadores para medir o alcance dos cuidados de enfermagem.

A Declaração de Munique estabeleceu para cada meta do programa «Saúde 21», os princípios orientadores, medidas de equidade e os indicadores de sucesso de enfermagem. Cada país membro elaborará os seus programas, com base nos seus padrões sócio-económicos e culturais. Contudo, foram estabelecidos princípios gerais e bases de monitorização do programa «Saúde 21» e que são:

- « a importância da enfermagem formal e informal, como uma força combinada;
- a necessidade da enfermagem planear a sua intervenção para os grupos populacionais mais necessitados;
- a importância de descrever e demonstrar a eficiência e a eficácia da enfermagem;
- a obrigação dos enfermeiros se envolverem na liderança, na defesa, na ajuda e no ensino dos indivíduos, famílias e comunidades, no sentido de influenciarem uma melhoria na saúde;
- a importância de criar e manter equipas inter-disciplinares, que trabalhem na promoção da saúde e que prestem cuidados de saúde preventivos e curativos;

- o dever dos enfermeiros se envolverem e influenciarem a elaboração de políticas, legislação e regulamentação relacionada com os sistemas de saúde e educação, por forma a procurar a melhoria da saúde em geral;
- a necessidade de delinear e descrever uma contribuição especial da enfermagem como assessores, coordenadores de cuidados, gestores, bem como na prestação de cuidados directos;
- a absoluta necessidade de desenvolver o *enfermeiro de saúde de família*, como uma força de promoção da saúde, em toda a região europeia.» (2000, Declaração de Munique)

Desta maneira, muitas questões se colocam para a enfermagem comunitária, cabendo ao enfermeiro de família um lugar de destaque.

Enfermagem de Família

Actualmente, parece indiscutível o importante papel que a família desempenha para a saúde e bem-estar de todos os seus membros, apesar das múltiplas alterações económicas, sociais, culturais e políticas que se vêm a repercutir nas estruturas e dinâmicas familiares. As rápidas e profundas mudanças no sistema de valores, associadas à multiplicação das fontes de informação e comunicação, têm vindo a tornar mais complexa, não só a vida social em geral, mas também a das próprias famílias « A vida sexual é hoje autónoma em relação à procriação, como é cada vez mais frequente a sexualidade sem substrato amoroso. A reprodução ocorre em muitos casos separada do casamento, a criação e educação dos filhos tem lugar em famílias monoparentais ou reconstituídas, e só muito raramente em famílias alargadas. No entanto, e sendo certo que o modelo tradicional de família desapareceu, persistem ainda valores – ampla e igualmente partilhados – a família, o casamento e o indivíduo.» (1995, Lucas:12). A família, outrora única prestadora de cuidados informais, hoje deixou de o ser, devido a alterações na sua estrutura e funções, bem como no papel desempenhado pelos seus membros.

Desde a década de oitenta, os cuidados de saúde primários em Portugal incluíram uma filosofia orientada para a promoção da saúde familiar, criando a ficha familiar. Contudo, realizar promoção da saúde familiar não é só preencher esta ficha ou prestar cuidados de saúde individuais às crianças, grávidas ou idosos de uma família. « A regra de ouro do pensamento sistémico, o princípio da não-somatividade (totalidade) ao anunciar que o todo é diferente e mais que a soma das partes, ... permite afirmar que a família é uma unidade que representa um conjunto de elementos nas relações entre si e entre os seus atributos/comportamentos pelo que cuidar na saúde ou na doença dos elementos da família que, enquanto nova unidade de análise e intervenção, coloca problemas e desafios novos e diferentes.»(1999- Subtil:22)

O enfermeiro de família deverá possuir um quadro de crenças e valores sobre a família, que para autor citado, será composto por:

- os indivíduos e as famílias são únicos e irrepetíveis;
- a diversidade das famílias ocorre a nível da sua composição, estrutura e do seu funcionamento;
- as decisões familiares sobre a sua saúde são influenciadas por factores psicológicos, sociais, culturais, espirituais, pela concepção de vida e pelos projectos da família e dos seus membros;
- as decisões da família sobre a saúde e sobre outros aspectos que se possam relacionar com a saúde são tomadas independentemente dos profissionais de saúde;
- quando as próprias famílias definem os objectivos a alcançar, o sucesso é maior;
- as famílias adoptam comportamentos saudáveis se estes forem relevantes e pertinentes para o contexto do seu ciclo de vida e social;
- a saúde familiar é um conceito dinâmico e multidimensional, o que hoje é correcto, pode não ser amanhã;
- no ciclo de vida das famílias, podem surgir momentos difíceis (por exemplo: mudanças do crescimento, doenças, etc.); estes constituem fases de risco ou mesmo de rotura ;

- considerar, como refere a OMS, «que a unidade familiar é o contexto primário, em que tem lugar (ou não), a actividade de promoção da saúde, onde se desenvolvem as crenças e os comportamentos relacionados com a saúde, que grande parte dos agentes de stress(na escala de readaptação social de Holmes & Rahe), estão relacionados com acontecimentos da vida familiar em que a família também é, a primeira e principal fonte de suporte emocional»;
- a saúde familiar se faz com respeito por princípios éticos que não podem ser subestimados. A bioética não está só orientada para os grandes dilemas: aborto, eutanásia, manipulação genética e outras questões, mas cada vez mais se volta também para as *questões do quotidiano, do que qualifica a relação dos profissionais com as pessoas e as famílias*, em estado de saúde ou doença.

Por tudo isto, a relação enfermeiro - indivíduo é substituída pela relação enfermeiro – indivíduo/família, em que as suas acções e orientações, mesmo quando tomadas com a participação activa do indivíduo, podem ter diferentes reflexos noutros elementos da família.

O enfermeiro de família é entendido como um profissional de cuidados de saúde primários, membro de uma equipa multidisciplinar, que enfatiza a atenção à família em seu conjunto, coordenando os recursos formais e informais da comunidade e dando uma atenção mais próxima ao utente. O objectivo da enfermagem familiar seria proporcionar a « assistência necessária para poderem alcançar um óptimo nível de saúde» (1992 – Bomar :7).

Face ao exposto, a enfermagem de família constitui um grande desafio para todos nós, nomeadamente para os enfermeiros dos cuidados de saúde primários « O enfermeiro de família é a síntese da enfermagem na medida em que reúne e incorpora as teorias, conceitos e intervenções de todas as áreas de especialidade da Enfermagem ao mesmo tempo que se ergue sobre novas áreas tais como a das **ciências da família e da promoção da saúde.**» (1999- Subtil:22)

Enfermeiro Especialista

O que parece fácil de definir, torna-se difícil se olharmos para a prática da enfermagem, pois, identificamos melhor um enfermeiro especialista se lhe atribuirmos *funções de gestão*.

White(1977), citado por Castledine(1994 :7) ao reflectir sobre a enfermagem, menciona: « acreditar que um enfermeiro generalista deve ou pode saber tudo, faria da enfermagem uma profissão amplamente baseada em conhecimentos, mas com uma triste falta de profundidade».

Contudo, esta profundidade não deverá estar relacionada somente com aspectos de coordenação e controlo, como se toda a dinâmica do cuidar de enfermagem já fosse um estudo concluído, que não necessitasse de mais aperfeiçoamento e questionamentos. Por outro lado, deveremos estar atentos às experiências de outras profissões, pois a existência de especializações e sub-especializações podem propiciar o distanciamento do especialista da visão holística, que a enfermagem tem preconizado como paradigma da sua prática.

Ser enfermeiro especialista em qualquer área, pressupõe, antes de tudo: ser enfermeiro.

O Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, que dispõe sobre a carreira de enfermagem, no parágrafo 3.º do artigo 7.º, enumera o conteúdo funcional do enfermeiro especialista, ao qual « compete executar o conteúdo funcional de enfermeiro e de enfermeiro graduado e...»: seguem-se 10 alíneas, dedicadas de forma geral, aos « cuidados de enfermagem que requeiram um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades...» passando pelo estabelecimento de prioridades de intervenção, definição de indicadores, participação em equipas multidisciplinares, emissão de pareceres, responsabilização pela formação em colaboração com o enfermeiro-chefe até à realização de trabalhos de investigação.

A sobreposição de funções que o enfermeiro especialista acumula, é partilhada por Callaghan, (1990:25), quando diz que o enfermeiro especialista «... tem mais conhecimentos que lhe advém de um treino mais avançado e maior experiência ... tem mais discernimento e é mais rigoroso a identificar a natureza dos problemas dos doente e a seleccionar intervenções apropriadas ... pensa-se ainda que o especialista tem maior grau de capacidade para tomadas de decisão e uma maior capacidade de análise...».

Ao transportar-se estas afirmações para a nossa prática de enfermagem, por vezes, esta realidade não transparece: « ...o enfermeiro especialista é alguém que constrói o seu saber específico em uma determinada área, com base no “saber” académico, não tendo muitas vezes treino mais avançado e maior experiência, como referem, já que muitas vezes se tiram especialidades fora das áreas da experiência profissional anterior».
(1995– Boavista :26).

Kerrane(1975), citado por Callaghan(1990:24) faz um resumo das responsabilidades do enfermeiro especialista da seguinte forma:

- **Assistência directa aos doentes:** avalia, planeia e executa os aspectos da assistência ao doente/utente e sua família que exigem conhecimentos, técnicas e capacidades de especialista.
- **Assistência indirecta aos doentes:** orienta e planeia com os enfermeiros os cuidados que estes prestam aos indivíduos e suas famílias.
- **Ensino :** fornece ensino directo aos doentes/utentes e famílias, assim como ajuda os enfermeiros a desenvolverem as suas capacidades de ensino; sendo formal e informalmente o formador de serviço.
- **Colaboração:** trabalha juntamente com a equipa na prestação de cuidados e promove a interacção e cooperação entre os que estão envolvidos na assistência .
- **Consulta:** actua como um profissional a quem se pode recorrer para consulta , para todo o pessoal directa e indirectamente envolvido nos cuidados de enfermagem.

- **Agente de mudança:** actua como catalisador para despoletar actividades de desenvolvimento de métodos de melhoramentos dos cuidados de enfermagem.
- **Investigador:** implementa novas descobertas a nível dos cuidados de enfermagem e desenvolve investigação sistemática das práticas de enfermagem.

O quadro abaixo mostra-nos aspectos relevantes do papel de um enfermeiro especialista, obtido por diferentes investigações:

Características dos enfermeiros especialistas

Agentes de mudança, executores, formadores e investigadores que melhoram activamente a qualidade do cuidado dos doentes numa área específica de especialização, em conjunto com os enfermeiros generalistas e outros membros da equipa multidisciplinar(Miller, 1995; Ryan, 1996; Bousfield,1997; Castledine,1997)
Graduados com experiência prática comprovada que são capazes de gerir uma determinada área do exercício (Moriarty et al,1993), estando na vanguarda da especialização. (É importante salientar que trabalhar sozinho numa determinada área de especialização não é igual a ser especialista)(Castledine, 1997).
São capazes de preencher as competências nucleares determinadas pelo seu serviço, na ausência de linhas de orientação a nível nacional.
Coordenadores de equipa; a chave para o seu sucesso reside no seu grau de especialização.
São capazes de incentivar a mobilidade educacional do próprio e de outros (McSharry, 1995).
Estabelecem padrões de forma a manter a credibilidade profissional.
Têm papel consultor e perito através do ensino, gestão e aplicação de investigação de enfermagem relevante (Wilson-Barnett, 1995)
Possuem uma variada gama de capacidades, incluindo capacidades de comunicação e liderança, tendo ainda uma boa compreensão do processo de enfermagem.
Têm uma perspectiva de enfermagem que complementa a perspectiva médica (Herbage Busch, 1995)
Controlam activamente o seu desenvolvimento profissional
São capazes de trabalhar autonomamente, de iniciar mudanças, reconhecer as suas capacidades e limitações(Rieu, 1994; Autar, 1996) e legalmente assumir a responsabilidade enquanto actuam dentro da sua esfera de competências.

quadro adaptado de Zoe Marshall e Nikki Luffinghan – revista Nursing, abril de 1999:20

A Professora doutora Arminda Costa, em conferência pronunciada no 50º aniversário da Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde, em Outubro de 1999, ressalta a responsabilidade dos enfermeiros especialistas para o futuro da enfermagem

« uma referência especial aos enfermeiros especialistas, nos quais *se concentram parte dos desafios que se vivem e que nos aguardam*. ... É nossa convicção profunda que a melhor utilização dos enfermeiros especialistas passa pela *combinação de funções puramente clínicas, com funções de formação e de gestão*, sobretudo atendendo às necessidades de eficácia.»

Ao enfermeiro especialista de uma forma geral, caberá realizar a mesma prática dentro da sua área de especialidade, contudo, a responsabilidade face ao cliente, às equipas, à instituição, à comunidade e à prática profissional, será sempre acrescida e independente de qualquer cargo formal que possa ocupar.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, deverá incentivar e defender a prática profissional centrada no indivíduo/família e comunidade, em que privilegie a promoção da saúde e prevenção da doença em cada contacto, mas sempre adequada à realidade única de cada “encontro”.

METODOLOGIA

O exercício profissional dos enfermeiros em centros de saúde, em Portugal, dentro da prática dos Cuidados de Saúde Primários, tem sofrido constantes alterações, causadas pelas reformas do Sistema Nacional de Saúde, como também pela legislação referente à profissão de enfermagem. Os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária têm acompanhado estas alterações sendo talvez uma das especialidades que mais se tem ressentido com estas mudanças; ao se alterarem as prioridades e as estratégias de actuação, ficam comprometidas as formas de organização de serviço, nomeadamente as de enfermagem .

Há mais de vinte anos, em Alma-Ata, a OMS enfatizou o incremento dos Cuidados Saúde Primários como estratégia para se alcançar a Saúde para todos no ano 2000 e a Conferência de Viena, em 1988, reconheceu os enfermeiros como um recurso de primeira linha, tanto na Promoção da Saúde como na Prevenção da doença, assim como cuidar daqueles que estão incapazes de cuidar de si próprios. Mas a prática de cuidados de enfermagem tem deparado com entraves que vão desde a autonomia até a escassa investigação que questione e avalie as diferentes vertentes dos cuidados de enfermagem prestados ao indivíduo, família e comunidade, a nível dos centros de saúde.

Torna-se evidente reconhecer que as mudanças inerentes ao próprio evoluir da humanidade, continuarão a acontecer e a ter reflexos em todos os sistemas, nomeadamente no sistema de saúde, e será nos Cuidados de Saúde Primários, onde primeiramente se irá reflectir, pois é neste nível de cuidados que toda a população passa, não só em situações pontuais e emergenciais, mas também nas diferentes fases de desenvolvimento individual e grupal.

Necessário se torna que os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, como primeiros responsáveis por *todos os cuidados de enfermagem* prestados ao indivíduo/família/comunidade, nomeadamente a nível de Centros de Saúde, se preparem para as constantes incertezas emergentes da nossa sociedade contemporânea.

Técnica Delphi

Neste estudo de carácter exploratório será utilizada a *técnica Delphi* que foi definida como « uma técnica de processo grupal que tem por finalidade obter, comparar e direccionar o julgamento de peritos para um consenso sobre um tópico particular: promove a convergência de opiniões, embora nem sempre, em última instância, seja completa» (1984, Spínola, citado por Silva e Tanaka, 1999).

A Técnica Delphi é também denominada de Método Delphi. Jon Landeta, no seu livro «*El Método Delphi, una técnica de previsión para la incertidumbre*», utiliza os dois termos como sinónimos, a começar pelo próprio título da obra citada, embora para outros autores assim não seja.

Pode-se considerar como método as regras seguidas na investigação e como técnica , os instrumentos utilizados para a sua operacionalização. SEVERINO(1991), citado por FARO (1997), considera « método os procedimentos mais amplos de raciocínio e técnica os procedimentos mais restritos que operacionalizam os métodos mediante emprego de instrumentos adequados.»

A técnica Delphi possui flexibilidade, a qual permite considerável diversidade na sua aplicação, situa-se entre as técnicas de trabalho de grupo e constitui uma forma de obtenção de dados qualitativos.

A denominação «Delphi», proposta pelo filósofo Abraham Kaplan, refere-se a « Delfos, cidade da antiga Grécia, onde se erigiu um templo a Apolo, deus grego, filho de Zeus, reconhecido por sua beleza e juventude e por sua habilidade para predizer o futuro, que emitia ali seus oráculos pela boca de uma sacerdotisa. Delfos era assim considerada o centro oracular mais célebre da antiga Grécia »(1999 – Landeta: 34)

As características básicas que definem esta técnica e a diferencia de outras técnicas grupais, segundo Goodman (1987), são:

- a) manutenção do anonimato dos participantes : implica que os membros do grupo participante, conheçam as respostas dos outros, sem identificar o autor. Recomenda-se, inclusive, que os participantes não sejam informados da identificação dos outros elementos participantes. Assim, o controlo da comunicação está sempre nas mãos do investigador, e não há interacção entre os especialistas participantes.
- b) interacção com feedback controlado: os especialistas que fazem parte da investigação pela técnica Delphi devem emitir a sua opinião mais de uma vez. Desta forma, no início de cada nova fase de recolha de opiniões, são dados a conhecer os resultados alcançados na etapa anterior, e assim há a possibilidade de reflectir e reconsiderar a sua posição, devido ao restante do contexto. Ainda segundo Landeta(1999:157), « é desejável que se produza também um feedback qualitativo, que implique uma autêntica transmissão de informação e uma possibilidade de troca real de opinião.»
- c) respostas com informação estatística: nos casos em que ao grupo é solicitada uma estimacão numérica, a resposta do grupo é caracterizada pela mediana « a razão de se utilizar a mediana é porque o seu valor, ordenadas todas as estimacões em ordem crescente, a metade destas é menor que este valor e a outra metade maior. Evita-se o peso excessivo que na resposta final do grupo, os valores extremos poderiam ter, caso se utilizasse, por exemplo, a média como medida de tendência central, desvirtuando-se a opinião majoritária do grupo».(1999 – Landeta:44).
Conforme o mesmo autor, existem duas vantagens importantes para a resposta estatística, que seriam: « primeiro a garantia de que as opiniões de todos sobre o tema poderão estar presentes e segundo, porque reduz a pressão para a obrigatoriedade do consenso, visto que, a própria existência de opiniões discordantes, poderá ser em si mesma uma informacão útil para a investigacão. »
- d) conhecimento que o especialista traz para o grupo, que é condiçao essencial para o trabalho, exigindo que o perito tenha um real conhecimento do tema em discussao.

Se nos primeiros trabalhos de investigação que utilizaram esta técnica, o objectivo era obter o consenso de opinião mais fidedigna de um grupo de especialistas, actualmente, com as inúmeras formulas de utilização, « acredita-se que a palavra “consenso” incorpora um sentido demasiadamente restritivo, razão pela qual acreditamos que deva ser revisto de uma forma *mais aberta*, como *a obtenção de uma opinião grupal fidedigna a partir de um conjunto de peritos*» (1999, Landeta:39)

No quadro abaixo é apresentado, de forma resumida, a evolução da técnica Delphi:

- 1) Etapa de génesis e secretismo
 - 1948 predição alcançada por «Delphi» em resultados de corridas de cavalos.
 - 1949 superioridade do juízo grupal sobre o individual(Kaplan).
 - 1951 primeira experiência «Delphi» com fins militares(Dalkey e Helmer)
 - 1959 publicação de «On the epistemology of inexact sciences» , que justificava o uso científico do parecer de expertos (Helmer e Rescher)

- 2) Etapa de novidade
 - 1963 publicação da primeira experiência com a técnica Delphi (Dalkey e Helmer).
 - 1963 primeira experiência Delphi com fins não militares (Helmer e Quade)
 - 1964 primeira utilização da técnica Delphi em grande escala (Gordon e Helmer)

- 3) Etapa de popularidade
 - Até 1970 : 134 artigos e documentos publicados
 - De 1970 a 1974 : 355 publicações

- 4) Etapa de crítica e re-exame
 - 1974 primeira crítica séria e frontal à técnica Delphi: « Delphi assesment: expert opinion, forecasting and group process » (Sackman).
 - Diferentes críticas e réplicas (Coates, 1975; Goldschmidt, 1975; Linstone, 1975; Armstrong, 1978; Murray, 1979)

- 5) Etapa de continuidade
 - Desde os anos oitenta, aplicação contínua da técnica Delphi a campos e problemas concretos e refinamento em diferentes aspectos metodológicos.

Adaptado de «*El Método Delphi*» de Jon Landeta (1999:38)

Para a aplicação desta técnica, torna-se essencial clarificar o conceito de perito.

Segundo Jury Pill, (1999 - citado por Landeta:57): « um perito deveria ser definido como alguém que possua um relevante corpo de conhecimentos» Para Sam Scheele,(1999- citado também por Landeta:57), ao considerar-se a função que desempenham dentro de um trabalho de pesquisa, os peritos podem ser distinguidos por:

- a) *Os especialistas*: os que pertencem a este grupo possuem conhecimentos, experiências, capacidade de predição e objectividade. Coincide com o conceito clássico de perito.
- b) *Os envolvidos*: não se distinguem por ter conhecimentos superiores ao comum na área que é o objecto de estudo, mas por estarem implicados de alguma forma com a questão.
- c) *Os facilitadores*: indivíduos com capacidade para clarificar, sintetizar, estimular, organizar, etc. mas que não se englobam nas categorias anteriores.

Os critérios para selecção de peritos podem então advir :

- do nível de conhecimentos,
- da capacidade de predizer,
- do grau de afectação pelas consequências do objecto de estudo,
- da capacidade facilitadora,
- do grau de motivação.

Outros: custo, proximidade, considerações organizacionais.

As razões de optar por esta técnica foram:

- a possibilidade de utilização de procedimentos interactivos aplicados a um grupo de especialistas de forma não presencial, com o objectivo de obter uma opinião o mais fidedigna possível.
- A possibilidade de livre expressão de todos os participantes.
- A dificuldade para reunir todos os especialistas em determinados períodos de tempo num dado local.
- O facto da técnica constituir uma « modalidade eficiente de obtenção de dados qualitativos» (1984, SPINOLA, citado por FARO, 1997), e poder permitir a obtenção e análise de dados quantitativos

Todos os enfermeiros especialistas possuíam a especialidade de Saúde Pública ou de Enfermagem na Comunidade, não havia nenhum enfermeiro com a especialidade de Enfermagem à Pessoa Adulta e Idosa em Situação de Doença Crónica, no espaço físico e no período de tempo em que decorreu a recolha de dados.

Para atender critérios de grau de afectação pelas consequências do estudo e do nível de conhecimento teórico-prático, neste trabalho foi considerado perito em enfermagem comunitária, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária estando a trabalhar a mais de três anos em Centros de Saúde, pois de acordo com o “Modelo de Aquisição de Perícia” de Dreyfus « O nível III - de competente – começa a ser atingido por volta dos três anos de exercício profissional. Neste nível existe já alguma experiência profissional acumulada, o que permite à enfermeira começar a ver a suas acções em função dos objectivos de longo alcance ou de planos. Estes planos estabelecem uma perspectiva e assentam na avaliação consciente, abstracta e analítica dos problemas» (1999, Lopes:67).

Tipo de Estudo

A literatura escassa sobre a área de estudo em questão, orientou este trabalho para um estudo exploratório, com utilização predominante do método qualitativo de abordagem fenomenológica. Segundo Bogdan(1994:16), « a expressão investigação qualitativa é um termo genérico que agrupa diversas estratégias de investigação que partilham determinadas características. Os dados são designados qualitativos, o que significa ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas, e de complexo tratamento estatístico.» A fenomenologia, criada pelo filósofo alemão E. Husserl, surge como uma tentativa de superar o positivismo reducionista, que considerava a ciência um mero saber de factos e reduz a realidade à ordem dos fenómenos físicos e psíquicos. « As questões mais próprias da existência racional da humanidade são subestimadas pelas ciências positivas, pois tais questões não podem ser submetidas às condições de verificação requeridas pela ciência. As ciências positivas reduzem a factos tudo o que diz respeito ao sujeito, sem deixar qualquer âmbito ou aspecto do sujeito que não seja redutível a simples dados » (1995, CORDÓN:85).

As entrevistas semi-estruturadas utilizadas na primeira fase foram submetidas à análise de conteúdo, pois conforme Vala (1986:104)« a análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de informação, como técnica pode integrar-se em qualquer dos grandes tipos de procedimentos lógicos de investigação ».

A utilização da técnica Delphi possibilitou também algum tratamento estatístico na 2ª e 3ª fases do trabalho. A opção em não utilizar somente um método, residiu na convicção que ambos são possibilidades para se obter rigor científico, e segundo Polit(1995: 276) « Um dos argumentos que apoiam a combinação de dados qualitativos e quantitativos em um único projecto é o de que eles são complementares, representando palavras e números, as duas linguagens fundamentais da comunicação humana».

População e Amostra

A amostra foi constituída por dez enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária, com pelo menos três anos de serviço em Centros de Saúde, escolhidos de forma aleatória de acordo com relação nominal de todos os enfermeiros especialistas, cedida gentilmente pelo enfermeiro supervisor da sub-região. Foi mantido o anonimato dos enfermeiros e dos locais de trabalho, sendo apenas do conhecimento do investigador.

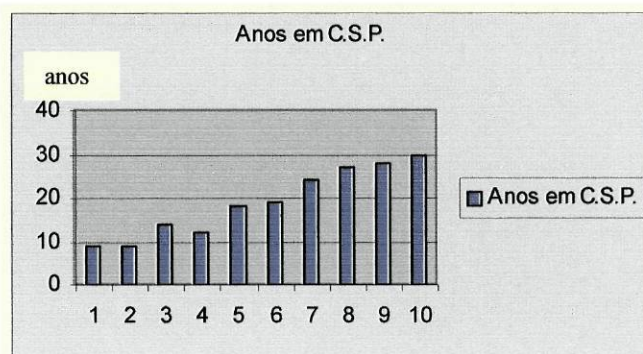
As dez enfermeiras participantes estão distribuídas por oito centros de saúde diferentes, e pertencem à mesma sub-região de saúde. A pronta aceitação de participação das enfermeiras, no presente trabalho, assim como o esforço empreendido pelas mesmas para colaborar nas três fases da investigação, foi muito importante para a concretização desta pesquisa.

Conforme a tabela e gráfico a seguir, a média do tempo de serviço em cuidados de saúde primários na amostra estabelecida, ficou acima do estabelecido: nove anos de exercício profissional em centro de saúde foi o valor mínimo encontrado.

Tabela sobre anos de serviço em Centro de Saúde e de especialidade

Enfermeiros	Anos de serviço	Anos em C.Saúde.	Anos com especialidade
3E	9	9	1
8E	14	9	3
9E	14	14	6
4E	18	12	6
6C	19	18	10
2C	19	19	12
7E	25	24	6
10C	27	27	10
1C	29	28	13
5C	30	30	8
Média	20,4	19	7,5
Mediana	19	18,5	7
Desvpad	7,1	7,9	3,8

Gráfico sobre anos de serviço em Cuidados de Saúde Primários



Recolha de Dados

Foi utilizada a técnica Delphi em três fases, com o objectivo de conhecer a relevância de aspectos da promoção da saúde e da prevenção da doença prestados ao utente portador de ferida, no centro de saúde, e as perspectivas do enfermeiro especialista em enfermagem na comunidade face ao Modelo Comunitário.

Após a autorização de recolha de dados fornecida pela instituição, foram contactados telefonicamente os dez elementos da amostra, explicada a finalidade e objectivo do estudo, além do método a ser utilizado. Todos aceitaram participar nas três fases.

1ª fase

A entrevista semi-estruturada com utilização de gravação foi o recurso utilizado na primeira fase. Para Bogdan(1994:135)« ...mesmo quando se utiliza um guião, as entrevistas qualitativas oferecem ao entrevistador uma amplitude de temas considerável, que lhe permite levantar uma série de tópicos». O objectivo era registar a opinião de todos os especialistas sobre as questões de investigação, mas de forma a permitir que cada um desenvolvesse o tema de acordo com as suas expectativas e experiências «as *entrevistas com um foco* devem estimular o discurso e ser utilizadas quando o pesquisador possui algumas perguntas bem abrangentes e que são importantes para a pesquisa, pois garantem a cobertura das áreas de indagação.»(1995, Polit:167).

Três foram as questões que orientaram todas as entrevistas nesta fase:

- 1.^a) Perspectivas da Enfermagem na Comunidade;
 - * no aspecto geral (se quisessem)
 - *especificamente em cuidados de enfermagem ao utente portador de ferida no Centro de Saúde

- 2.^a) Especificidade do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, em relação ao segundo item da 1^a pergunta.

- 3.^a) Aspectos da promoção da saúde e da prevenção da doença, que consideravam relevantes para os cuidados de enfermagem ao utente portador de ferida no Centro de Saúde.

Cada entrevista durou, em média, quarenta minutos. Se no início, o facto de utilizar um gravador causou certa inibição, no fim, todas as participantes foram unânimes em dizer que esqueceram o gravador e as opiniões foram colocadas com muita naturalidade e rectificadas sempre que consideraram necessário.

No final de cada entrevista, foi anotado por escrito, o ano de conclusão do curso de enfermagem geral, o tempo de serviço em centro de saúde e o ano de conclusão da especialidade da participante.

Análise da 1ª fase

Com a conclusão das dez entrevistas individuais, as mesmas foram na íntegra transcritas, sendo-lhe atribuído uma identificação numérica.

Todo o material transcrito foi submetido a uma primeira análise, onde foram extraídos os aspectos relacionados com o objectivo do estudo.

Nesta primeira análise de conteúdo, os códigos seleccionados foram organizados em nove áreas temáticas emergentes da interpretação dos dados obtidos. As nove áreas temáticas foram:

- 1) O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária: que continha critérios sobre actividades específicas e expectativas.
- 2) Enfermagem comunitária: com critérios sobre as actividades da equipa de enfermagem no centro de saúde, trabalho em equipa e expectativas.
- 3) Enfermeiro de família: com conceito, atribuições e expectativas.
- 4) Obstáculos ao exercício profissional dos enfermeiros: com critérios de insatisfação profissional provenientes da organização e dinâmica dos serviços.
- 5) Planeamento e gestão: com critérios que mostravam a importância destas funções para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.
- 6) Utente: com aspectos da relação enfermeiro/utente e expectativas face ao utente que recorre aos centros de saúde.
- 7) Cuidados Continuados: com critérios que evidenciavam experiências e expectativas na relação Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Diferenciados.

- 8) Metodologia científica/Processo de enfermagem: com critérios que mostravam a necessidade e a precariedade dos registos de enfermagem nos centros de saúde.

- 9) Promoção da Saúde e Prevenção da Doença: com critérios que evidenciam a relevância destes aspectos nos cuidados de enfermagem.

2ª fase

Tendo como base a análise de conteúdo dos dados recolhidos nas entrevistas da 1ª fase, foi elaborado um inquérito e este foi remetido, via correio, a cada especialista participante.

O inquérito foi constituído por duas partes:

- **Na primeira parte** foram empregues trechos das entrevistas (1º feed back), organizados nas nove áreas temáticas citadas na 1ª fase, e solicitava-se a cada experto que atribuisse os seguintes números:

- (1) se identificava a situação/fenómeno como REAL
- (2) se identificava a situação/fenómeno como IDEAL
- (3) se não identificava a situação/fenómeno na prática profissional
- (1) e (2) se a situação/fenómeno fosse REAL e IDEAL

- **Na 2ª parte** do inquérito, tendo ainda como base as entrevista e com a utilização de uma escala de Likert, foi solicitado às especialistas que fizessem a valorização de diferentes aspectos da Promoção da Saúde e Prevenção da Doença a serem desenvolvidos aos utentes portadores de ferida, durante os cuidados de enfermagem, executados no centro de saúde. Foi também incluído, nesta parte o item Relação Interpessoal, devido a importância dada a este aspecto, durante as entrevistas.

Nesta parte, foi também solicitado que escrevessem a identificação que possuía, no seu local de trabalho, o espaço físico reservado para os cuidados de enfermagem aos utentes portadores de feridas.

Foi facultado às participantes a oportunidade de emitirem qualquer opinião escrita sobre os assuntos em referência ou que considerassem pertinentes.

Somente foram devolvidos nove dos dez inquéritos.

Análise da 2ª fase

1ª Parte do Inquérito

De forma a ir ao encontro dos objectivos propostos, a análise da 1ª parte dos questionários devolvidos proporcionou a reorganização dos dados nas seguintes áreas temáticas e respectivos critérios:

1. Enfermagem na Comunidade

- 1.1 **Actividades:** com códigos que descrevem as acções desenvolvidas pelos enfermeiros no Centro de Saúde.
- 1.2 **Perspectivas da situação:** com códigos que evidenciam as opiniões dos enfermeiros sobre a prática em cuidados de saúde primários.
- 1.3 **Perspectivas do processo:** com códigos que se referem às diferentes mudanças nas instituições de saúde e na profissão de enfermagem.

2. Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

- 2.1 **Actividades e especificidade:** com códigos que evidenciam as actividades e a especificidade dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária nos Centros de Saúde.
- 2.2 **Perspectiva da situação:** com códigos que mostram as opiniões dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária sobre a prática que desenvolvem nos centros de saúde.
- 2.3 **Perspectiva de processo:** com códigos que se referem às diferentes mudanças nas instituições de saúde e na especialidade de enfermagem comunitária.

3. Obstáculos ao exercício

- 3.1 **Ratio enfermeiro/utente:** com códigos que dizem respeito à relação entre o número de enfermeiros e o exercício profissional.
- 3.2 **Área física e equipamento:** com códigos que se referem à relação do ambiente físico e equipamento e a prática dos enfermeiros nos centros de saúde.
- 3.3 **Perspectiva da situação:** com códigos que indicam aspectos da instituição que se relacionam com o exercício profissional.
- 3.4 **Perspectiva do processo:** com aspectos que relacionam as mudanças na profissão e nos serviços com a prática profissional.

4. Metodologia Científica/Processo de Enfermagem

- 4.1 **Actividades:** com códigos que interligam as actividades de enfermagem com a metodologia científica de enfermagem nos centros de saúde.
- 4.1 **Perspectiva da situação:** com códigos que relacionam os cuidados prestados nos centros de saúde face à metodologia científica de enfermagem.

Após a recolha dos dados, os resultados encontrados foram ordenados em ordem decrescente, dentro de cada sub-tema e de acordo com o valor atribuído.

2ª Parte do Inquérito

Das pontuações obtidas em cada item da 2ª parte do questionário, foi encontrada a média, a mediana e o desvio padrão.

As sugestões efectuadas pelos peritos foram adicionadas ao inquérito e apresentadas aos mesmos para avaliação, durante a entrevista individual realizada na 3ª fase de recolha de dados.

3ª Fase

Foi realizada nova entrevista individual com cada participante. Nesta fase, o objectivo da entrevista, estruturada com base nas respostas dos inquéritos (2º feed back), foi o de possibilitar a cada perito a oportunidade de conhecer, alterar ou reafirmar a sua opinião face aos resultados obtidos. Também foi pedido aos especialistas a sua valorização, usando mais uma vez a escala de Likert, para os itens sugeridos na 2ª fase, por alguns elementos do grupo.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Entrevistas (1.^a fase) e 1.^a Parte do Inquérito (2.^a e 3.^a fase)

1. Enfermagem na Comunidade

1.1 Actividades

1.1.1 Ideal

n = 9

1 ^a FASE- Entrevistas	2 ^a FASE			3 ^a FASE				
	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal
<i>Integrar família e/ou auxiliares de apoio nos cuidados aos doentes.</i>	3	4	1	1		6		3
Se tenho um utente acamado, vou lá, se Ele tem um penso ou até não tem nenhum, a família tem que ser trabalhada no aspecto da higiene, alimentação, posicionamentos, em toda a parte preventiva das complicações.	1	6		2				
<i>O domicílio pode ser pedido pelo médico, Pela família e pelo próprio utente e o enfermeiro tem completa autonomia para a realizar, avaliar e ver a programação a seguir.</i>	3	4	2		3	5		1
Orientar a usar os serviços racionalmente. (*)	2	5	1					
Se um utente vem para o penso, além da VAT, ver o que ele pode fazer para melhorar a sua recuperação.	2	5		2				
Saber porquê um utente anda tanto tempo a fazer penso numa úlcera varicosa.		5		4				
<i>O enfermeiro generalista pode aplicar o processo de enfermagem e prestar os cuidados.</i>	4	4	1		2	4		3
Ensinar o utente sobre a sua saúde.	3	4		1				
Integrar a família no cuidado ao acamado, sobretudo para as nossas ausências. É necessário que o utente sinta o afecto da família também nesses momentos. Os utentes vivenciam tudo.	3	4		2				

(*) um participante não respondeu

Os itens referentes às actividades de enfermagem na comunidade, assinalados como **ideais** foram os que se relacionam com:

- a integração da família nos cuidados através da educação para a saúde e pela demonstração prática dos cuidados;
- o ensino ao utente sobre a sua saúde, recuperação e utilização dos serviços de saúde;
- a autonomia da enfermagem face à realização, avaliação e programação de domicílios;
- a aplicação do processo de enfermagem.

1.1.2 Real e Ideal

1ª FASE – Entrevistas	2ª FASE			3ª FASE				
	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal
Fazer prevenção de úlceras de pressão em doentes acamados .	2	2		5				
Uma simples dobra de lençol que vai macerar a pele, uma massagem que poderia ser ensinada ao familiar , o posicionamento, o uso de uma almofada, motivar e incentivar a família.	2	2		5				
Realizar educação para a saúde personalizada e em grupo.	4	4		1		4		5
Procura-se triar os que não estão vacinados, explicar o porquê da vacinação e vaciná-los.	4	4		1		4		5

Os itens registados como **reais e ideais** estão relacionados com:

- a realização da prevenção de úlceras de decúbito;
- a motivação da família no cuidado com o utente acamado;
- a realização de educação para a saúde a nível individual e em grupo;
- a execução da vacinação acompanhada de ensino pertinente.

1.1.3 Real

1ª FASE - Entrevistas	2ª FASE		Não identifica	Real e Ideal	3ª FASE		Não identifica	Real e Ideal
	Real	Ideal			Real	Ideal		
Procura-se transmitir ao utente/família que esteve num hospital que agora é com os CSP, que é muito diferente: as nossas carências são muitas e outras.	8	1						
O enfermeiro generalista fica mais na área dos curativos e domicílios.	7	2						
No caso dos toxicodependentes a única coisa que fazemos é a distribuição da metadona .	7	2						
Conhecer estado vacinal.	6				3			
Realizar educação para a saúde no centro de saúde e no domicílio.	5	3			1			
Estar atentos à higiene, mesmo na juventude.	4	3			2			
Realizar prevenção de problemas cardiovasculares, comas diabéticos, hipoglicémias, pé diabético.	4	2			3			

Os itens assinalados como **reais** estão relacionados com:

- a transmissão ao utente/família das diferenças entre as condições da assistência hospitalar e a assistência a nível de cuidados de saúde primários;
- a atribuição ao enfermeiro generalista dos cuidados de enfermagem ao utente portador de ferida;
- a distribuição de metadona aos utentes toxicodependentes não articulada com outros cuidados;
- o conhecimento do estado vacinal;
- a realização de educação para a saúde no centro de saúde e no domicílio;
- a atenção dada à higiene;
- a prevenção de problemas cardiovasculares e diabetes.

1.2 Perspectiva da Situação

1.2.1 Ideal

1ª FASE – Entrevistas	2ª FASE		Não Identifica	3ª FASE		Não identifica	Real e Ideal
	Real	Ideal		Real e Ideal	Real		
O serviço domiciliário deveria ter uma equipa.		9					
Não se pode dissociar o utente, do curativo, globalidade dos cuidados de enfermagem.	1	8					
Planear no sentido que quando entro no serviço, vou dedicar-me àquela actividade e desempenhá-la .		8		1			
Quando fosse lá a família sentia-se apoiada.	2	6					
Para o bom desempenho é imprescindível que nos sintamos satisfeitos e os utente também.	4	5					
Os cuidados continuados são bons, poupa-se dinheiro, mas é preciso qualidade.	4	5					
Deve-se respeitar o utente e por ele ser respeitado.	3	4		2			
Temos muitos enfermeiros com uma visão holística.	1	4	3	1			

Os itens referentes à perspectiva da situação da enfermagem na comunidade, assinalados como **ideais**, foram os que se relacionam com:

- a necessidade de aperfeiçoar a dinâmica dos cuidados de enfermagem no domicílio;
- a não dissociação da técnica de curativo da globalidade dos cuidados de enfermagem ;
- a qualidade dos cuidados continuados;
- o planeamento das actividades de enfermagem a desenvolver;
- a visão holística dos enfermeiros;
- a satisfação e respeito ao utente e ao enfermeiro.

1.2.2 Real e Ideal

1ª F A S E – Entrevistas	2ª FASE				3ª FASE			
	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal
<i>É preciso dar alguma coisa além da injeção.</i>	4	3		2		3		6
Por meio da educação para a saúde a um utente posso chegar à comunidade.	3	2		4				

Os itens assinalados como **reais e ideais** foram relacionados com:

- a necessidade de oferecer “algo mais” durante a aplicação de um injectável;
- a possibilidade de chegar à comunidade através da educação para a saúde a um utente.

1.2.3 Real

1ª F A S E - Entrevistas	2ª FASE				3ª FASE			
	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal
<i>A parte domiciliária está muito carente, os aspectos preventivos estão muito aquém.</i>	9				9			
<i>É difícil desenvolver as técnicas sozinho no domicílio.</i>	9							
<i>Faltam estruturas para a realização de domicílios.</i>	9							
<i>É necessário fazer um penso depois um injectável e o utente tem sempre pressa quando necessita de cuidado de enfermagem .</i>	9							
<i>Por vezes os que nos procuram não são os que mais precisam.</i>	9							
<i>Com a desospitalização precoce, às vezes complicam-se as coisas no domicílio, porque este e/ou família não possuem condições mínimas.</i>	9							
<i>Por vezes não vêm suficientemente orientados do hospital.</i>	9							
<i>Mães jovens que não trazem os filhos tão bem cuidados.</i>	9							

Apresentação e Análise dos Dados

Pessoas que vêm para o penso com odores desagradáveis.	9						
Não está definido o destino dos lixos provenientes dos tratamentos no domicílio.	8	1					
É exigido quantidade e não qualidade de serviço.	8	1					
Poucos questionam-se e realizam trabalhos de investigação.	8	1					
O período de integração é curtíssimo pois há carência de pessoal.	8	1					
Na prática é um enfermeiro a trabalhar com dois ou três médicos. O enfermeiro não pode dar resposta a seis mil utentes...	8	1					
O utente vem para resolver a sua situação e politicamente isto é importante; o utente tomou sua injeção, fez seu curativo, teve sua situação resolvida e pronto.	8	1					
O que é estipulado pode ser que não convenha ao utente.	8	1					
Falamos na VAT e aceitam, se falarmos em alimentação temos que ser subtis ... por vezes não aceitam.	8	1					
Um enfermeiro ir a um domicílio sozinho, de táxi, com a mala na mão, não dignifica o profissional. (*)	7						
No fundo, é a rotina, sabe-se a teoria Da prática, mas demonstra-se e faz-se muito aquém.	7	2					
Falta até tempo para reuniões.	7	2					
Estamos virados para a curativa porque é o que o utente exige de nós: a resolução de seu problema doença.	7	2					
Falamos com o utente mas vamos com O objectivo curativo.	7	2					
Não se faz o levantamento do que está por de trás. A norma é perguntar pela VAT.	7	2					
O utente não está preocupado com a prevenção.	7	2					
<i>Trata-se a perna ou o que for e não é aquela abrangência do indivíduo e o que causou aquilo.</i>	7	2		7		2	
<i>A ida aos domicílios responde uma necessidade pontual, não integrada.</i>	9			7		2	
<i>É necessário uma guia médica para ir ao domicílio.</i>	6	3		6(**)		3	
Anula-se o que o enfermeiro diz; ouve-se mas não se valoriza.	6	3					
Nós, enquanto utentes temos as nossas preferências ...isto não é fácil.	6	1	1				
É gratificante quando reconhecem o nosso mérito.	6	3					

Apresentação e Análise dos Dados

Poderá haver intenção de integrar cuidados mas é muito rudimentar.	5	4						
O enfermeiro na comunidade está confinado às injeções e aos pensos e pode fazer muito pouco a mais.	5	4						
É horrível como às vezes faz-se a integração dos novos elementos da equipa de enfermagem.	5	4						
O utente não valoriza o trabalho do enfermeiro muito menos na comunidade, temos que ser muito subtis para dar-lhe o que ele necessita: ele não vem lá para isto e nós nem somos médicos.	5	4						
A promoção da saúde e a prevenção da doença estão tão postas de lado.	5	4						

(*)dois não responderam

(**)para conter número de pedidos e estimular visita médica

Os itens assinalados como **reais** foram relacionados com:

- a falta de estruturas, de equipamento humano e material para a realização de domicílios pelo pessoal de enfermagem ;
- a desospitalização precoce e a não capacitação das famílias para receber o utente;
- a dificuldade no estabelecimento de rotinas de atendimento de enfermagem nos centros de saúde;
- a necessidade de satisfação da situação pontual do utente;
- a necessidade de desenvolver o modelo holístico;
- a prevalência do modelo biomédico na prática da enfermagem na comunidade;
- a prioridade da quantidade sobre a qualidade do serviço de enfermagem;
- a escassa existência de investigação de enfermagem em cuidados de saúde primários ;
- o curto período de integração dos novos profissionais;
- a não participação do utente nas normas de funcionamento dos centros de saúde;
- a dificuldade do enfermeiro em demonstrar sua autonomia face à equipa multiprofissional e à comunidade;
- o não se conseguir dar prioridade à promoção da saúde e prevenção da doença.

1.2.4 Não identifica na prática profissional

1ª FASE - Entrevistas	2º Fase				3ª Fase			
	Real	Ideal	Não identifica	Real e ideal	Real	Ideal	Não identifica	Real e ideal
<i>A enfermagem comunitária é dependente do poder médico.</i>	3		6		2		7	
Estamos muito empenhadas com a parte curativa.	3		6					
Os enfermeiros só vão ao domicílio, se o utente tiver uma ferida.	4		5					
Só vêem o penso e não o todo e não fazem a prevenção da doença e a promoção da saúde.	4		5					

Os itens referentes à perspectiva da situação da enfermagem na comunidade assinalados como **não identifica na prática profissional**, estão relacionados com:

- a dependência ao poder médico;
- a prevalência do modelo biomédico.

1.3 Perspectiva do Processo

1.3.1 Ideal

1ª FASE – Entrevistas	2ª FASE		Não identifica	Real e ideal	3ª FASE		Não identifica	Real e ideal
	Real	Ideal			Real	Ideal		
No futuro tudo centrar-se-á na comunidade.		9						
É preciso estreitar a relação enfermeiro/utente e que o trabalho em equipa se desenvolva de forma ordenada, orientada e de respeito mútuo.	1	7		1				
<i>O enfermeiro generalista deve ser o enfermeiro de família e possuir um ficheiro juntamente com o médico de família. (*)</i>		5	2	1	2	7		
Com as modificações na carreira de enfermagem, os enfermeiros já vão ter mais esta noção do utente como um todo, penso que poderia ser o enfermeiro de família.	2	6	1					
É preciso trabalhar em rede com outras estruturas.	4	5						
Tem que haver autonomia em termos de decisão.	4	5						
Há que se ponderar a acessibilidade aos serviços.	4	5						
Poderão ser os mesmos utentes de um médico, deveríamos ter o nosso ficheiro, só que coincide a mesma população.	1	5	3					

(*) um não respondeu

Os itens referentes à Perspectiva do Processo da enfermagem na comunidade assinalados com **ideal**, relacionam-se com:

- a importância que deverá ter o trabalho na comunidade;
- a necessidade de estreitar o relacionamento enfermeiro/utente e o aperfeiçoamento do trabalho em equipa multiprofissional;
- a expectativa de que o enfermeiro generalista seja o enfermeiro de família;
- a possibilidade do enfermeiro generalista possuir um ficheiro juntamente com um médico de família;
- a necessidade de se trabalhar em rede com outras estruturas, de se ponderar a acessibilidade aos serviços e de haver mais autonomia em termos de decisão para o pessoal de enfermagem nos Centros de Saúde.

1.3.2 Real

1ª FASE	2ª FASE		Não identifica	Real e ideal	3ª FASE		Não identifica	Real e ideal
	Real	Ideal			Real	Ideal		
<i>O enfermeiro de família é o enfermeiro generalista, porque não há enfermeiros especialistas da comunidade em número suficientes.</i>	5	2	2		9(*)			
Os Cuidados de Saúde Primários têm vindo a perder a sua filosofia.	8			1				
A enfermagem evoluiu, mas não sei se em termos da prática de cuidados.	7			2				
É preciso reduzir gastos, rentabilizar recursos, juntar esforços.	6	3						
Com a integração dos serviços médico-sociais com os centros de saúde, as actividades dos centros de saúde perderam seu relevo e ficaram reduzidas aos serviços médico-sociais.	6			3				
O enfermeiro de família conhece o contexto de cada família a seu encargo e dos problemas que já tiveram a «n» anos atrás e pode fazer a ponte com a situação actual.	5	1		3				
<i>O ficheiro do enfermeiro de família poderá conter utentes de diferentes médicos.</i>	1	4		4	5(**)			4

(*) 6 enfermeiros acreditam ser real mas não concordam com a justificação

(**) 2 enfermeiros acreditam ser real mas para no máximo de dois médicos e 3 expertos acreditam ser mais difícil trabalhar com utentes de diferentes médicos.

Os itens referentes à perspectiva do processo, assinalados como **reais**, foram relacionados com:

- a possibilidade do enfermeiro de família ser o enfermeiro generalista;
- a percepção da evolução da enfermagem sem que isto se reflecta na prática dos cuidados;
- a visão de que os cuidados de saúde primários têm vindo a perder sua filosofia e dão mais relevo aos serviços clínicos e sociais;
- a possibilidade do ficheiro do enfermeiro de família poder conter utentes de diferentes médicos;
- a necessidade de reduzir gastos, rentabilizar recursos e juntar esforços.

1.3.3 Não identifica na prática profissional

1ª FASE - Entrevistas	2ª FASE				3ª FASE			
	Real	Ideal	Não identifica	Real e ideal	Real	Ideal	Não identifica	Real e ideal
É preocupante se o enfermeiro de família fica reduzido a trabalhar só com o médico de família.		4		5				

Neste item, os 5 enfermeiros que assinalaram **não identificar na prática**, justificaram a escolha por não terem a experiência de trabalhar com o enfermeiro de família. A preocupação tida como **real** para os restantes elementos da amostra, foi justificada pelas dúvidas que possuem em relação às formas de participação destes enfermeiros na equipa de enfermagem e na equipa multiprofissional do centro de saúde, assim como a sua substituição nos períodos de férias e demais ausências; em resumo, desconhecem como se organizará o serviço nos centros de saúde, com o pessoal de enfermagem que actualmente dispõem .

2. Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

2.1 Actividades /Especificidade

2.1.1 Ideal

1ª FASE - Entrevistas	2ª FASE			3ª FASE				
	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal
Participar em projectos de investigação.	1	7		1				
Envolver outros profissionais no trabalho da sua área.	1	7		1				
<i>Neste momento, os utentes vêm referenciados para mim do hospital X; a partir daí avança-se e o enfermeiro faz as visitas necessárias, não só para as escaras, mas para a alimentação, higiene, noções de reabilitação e encaminhamentos. Enviamos esta informação de retorno, caso o utente retorne ao hospital.</i>	1	3	4	1	7(*)			2
Coordenar a equipa de enfermagem	1	6		2				
Participar na formação dos enfermeiros que não têm a especialidade.		6		3				
Era necessário disponibilizar tempo para fazer formação às funcionárias de um lar e de um centro de dia da freguesia, que estão a trabalhar sem formação.	1	6	1	1				
Poderá não ser o enfermeiro especialista a executar, mas se ele planeia, tem que haver uma equipa que executa e que vai ajudar na avaliação de todos os passos do processo. Daí a importância das reuniões.	2	6	1					
Não é só uma pessoa portadora de uma ferida, vejo a alimentação, a higiene necessárias para a cicatrização.	2	4		3				

(*) em duas extensões de saúde são os enfermeiros de hospitais que fazem os domicílios.

Os itens referentes às actividades e especificidade do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, assinalados como **ideais**, foram os que se relacionam com:

- a participação em trabalhos de investigação;
- a coordenação da equipa de enfermagem face aos cuidados integrais e continuados;
- a participação na formação de enfermeiros que não têm a especialidade, assim como de grupos da comunidade;
- a importância da realização de reuniões entre a equipa de enfermagem;
- a relevância da abordagem dos aspectos de higiene e alimentação durante os cuidados ao utente portador de ferida:

2.1.2 Real e Ideal

1ª FASE – Entrevistas	2ª FASE			3ª FASE				
	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal
<i>Actuar na área que chamamos saúde pública e na curativa.</i>	5	2	1	1	2			7
<i>Estar mais desperto para a parte preventiva, para o envolvimento da família.</i>		2		7				
<i>Vem uma criança para vacinar, vemos o que ela está a comer e podemos orientar sobre higiene oral, alimentação.</i>		2		7				
<i>Estar na vertente da população de risco.</i>	3	3	1	2		3	1	5
<i>Realizar cuidados de enfermagem no domicílio.</i>	4	2	2	1		2	2	5(*)
<i>Realizar educação para a saúde.</i>	3	2		4				

(*) coordenação dos cuidados domiciliários

Os itens referentes às actividades e especificidade do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, entendidos como **reais e ideais**, foram relacionados com:

- a percepção da importância que conferem aos cuidados de prevenção e do envolvimento da família;
- a actuação em todas as áreas da enfermagem comunitária;
- os cuidados de enfermagem que prestam à população de risco;
- a coordenação dos cuidados de enfermagem domiciliários;
- a realização de educação para a saúde.

2.1.3 Real

1ª FASE - Entrevistas	2ª FASE		Não identifica	3ª FASE		Não identifica	Real e Ideal
	Real	Ideal		Real	Ideal		
Muitas vezes o enfermeiro especialista não é chamado para fazer a integração dos novos enfermeiros.	8		1				
Maior competência em planeamento e controlo.	4	3		2			
Privilegiar a promoção da saúde e a prevenção da doença durante a prática.	4	2		3			

Os itens referentes às actividades e especificidade do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, assinaladas como **reais**, estão relacionados com:

- a não participação do enfermeiro especialista na integração dos novos elementos da equipa de enfermagem;
- a maior competência em planeamento e controlo;
- o privilegiar da promoção da saúde e da prevenção da doença durante a prática.

2.1.4 Não identifica na prática profissional

1ª FASE - Entrevistas	2ª FASE				3ª FASE			
	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal
<i>O enfermeiro especialista realiza as vigilâncias e raramente vai à sala de tratamentos e aos domicílios.</i>	4	1	4		2	2	5	
<i>Realizar promoção da saúde nas vigilâncias e não actuar na área curativa. (*)</i>	2	2	2	2	2	2	5	

(*) um especialista não respondeu na 2ª fase

Os itens referentes às actividades e especificidade do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária **não identificados com a prática profissional**, foram relacionados com:

- a realização de vigilâncias e a não actuação na área domiciliária e nos cuidados ao utente portador de ferida, pois na prática, tanto realizam consultas de vigilâncias, como prestam cuidados de enfermagem ao utente portador de ferida no domicílio e no centro de saúde; contudo, para dois especialistas não actuar na área curativa seria uma situação ideal, e para outros dois, no seu local de trabalho, os enfermeiros especialistas não executam pensos.

2.2 Perspectiva da Situação

2.2.1 Ideal

1ª FASE - Entrevistas	2ª FASE		Não identifica	Real e Ideal	3ª FASE		Não identifica	Real e Ideal
	Real	Ideal			Real	Ideal		
Deve-se reservar espaço para a especialidade.		7	1	1				
Ser elo entre a comunidade e o centro de saúde.	2	4		3				

Os itens referentes à perspectiva da situação face à prática do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, identificados como **ideais** estão relacionados com:

- a percepção de que deveriam ser aplicados os conhecimentos aprendidos durante o curso da especialidade;
- o reconhecimento de que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deveria desenvolver o seu papel de elo entre o centro de saúde e a comunidade.

2.2.2 Real

1ª FASE - Entrevistas	2ª FASE		Não identificada	3ª FASE		Não identificada	Real e Ideal
	Real	Ideal		Real e Ideal	Real		
A nossa especialidade é a mais abrangente.	7	1	1				
Há falta de perspectiva da importância do nosso trabalho na comunidade, talvez por culpa da dinâmica dos nossos serviços, da gestão e orientação ... um enfermeiro não poderá fazer algo na comunidade, é preciso estar integrado com a direcção.	7		2				
A especialidade proporciona uma visão alargada.	6	2		1			
Preparação específica em várias vertentes.	5	2	1	1			

Os itens referentes à perspectiva da situação sobre a prática do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, percebidos como **reais** estão relacionados com:

- a visão e a preparação em várias vertentes que a especialidade proporciona;
- a não valorização do trabalho do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, assim como a não integração com a direcção.

2.2.3 Não identifica na prática profissional

1ª FASE - Entrevistas	2ª FASE			3ª FASE				
	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal
Não habilitados nem actualizados no sentido da monitorização dos cuidados, com a nova tecnologia dos cuidados diferenciados.	2	1	6					

O item referente à perspectiva da situação sobre a prática do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, que **não se identifica na prática profissional**, foi relacionado com:

- a não habilitação e actualização face aos avanços tecnológicos relacionados com os cuidados de enfermagem.

2.3 Perspectiva de Processo

2.3.1 Ideal

1ª FASE - Entrevistas	2ª FASE		Não identifica	3ª FASE		Não identifica	Real e Ideal
	Real	Ideal		Real e Ideal	Real		
O enfermeiro de família é o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, não há dúvidas que somos os que melhor estamos preparados.	2	6	1		9 (*)		

(*) para 6 especialistas caberá a coordenação da equipa de enfermeiros de família

O item referente à perspectiva do processo da especialidade em enfermagem comunitária, entendido como **ideal**, foi relacionado com:

- a convicção que a formação especializada em Enfermagem Comunitária prepara o enfermeiro para a enfermagem de família; assim, a coordenação dos enfermeiros de família poderá estar inerente ao exercício do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

2.3.2 Real

1ª FASE - Entrevistas	2ª FASE		Não identifica	3ª FASE		Não identifica	Real e Ideal
	Real	Ideal		Real e Ideal	Real		
No curso de enfermagem geral não aprendemos muito bem ou ainda não estamos despertos para a promoção da saúde e prevenção da doença.		7		2			
Na formação académica faz-se muito investimento na área curativa.		6		3			

Os itens referentes à perspectiva do processo, percebidos como **reais**, foram relacionados com:

- a percepção de que o ensino de enfermagem geral investe mais nos aspectos curativos e que não propicia a motivação para a promoção da saúde e prevenção da doença como cuidado de enfermagem.

2.3.3 Não identifica na prática profissional

1ª FASE - Entrevistas	2ª FASE			3ª FASE				
	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal
Na especialidade não se investe no cuidar de enfermagem, é importante o Planeamento e Saúde e a Gestão. É dada mais aquela área rente à chefia, dá ideia que estamos a ser formadas para estar atrás de uma secretária.		1		8				
Na nova legislação, o enfermeiro chefe e o enfermeiro especialista não tem suas funções bem delimitadas. É muito por simpatia médica.		3		6				

Os itens referentes à perspectiva do processo do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, que **não identificam na prática profissional**, foram relacionados com:

- a não prioridade do Planeamento de Saúde e da Gestão durante a especialidade, em detrimento do cuidar de enfermagem;
- a não delimitação das funções do enfermeiro especialista e do enfermeiro chefe na nova legislação.

3. Obstáculos ao Exercício

1.1 Ratio enfermeiro/utente

1.1.1 Ideal

1ª FASE- Entrevistas	2ª FASE		3ª FASE						
	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal	
Ter disponibilidade quando nos fosse posto um problema por uma parceria qualquer: escola, Junta, ...		3	5		1				

O item referente ao Obstáculo ao Exercício, percebido como **ideal** pertinente ao subtema ratio enfermeiro/utente, foi relacionado com:

- a disponibilidade para atender aos pedidos que emanassem da comunidade na qual está inserido.

1.1.2 Real

1ª FASE - Entrevistas	2ª FASE			3ª FASE				
	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal
Somos muito poucos.	9							
É preciso tempo, não posso dizer simplesmente: “ O senhor cheira mal.”	9							
As extensões de saúde não têm equipamento humano nem material para dar resposta à certas situações .	9							
Há pouco pessoal e andamos a correr de um lado para o outro.	8		1					
Não temos pessoal suficiente.	7		2					
Para a qualidade, é preciso recursos, especificamente enfermeiros.	6	2		1				
Temos que estar sempre disponíveis, não temos limitação de utentes.	6	2	1					
Sou a única enfermeira especialista em enfermagem comunitária no Centro de Saúde.	5			4				

Os itens referentes ao ratio enfermeiro/utente, inseridos no tema Obstáculos ao Exercício, identificados como **reais**, foram relacionados com:

- o número insuficiente de enfermeiros e de enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária a trabalhar em centros de saúde;
- a não disponibilidade de tempo para realizar o ensino personalizado;
- a não limitação do número de utentes a ser atendido pela equipa de enfermagem nos centros de saúde;
- o comprometimento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à comunidade devido ao escasso número de enfermeiros.

3.2 Área física e Equipamento

3.2.1 Real

1ª FASE - Entrevistas	2ª FASE			3ª FASE				
	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal
O hospital dá altas precoces e não há condições em casa.	9							
O material não tem qualidade.	8		1					
Não há espaço para o trabalho individualizado.	8		1					
Não há espaço físico adequado.	7		2					
Às vezes, no mesmo espaço, há outros enfermeiros e outros utentes, falta privacidade.	7		2					
São necessárias mais estruturas e condições que facilitassem nosso avanço para a comunidade e para o serviço domiciliário.	4	3		2				

Os itens referentes a área física e ao equipamento, inseridos no tema Obstáculos ao Exercício, identificados como **reais**, foram relacionados com:

- a falta de estruturas que dificulta o avanço para os cuidados de enfermagem no domicílio e na comunidade;
- o facto de se trabalhar com material de qualidade inferior;
- o espaço físico que não possibilita o trabalho individualizado e o respeito à privacidade do utente.

3.3 Perspectiva da Situação

3.3.1 Real

1ª FASE - Entrevistas	2ª FASE		Não Identifica	Real e Ideal	3ª FASE		Não Identifica	Real e Ideal
	Real	Ideal		Real	Ideal	Ideal		
As sub-regiões abrem os concursos e as admissões são muito demoradas.	9							
O processo de admissão é muito lento.	8			1				
Os profissionais mais jovens são muito poucos e os incentivos também.	8			1				
Somos dependentes do poder médico.	6			3				

Os itens entendidos como **reais**, referentes à perspectiva da situação inseridos no tema Obstáculos ao Exercício, foram relacionados com:

- o grande período de tempo entre a abertura de concursos para enfermeiros em centros de saúde e o efectivo início do exercício profissional;
- a falta de incentivos para trabalhar em cuidados de saúde primários;
- a existência de poucos enfermeiros jovens a trabalhar nos centros de saúde;
- a dependência dos enfermeiros ao poder médico.

3.4 Perspectiva do Processo

3.4.1 Real

1ª FASE - Entrevistas	2ª FASE				3ª FASE			
	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal
Nós não sabemos o que vai acontecer em termos de enfermagem, nos Cuidados de Saúde Primários	9							
Os diferentes níveis de formação em enfermagem trarão certos constrangimentos.	8		1					

Os itens entendidos como **reais**, referentes à perspectiva do processo, inseridos no tema de Obstáculos ao Exercício, foram relacionados com:

- as dúvidas do papel a desempenhar pelos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários, face a legislação e aos níveis de formação;
- os constrangimentos decorrentes dos diferentes níveis de formação em enfermagem, tanto na equipa de enfermagem como na equipa multiprofissional.

2. Metodologia Científica/Processo de Enfermagem

4.1 Actividades

4.1.1 Ideal

1ª F A S E - Entrevistas	2ª FASE				3ª FASE			
	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal
Os cuidados devem ir ao encontro das necessidades globais da família.	3	6						
O tratamento não é só fazer o penso, é preciso abarcar outros aspectos: onde e como vivem, higiene, alimentação, idas à tasca.	2	5		2				
É preciso conhecer os hábitos para empreender o cuidado àquele utente.	3	5		1				

Os itens referentes à Metodologia científica/Processo de enfermagem, inseridos no subtema de Actividades, entendidos como **ideais**, foram relacionados com:

- a necessidade de ir ao encontro das necessidades globais da família;
- a necessidade de se conhecer a pessoa a quem prestamos cuidados de enfermagem.

4.1.2 Real e Ideal

1ª FASE - Entrevistas	2ª FASE			3ª FASE				
	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal
<i>São importantíssimos os registos, o tratamento, a evolução, garantir uma certa continuidade.</i>	4	2		3		2		7
<i>Quando vem ao curativo, há sempre um acto a seguir a outro. Há muito a desenvolver desde a relação de ajuda.</i>	7	2				3		6
<i>Deve-se fazer uma avaliação da própria família, habitação, estado vacinal, se está em consultas de vigilância.</i>	4	4		1		4		5
<i>Não podemos dissociar aquele enfermeiro que tem uma família; não podemos dissociar as «funções» que vamos desenvolver numa família, temos que ver a família na globalidade dos seus elementos, ver vacinação, parte curativa, parte preventiva.</i>	3	4		2		4		5
<i>Tudo passa « no envolver » o utente no processo de tratamento.</i>	4	5				4		5

Os itens referentes à Metodologia científica/Processo de enfermagem, inseridos no subtema Actividades, entendidos como **reais e ideais**, foram relacionados com:

- a importância dos registos dos cuidados de enfermagem;
- a relevância do desenvolvimento do modelo holístico pela equipa de enfermagem ao cuidar do utente portador de ferida;
- a não dissociação do utente do seu contexto familiar;
- a necessidade de motivação e participação do utente no auto-cuidado.

4.1.3 Real

1ª FASE - Entrevistas	2ª FASE			3ª FASE				
	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal
<i>Não se faz o levantamento do que vem de trás, do porquê daquela situação; por norma, perguntamos pela vacina do tétano.</i>	7		2		7		1	1
Tudo é planeado mentalmente e não no papel.	7		2					
Procuro estabelecer uma relação empática com o utente/família, que saibam exactamente até onde a equipa de enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários pode ir.	7	1		1				
Se calhar a culpa é nossa, não damos o tempo que o utente merece para fazermos o tratamento.	7		2					
As nossas actividades não são planeadas.	5		4					
Temos que saber compreender a vontade do utente.	5	3		1				
<i>Tanto que deveríamos fazer, não só debitar informação.</i>	4	4		1	5	4		
O penso é feito, quase nunca é avaliado.(*)	4		4					

(*) um enfermeiro não respondeu; há um resultado duplo: Real e Não identifica na Prática

Os itens referentes à Metodologia científica/Processo de enfermagem, inseridos no subtema Actividades, percebidos como **reais**, foram relacionados com:

- o não levantamento das necessidades globais do utente, limitando-se ao registo da vacinação anti-tetânica;
- o não planeamento escrito das actividades de enfermagem a prestar aos utentes portadores de ferida;
- o estabelecimento de uma relação empática que leve os utentes a compreender os recursos disponíveis nos cuidados de saúde primários ;
- a pouca disponibilidade da equipa de enfermagem para executar os cuidados e compreender as necessidades e potencialidades do utente.

4.2 Perspectiva da Situação

4.2.1 Real

1ª FASE - Entrevistas	2ª FASE				3ª FASE			
	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal
As necessidades dos utentes não são «fixas», são dinâmicas, estão em constante transformação.	9							
O enfermeiro que não tem conhecimento da história anterior, analisa só os factos actuais.	9							
O modelo biomédico frustra.	8		1					
A resposta que damos à população é em termos de necessidades explícitas, e não se calhar, nas que eles realmente precisam.	8		1					
Sente-se a falta de um plano de cuidados em todas as áreas da enfermagem na comunidade.	8		1					
Os utentes não podem sentir-se satisfeitos se chegam à sala de tratamentos e são tratados como mais um que entrou, falta relacionamento, falta tempo e vontade para conversar.	8		1					
O enfermeiro trata o doente e toca a andar e ficamos assim um pouco vazios.	7		2					
Realmente não somos assim tão convincentes, o utente pensa que aquilo é uma «conversa banal» que o enfermeiro tem.	7		2					
Talvez não se crie uma relação de confiança.	7		2					
Às vezes escusa-se um pouco que não há tempo.	7		2					
As pessoas têm que nos pedir as coisas e nós fazemos...Hoje em dia é preciso ir ao encontro.	6		3					
Se o utente vem para fazer um injectável, temos que ser muito subtis para dar-lhe o que ele necessita, porque ele não vem lá para isto.	6		3					
Os registos são muito importantes, mas ficam um pouco a desejar, não muito elucidativos por vezes. Quando um enfermeiro faltasse haveria possibilidade de continuar o tratamento.	6		1	2				

Apresentação e Análise dos Dados

Sem bons registos, não conseguimos fazer boas avaliações, porque o diagnóstico de partida não está a ser feito.	6	2	1				
Não planeamos os cuidados, estamos em anarquia.	5	4					
O que interessa é satisfazer o utente em sua situação imediata, pontual.	5	4					
O utente aparece, às vezes nem é tratado pelo nome, faz o tratamento e até amanhã.	5	4					

Ao itens referentes à Metodologia científica/Processo de enfermagem, inseridos na perspectiva da situação, percebidos como **reais**, foram relacionados com:

- a compreensão do homem como um ser dinâmico, em constante transformação, cujas necessidades são pessoais e mutáveis;
- a frustração na utilização do modelo biomédico;
- a percepção da insatisfação profissional dos enfermeiros em atender as necessidades explícitas e não conhecer o utente e suas reais necessidades;
- a não utilização do plano de cuidados de enfermagem em todas as áreas da enfermagem na comunidade;
- a percepção, pelo enfermeiro, da sua insatisfação e dos utentes quando estes são tratados de forma impessoal;
- a percepção dos enfermeiros da não valorização pelos utentes dos ensinamentos efectuados;
- o facto de não se criar uma relação de confiança entre o profissional de enfermagem e os utentes durante os cuidados prestados;
- a percepção de que se deve ir ao encontro das necessidades sentidas pela comunidade;
- a inexistência de registos de enfermagem que possibilitem a continuação dos cuidados a prestar, assim como a avaliação da assistência.

4.2.2 Não identifica na Prática Profissional

1ª FASE - Entrevistas	2ª FASE				3ª FASE			
	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal	Real	Ideal	Não identifica	Real e Ideal
O cuidar fica mais à margem: é o tratamento, é o tratamento, tudo que envolve o tratamento fica à margem e perdeu-se.		4		5				

O item referente à Perspectiva da situação, inserido no tema Metodologia científica/Processo de enfermagem, entendido como **não identificado na prática profissional**, foi relacionado com:

- a percepção do enfermeiro que, na prática, o cuidar sobrepõe-se ao tratar e não fica a margem.

2ª Parte do Inquérito(2ª fase)

1ª) Qual a identificação do espaço físico onde se realizam os cuidados de enfermagem aos utentes portadores de feridas no centro de saúde onde trabalha?

Identificação	Número de respostas
SALA DE TRATAMENTOS	(4)
SALA DE ENFERMAGEM	(2)
SALA DE PENSOS	(1)
ENFERMAGEM	(1)
UNIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	(1)

Como gostaria que fosse identificado ?

SALA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM
GABINETE DE ENFERMAGEM
UNIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM
CONSULTÓRIO DE CUIDADOS
SALA DE ENFERMAGEM
CONSULTÓRIO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Três enfermeiros não apresentaram nenhuma sugestão.

2º)

ASPECTOS DA RELAÇÃO	A	B	C	D	E	F	G	H	I	desvpad	med	média
Chamar o utente pelo nome.	3	4	4	4	4	4	4	4	4	0,33	4	3,89
Cumprimentar à entrada e à saída (de forma táctil e/ou verbal).	3	4	4	4	4	4	4	4	4	0,33	4	3,89
Criar ambiente agradável e seguro.	4	3	4	4	4	4	3	4	3	0,5	4	3,67
Proporcionar privacidade.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	4
Demonstrar disponibilidade (não demonstrar pressa).	4	3	4	4	4	4	4	4	3	0,44	4	3,78
Explicar se durante a consulta, necessitar interromper ou ausentar-se.	3	3	4	4	4	4	4	4	3	0,5	4	3,67
Ouvir o que o utente/família tem a dizer. (dar espaço para questões e responder)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	4
Estar atento ao comportamento não verbal.	3	4	4	4	4	4	4	4	4	0,33	4	3,89
Não exprimir juízo de valor.	4	4	4	4	4	4	4	4	3	0,33	4	3,89
Recolher dados sobre o estado geral.	3	4	4	4	4	4	3	4	3	0,5	4	3,67
Recolher dados sobre o estado actual.	3	4	4	4	4	4	4	4	3	0,44	4	3,78
Estabelecer e explicar plano de acção.	3	3	4	4	4	4	4	3	3	0,53	4	3,56
Acordar consulta seguinte.	3	3	4	4	4	3	4	4	3	0,53	4	3,56

Todos os itens obtiveram o valor **4** de mediana, enfatizando-se a importância atribuída por este grupo de especialistas aos **aspectos da relação interpessoal** durante os cuidados de enfermagem ao utente portador de ferida. Obtiveram a unanimidade do grupo os itens relativos a:

- **Proporcionar privacidade** e
- **Ouvir o que o utente tem a dizer.**

Os itens **Estabelecer e explicar plano** e **Acordar consulta seguinte**, obtiveram menor média (3,56), antecidos de :

- **Criar ambiente agradável e seguro,**
- **Explicar se durante a consulta necessitar interromper ou ausentar-se,**
- **Recolher dados sobre estado geral (médias = 3,67).**

Apresentação e Análise dos Dados

PROMOÇÃO DA SAÚDE	A	B	C	D	E	F	G	H	I	desvp	pad	med	média
1º) Observar e/ou questionar oportunamente sobre:													
hábitos alimentares/hidratação	4	4	4	4	4	4	4	4	3	0,33		4	3,89
hábitos higiênicos	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0		4	4
hábitos sono/repouso	4	3	3	4	4	4	4	4	4	0,44		4	3,78
Respiração	4	3	3	4	4	3	3	4	3	0,52		3	3,44
Eliminação	4	3	3	4	4	4	4	4	3	0,5		4	3,67
expressão da sexualidade	4	3	2	4	4	4	3	4	3	0,73		4	3,44
trabalho/lazer	4	4	3	4	4	4	3	4	3	0,5		4	3,67
prática de exercícios físicos/desporto	4	4	3	4	4	4	3	4	3	0,5		4	3,67
consumo drogas/medicamentos	4	4	3	4	4	4	4	4	4	0,33		4	3,89
relações familiares	4	3	3	4	4	4	3	4	4	0,5		4	3,67
relações sociais	4	3	3	3	4	3	3	4	3	0,5		3	3,33
relações laborais/estudantis	4	3	3	3	4	3	4	4	4	0,53		4	3,56
expressão da espiritualidade	4	3	2	3	4	3	3	4	3	0,67		3	3,22
ajustamento às fases de desenvolvimento humano	3	3	3	4	4	4	4	4	3	0,53		4	3,56
ajustamento às fases de desenvolvimento familiar	3	3	3	4	4	4	4	4	3	0,53		4	3,56
2º) Estimular auto-cuidado	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0		4	4

Quanto aos itens referentes à **Promoção da Saúde**, tidos como de maior relevância, que obtiveram mediana e média de (4) foram:

- **A Observação e questionamento sobre hábitos higiênicos e**
- **Estimular o auto-cuidado.**

O item **Expressão da sexualidade** obteve a menor média (3,44) entre os itens de mediana (4).

Os itens com relevância menos significativa (3) de mediana foram:

- **Observar e questionar oportunamente sobre respiração,**
- **Relações sociais e**
- **Expressão de espiritualidade.**

Apresentação e Análise dos Dados

PREVENÇÃO DA DOENÇA	A	B	C	D	E	F	G	H	I	desvpad	med	Média
1º) Orientar utente/família sobre:												
cuidados a ter com a ferida/membro lesado	4	3	4	4	4	4	4	4	3	0,44	4	3,78
sinais e sintomas de infecção	3	3	4	4	4	4	4	4	4	0,44	4	3,78
cuidados a ter com a pele e mucosas	3	3	4	4	4	4	4	4	4	0,44	4	3,78
atitudes posturais e transporte de carga (*)	4	3	4	3	4	4	3	4	4	0,5	4	3,67
prevenção de acidentes e riscos laborais(*)	4	4	4	3	4	4	4	4	4	0,33	4	3,89
prevenção de acidentes domésticos(*)	4	3	4	3	4	4	4	4	3	0,5	4	3,67
prevenção de acidentes de viação(*)	4	3	4	3	4	4	3	3	3	0,53	3	3,44
cuidados a ter com a Diabetes(*)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	4
cuidados a ter no pós-operatório(*)	4	4	4	4	4	4	3	4	4	0,33	4	3,89
cuidados a ter na insuficiência venosa e/ou arterial (*)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	4
consultas de vigilância	3	3	4	4	4	4	4	4	3	0,5	4	3,67
2º) Conhecer estado vacinal	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	4
3º) Detectar recursos de adaptação à situação a nível:												
pessoal	4	3	4	4	4	4	4	4	4	0,33	4	3,89
familiar	4	3	4	4	4	4	4	3	4	0,44	4	3,78
sociocultural	3	3	4	3	4	4	4	3	3	0,53	3	3,44
4º) Avaliar auto-cuidado	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0	4	4

(*) de acordo com prioridade demonstrada pelo utente/família e pela situação em questão

Quanto à **Prevenção da Doença**, obtiveram maior relevância, com média e mediana igual a **(4)**, os itens referentes a :

- **Cuidados a ter com a diabetes,**
- **Cuidados a ter na insuficiência venosa e arterial,**
- **Conhecer estado vacinal** e
- **Avaliar auto-cuidado.**

Os itens com mediana de **(3)** e menor média (**3,44**) foram atribuídos à:

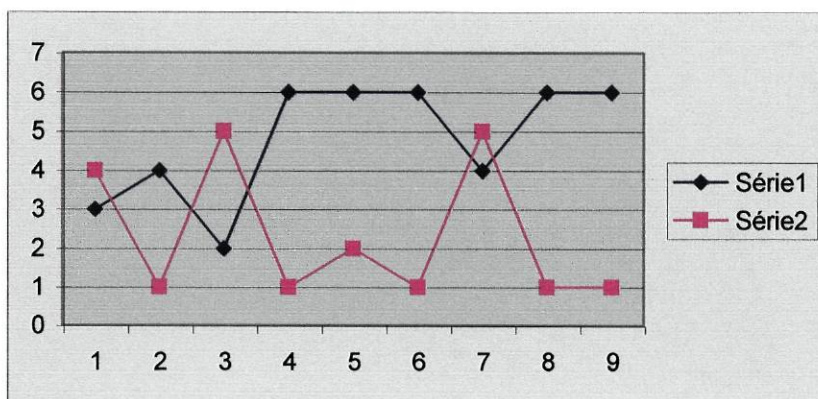
- **Prevenção de acidentes de viação** e
- **Detectar recursos de adaptação à situação a nível sociocultural.**

3ª fase

Baseado nas sugestões feitas na 2ª fase da pesquisa, foi solicitado a cada especialista para enumerar de 1 a 6, por ordem de maior a menor preferência, a forma como gostaria que fosse identificado o espaço físico utilizado pelos enfermeiros, para cuidar de utentes portadores de feridas.

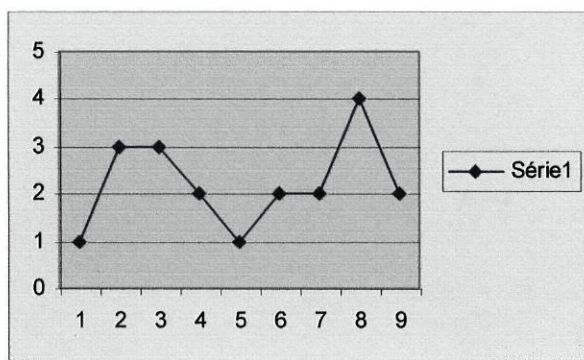
n = 9

Identificação do espaço	A	B	C	D	E	F	G	H	I	Média	Desvpad	Med
Sala de Cuidados de Enfermagem	2	2	1	5	3	3	1	5	4	2,88	1,54	3
Gabinete de Enfermagem	6	5	4	3	5	5	6	3	5	4,67	1,41	5
Unidade de Cuidados de Enfermagem	1	3	3	2	1	2	2	4	2	2,22	0,71	2
Consultório de Cuidados	5	6	6	4	4	4	3	2	3	4,11	1,41	4
Sala de Enfermagem	3	4	2	6	6	6	4	6	6	4,78	2,12	6
Consultório de Cuidados de Enfermagem	4	1	5	1	2	1	5	1	1	2,33	2,12	1



Série 1 - SALA DE ENFERMAGEM

Série 2 - CONSULTÓRIO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM



Série 1 – UNIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Apesar da mediana **(1)** ter sido atribuída ao CONSULTÓRIO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM, esta identificação recebe uma média de **(2.33)** e o desvio padrão **(2.12)**, cujo valor foi igual ao item SALA DE ENFERMAGEM, que deteve a maior mediana **(6)**. Por outro lado, a identificação UNIDADE DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM obteve uma mediana no valor de **(2)**, a menor média **(2.22)** e o menor valor ao desvio padrão **(0.71)**.

Apresentação e Análise dos Dados

Os itens a seguir foram sugestões feitas por alguns especialistas durante a 2ª fase da colheita de dados. Os mesmos foram apresentados para avaliação de todos os participantes na 3ª fase.

3ª FASE											despad	med	Média
Prevenção da doença	A	B	C	D	E	F	G	H	I				
Informação escrita a fornecer à família/utente.	4	2	3	2	3	4	2	4	3		0,87	3	3
Criação do livro de saúde do adulto.	4	4	3	4	3	4	4	4	4		0,44	4	3,78

A **criação de um livro de saúde do adulto**, onde se registassem aspectos pessoais de seu estado de saúde e servisse de documento para os cuidados continuados, foi mais relevante que a **Informação escrita a fornecer à família/utente**.

3º FASE											desvpad	med	Média
Promoção da saúde	A	B	C	D	E	F	G	H	I				
Avaliação periódica através de inquérito ou questionário sobre os comportamentos saudáveis e estado de saúde do indivíduo e família.	4	4	4	4	3	4	4	4	4		0,33	4	3,89

A **avaliação dos cuidados integrais prestados ao utente e família** foi reconhecida como muito relevante pelo grupo.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Ao iniciar este trabalho, sentíamos a necessidade de investigar a relevância dada pelos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, aos aspectos da promoção da saúde e prevenção da doença, ao prestar cuidados de enfermagem aos utentes portadores de feridas e que são assistidos nos centros de saúde.

Acreditamos, que todos os enfermeiros reconhecem a importância destes aspectos, em qualquer contexto em que exercem a sua prática profissional. A enfermeira Maria dos Anjos Pereira Lopes enfatiza este ponto: « A promoção da saúde e do bem-estar, aliado à prevenção da doença, *tem de passar a ser a nossa imagem de marca*. Em saúde, a doença mais contagiosa e que causa maior morbidade é a ignorância.»(1999:7).

A nível dos Cuidados de Saúde Primários, estes aspectos assumem, inquestionavelmente, um significado ainda mais forte. Para os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária é a própria razão de ser e fazer enfermagem.

Este trabalho deseja assim, ser um contributo dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária para a promoção da saúde e prevenção da doença a ser prestada aos utentes portadores de ferida.

No decorrer da investigação e pelas inúmeras possibilidades que a investigação qualitativa oferece (pois as categorias são construídas a partir dos discursos dos participantes), outros aspectos foram levantados. A análise de conteúdo efectuada sobre os dados colhidos, não foi somente descritiva e classificatória, mas permitiu alguma interpretação. Para Vala « a finalidade da análise de conteúdo será pois efectuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas»(1986:104).

Apresentaremos apenas as conclusões que aglutinam aspectos mais afins e que a nosso ver, tiveram mais expressividade no decurso do trabalho.

Da primeira parte do inquérito, como fruto da análise de conteúdo das diferentes áreas temáticas, foram obtidas as seguintes conclusões:

1- Enfermagem na Comunidade

Quanto às actividades que os enfermeiros realizam nos centros de saúde: seria **ideal** que todos os enfermeiros prestassem cuidados integrais, realizassem educação para a saúde, desenvolvessem metodologia científica e se reforçasse a autonomia dos enfermeiros, face aos cuidados de enfermagem realizados nos domicílios.

Foi tido como **ideal e real**: a percepção de que se realiza prevenção de úlceras de decúbito, educação para a saúde, se motiva para o auto cuidado e se realiza o acto vacinal acompanhado de ensinamentos pertinentes à situação da família, o que nos leva a concluir que é um recurso utilizado pelos enfermeiros nos centros de saúde.

Como **real**, não sendo classificado como ideal, foi a necessidade de esclarecer o utente/família sobre as diferenças dos recursos disponíveis nos centros de saúde e o atendimento hospitalar, foi **real** também, a responsabilidade atribuída aos enfermeiros generalistas da execução dos curativos, a atenção dada ao utente portador de diabetes e/ou com problemas cardiovasculares, aos aspectos de higiene, ao conhecimento do estado vacinal, assim como, a distribuição de metadona não articulada com outros cuidados de enfermagem.

Estes aspectos reforçam o recurso do modelo biomédico na prática dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.

Em relação à **perspectiva da situação**, foi qualificado como **ideal**, a necessidade de se utilizar o modelo holístico em todas as actividades, de se aperfeiçoar a dinâmica e o atendimento domiciliário pelos enfermeiros, de se estabelecer um ambiente de respeito mútuo entre enfermeiros e utentes e de se encontrar formas de planear as actividades de enfermagem a desenvolver.

Como **real e ideal**, foi feita a percepção de que o acto de aplicação de uma injeção, com frequência é acompanhado de mais algum cuidado, cuidado este, por vezes não totalmente definido nem registado, mas percebido como necessário e importante pelo enfermeiro, e que vem ao encontro da citação de Carmen de la Cuesta « é apontado como risco, mostrar o êxito dos enfermeiros na comunidade, considerando somente os factores quantitativos e ignorando outros elementos intangíveis na interacção entre enfermeiro e utente» (1980-Robinson, citado por Cuesta, 1994:19).

A percepção do **real** foi atribuída às poucas acções de promoção da saúde e prevenção da doença que são realizadas durante os curativos e nos domicílios, na dificuldade de se estabelecer rotinas de atendimento de enfermagem nos centros de saúde e de satisfazer as necessidades de algumas famílias face a desospitalização, na prevalência do modelo biomédico, no curto período de tempo para realizar a integração dos novos elementos na equipa de enfermagem, à escassa participação comunitária e à dificuldade dos enfermeiros em demonstrar autonomia face à equipa multiprofissional e à comunidade.

Praticar cuidados de enfermagem com qualidade, a partir destes factos, é um desafio para a equipa de enfermagem. É necessário que, desde a formação se comecem a analisar estas questões e se discutam formas de organização de trabalho para tentar minimizar os efeitos desta realidade na qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar.

Face aos aspectos que **não identificam na prática profissional**, verifica-se certa incongruência, pois a dependência ao poder medico e a prevalência do modelo biomédico, foram entendidos como **reais no item anterior**.

Quanto à **perspectiva do processo** foi percebido como **ideal**, o anseio de que no futuro os Cuidados de Saúde Primários sejam de facto relevantes, a expectativa de que o enfermeiro generalista seja o enfermeiro de família e que se estreite o relacionamento entre o enfermeiro, o utente e a equipa multiprofissional.

Como **real**, foi identificado que a prática dos cuidados de enfermagem não tem acompanhado a evolução da enfermagem e que os Cuidados de Saúde Primários têm vindo a perder sua filosofia, assemelhando-se com os antigos serviços médico-sociais. Deixa-se mesmo, transparecer certo saudosismo dessa fase, justificado pela autonomia, tipo de cuidados prestados e os resultados alcançados pelos enfermeiros naquele período.

O modelo comunitário contempla toda a população, assim, não temos dúvidas que aos actuais enfermeiros da comunidade, é exigido uma prática vocacionada para as múltiplas necessidades expressas e não expressas do indivíduo/família no seio de uma comunidade.

A possibilidade do ficheiro do enfermeiro de família conter utentes de diferentes médicos também foi anotada como **real**, contudo a maioria informou não ter experiência em trabalhar como enfermeiro de família. Foi também percebida como **real**, a preocupação do enfermeiro trabalhar só com o médico de família.

Acreditamos que pairam dúvidas sobre a melhor forma de implantação da enfermagem de família nos centros de saúde e que vão desde: os aspectos éticos, a dinâmica da equipa multidisciplinar, o estudo e investigação da natureza e do tipo de relação que se deve estabelecer entre o enfermeiro de família e o utente /família, pois a intimidade física, psíquica e social, que os cuidados de enfermagem necessitam nesta área, exige auto-conhecimento, além de maturidade profissional e pessoal.

Em algumas situações é necessário a continuidade dos cuidados de enfermagem pelo enfermeiro de família, durante todos os dias do ano. Assim, parece-nos necessário encontrar uma formula para melhor calcular a relação enfermeiro de família/ número de famílias, além de se repensar e questionar a dinâmica de trabalho da nova equipa de enfermagem comunitária, da qual fará parte também, o enfermeiro de família. Por outro lado, aos utentes é facultado a escolha de seu médico de família; e quanto à escolha do enfermeiro de família? Será relevante para o utente? Será relevante para a equipa de enfermagem e multiprofissional?

2 - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

As **actividades** inerentes ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária percebidas como **ideal**, foram: a participação em trabalhos de investigação, em formação de enfermagem e na coordenação da equipa de enfermagem face aos cuidados integrais e continuados. Foram assinalados como **real e ideal**, a percepção da importância dos cuidados de prevenção e do envolvimento da família, a realização de educação para a saúde, o facto de actuarem em todas as áreas da enfermagem na comunidade e com a população de risco e a coordenação dos cuidados de enfermagem domiciliários. Como **real**, foi mencionado o facto de privilegiarem a promoção da saúde e prevenção da doença durante a prática mas não participarem na integração dos novos elementos da equipa de enfermagem.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária que trabalham em CSP reconhecem o papel estratégico que desempenham face a Promoção da Saúde e a Prevenção da Doença, pois está intrinsecamente ligado ao seu exercício profissional. Se é atribuído ao enfermeiro generalista a execução dos cuidados de enfermagem aos utentes portadores de feridas mas o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária não participa na integração dos novos elementos, acreditamos que torna-se mais difícil a compreensão da importância destes aspectos no acto das consultas de enfermagem ao utente portador de ferida. A cooperação do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na integração dos novos elementos, poderá ser um óptimo momento, para motivar e desenvolver aspectos da promoção da saúde e prevenção da doença.

Face à perspectiva da situação do exercício profissional dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária nos centros de saúde, foi identificado como **ideal** a possibilidade de se aplicar os conhecimentos assimilados no curso de especialidade e a recomendação de se desenvolver o papel de elo entre a comunidade e o centro de saúde.

Como **real**, foi assinalada a visão e preparo que possuem em diferentes vertentes, e a pouca valorização da especialidade assim como a não integração com a direcção.

A percepção que as actividades de gestão, de planeamento e controlo identificam os enfermeiros especialistas têm sido uma característica da enfermagem; sem dúvida são papéis importantes a desenvolver. Mas, se uma especialidade prepara o enfermeiro em várias vertentes, forçosamente, a sua prática de cuidados de enfermagem, deverá tornar também visível este conhecimento e este preparo. Se assim não for, é porque os cuidados de enfermagem já foram integralmente desenvolvidos na formação básica de enfermagem.

Em relação à **perspectiva do processo**, face à formação e experiência que os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária possuem, assinalaram como **ideal**, a coordenação de equipas de enfermeiros de família, devido à visão alargada que a especialidade em enfermagem comunitária proporciona. Como **real** foi identificada a percepção de que o ensino de enfermagem investe mais nos aspectos curativos não privilegiando a motivação para a promoção da saúde e prevenção da doença como cuidado de enfermagem.

Reforça-se então, a necessidade de que na prática, o enfermeiro especialista assuma a responsabilidade de manter-se actualizado e de motivar a equipa, para a promoção da saúde e prevenção da doença, atendendo às características do contexto de cada situação de cuidado.

3 – Obstáculos ao exercício

Neste tema ocorreu o maior índice de concordância, sendo assinalado como **real** o insuficiente número de enfermeiros e de enfermeiros especialistas, a não disponibilidade de tempo e de espaço físico para realizar ensino personalizado o que compromete a qualidade dos cuidados a prestar, a falta de estruturas que dificulta o avanço dos enfermeiros para o atendimento no domicílio e na comunidade, a falta de incentivos para se trabalhar em cuidados de saúde primários, a carência de enfermeiros jovens a actuar em centros de saúde, a dependência do poder médico e as dúvidas face ao futuro da equipa de enfermagem nos cuidados de saúde primários.

Cuidar de indivíduos e famílias numa comunidade, de modo geral e com o passar do tempo, estreita laços entre quem presta cuidados e quem necessita de cuidados. Para além dos aspectos éticos inerentes a este tipo de situação de trabalho, os enfermeiros da comunidade têm consciência do quanto fica por fazer. Expressões como:

“ É preciso tempo, não posso dizer simplesmente - *O senhor cheira mal* -”, citada numa entrevista, reflecte certa angústia entre aquilo que acreditamos ser o nosso dever profissional e aquilo que conseguimos realizar com as condições de trabalho que dispomos: «Ao aprender o processo de análise da situação, que permite identificar os cuidados, é indispensável discriminar, ao mesmo tempo, as condições que permitem realizar esses cuidados e sensibilizar e interessar o público e outras profissões de saúde e sociais, para as condições de trabalho, necessárias para os cuidados de enfermagem... para que cuidar seja suportável, é necessário ter em conta as condições materiais, afectivas e sociais dos cuidados»(1999 – Collière:345).

4 - Metodologia científica/processo de enfermagem

As actividades referentes à **metodologia científica** percebidos como **ideal**, referem-se à necessidade de ir ao encontro das necessidades globais do utente e da família e conhecer a pessoa a quem prestamos cuidados. Como **real e ideal**, foi percebida a importância dos registos, a relevância da utilização do modelo holístico ao cuidar do utente portador de ferida, sem o dissociar do contexto familiar e motivando-o para o cuidado. Por outro lado, foi entendido como **real**, o não levantamento das necessidades globais do utente, limitando-se ao registo da vacinação anti-tetânica, o não planeamento por escrito das actividades de enfermagem e a pouca disponibilidade da equipa de enfermagem para compreender as necessidades, potencialidades e a motivação do utente/família para o auto-cuidado.

Motivar para o auto-cuidado, exige que se conheça a pessoa/família, pois será a partir do que for capaz de entender, valorizar, querer e poder fazer, que irá cooperar e assumir sua responsabilidade face à saúde. O relacionamento interpessoal e profissional adequado a cada situação, é factor fundamental para alcançar êxito.

Quanto à **perspectiva da situação**, todos os enfermeiros assinalaram como **real**, a compreensão de que o Homem é um ser dinâmico, em constante transformação cujas necessidades são pessoais e mutáveis. Foi também referido como **real**, a frustração experimentada ao utilizar o modelo biomédico, ao não conhecer o utente e suas necessidades, a não utilização de um plano de cuidados de enfermagem em todas as áreas da enfermagem na comunidade, a percepção pelo enfermeiro da insatisfação dos utentes quando estes são tratados de forma impessoal, de não se criar uma relação de confiança entre o enfermeiro e o utente durante os cuidados prestados e destes não valorizarem os ensinamentos feitos pelos enfermeiros.

Novamente, são referidos a relevância dos aspectos da confiança e de uma relação interpessoal positiva, durante as consultas de enfermagem. Estes factores podem influenciar a aceitação pelo utente/família dos ensinamentos realizados pelo enfermeiro. Pois, para concretizar a construção do processo de cuidados de enfermagem, « torna-se necessário conhecer a pessoa ou grupo implicado ... reaprender a ver ... reaprender as linguagens usuais ...» (1999- Collière:246).

Em relação a análise de dados da 2ª parte do questionário, os aspectos da Relação Interpessoal, foram pela maioria considerados como muito relevantes, sendo :

Proporcionar privacidade e **Ouvir o que o utente/família tem a dizer**, referido por todos (100% da amostra), reforçando-se o facto de se sentirem frustrados quando não conhecem o utente e suas necessidades.

Quanto aos itens referentes à Promoção da Saúde, que obtiveram a maior relevância por unanimidade foram:

Observação e questionamento sobre hábitos higiénicos e Estimular o auto- cuidado.

Os itens que obtiveram relevância, mas com menor pontuação em relação aos demais foram: **Observar e questionar oportunamente sobre respiração, relações sociais, expressão da sexualidade e da espiritualidade.** Pensamos que são pontos de grande importância para a Promoção da Saúde, conforme o utente e o contexto da situação. Se segundo Orem, citada por Kérouac(1996:30) « O auto-cuidado é uma acção adquirida, apreendida por uma pessoa em seu contexto sociocultural », não se poderá omitir nenhum aspecto que se relacione com a pessoa do utente. Contudo, acreditamos ser muito difícil fazê-lo num local sem privacidade, com pouco tempo, sem a segurança decorrente do nível de conhecimentos necessários e da forma de abordagem adequada a cada utente/família.

Quanto aos aspectos da Prevenção da Doença, todos foram considerados muito relevantes com mediana de 4. A menor pontuação coube ao item sobre **Prevenção de Acidentes de Viação.**

Com o número de acidentes de viação a crescer constantemente, talvez fosse necessário, continuar a motivar a própria equipa de enfermagem para abordar o tema, quando oportuno.

Com base nas reflexões e conclusões obtidas e ao considerar os objectivos iniciais deste trabalho, realizamos algumas sugestões:

- mobilizar a equipa de enfermagem para encontrar formas de manter a privacidade do utente, durante a realização dos cuidados de enfermagem,
- desenvolver técnicas de consulta de enfermagem ao utente portador de ferida,
- reflectir e aprofundar conhecimentos sobre motivação para o auto-cuidado e estratégias de educação para a saúde,
- possibilitar a participação do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na integração dos novos enfermeiros e no aperfeiçoamento constante da equipa de enfermagem em promoção da saúde e prevenção da doença,
- aprofundar conhecimentos sobre relações interpessoais e ciências da família,
- analisar estratégias viáveis para implementação do enfermeiro de família e sobre a dinâmica de trabalho da nova equipa de enfermagem comunitária e de equipa multiprofissional
- aprofundar conhecimentos sobre formas de participação comunitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAM, Evelyn (1994) – *Ser Enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.

AZEREDO, Zaida (1994) – *A família em mudança: implicações em clínica geral*. “Boletim do Instituto de Clínica Geral Zona Norte”. Porto. Ano 1,nº 1 (Março-Abril), p. 3-5.

AZEVEDO, Cidália (1996) – *Integração de Enfermeiros às unidades/serviços*. “Divulgação”. N.º 38(Abril), p.9-29.

BASTO, Marta Lima (1998) – *Da Intenção de Mudar à Mudança - Um caso de Intervenção num Grupo de Enfermeiras*. Lisboa: Rei dos Livros.

BASTO, Marta Lima (1998) – *Comunicação Enfermeira/Doente*. “Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros”. N.º 11 – 2.ª série (Julho/Setembro), p.18-20.

BASTO, Marta Lima [et al.] (2000) – *Contributo da Enfermagem para a Promoção da Saúde da População*. Lisboa: Sub-Região de Saúde de Lisboa e Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Rezende (não publicado).

BIER, Otto (1984) - *Microbiologia e Imunologia*. 23ª ed. São Paulo: Melhoramentos.

BOAVISTA, Anabela Quelhas (1995) – *O Enfermeiro Especialista : o saber e o fazer*. “ Revista Informar”. N.º 0(Janeiro/Março), p. 24-28.

BOFF, Leonardo (1999) – *Ética da Vida*. Brasília: Letraviva Editorial Ltda.

BOFF, Leonardo(2000) – *Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis,RJ: Editora Vozes.

Referências Bibliográficas

BOGDAN, Roberto; BIKLEN, Sari Knopp (1994) - *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

BOMAR, Perri J. (1992) – *Nurses and families health promotion: concepts, assessment and interventions*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

BURY, Jacques A. (1988) – *Éducation pour la santé : concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles : Boeck-Wesmael.

CALLAGHAN, Patrick (1990) – *O enfermeiro especialista*. “Revista Nursing”. N.º 31(Agosto), p. 24-27.

CAMPOS, Alexandra (1999) – *Sistemas locais de saúde e centros de saúde – início da reforma do sistema de saúde ?* “ Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Vol. 17, n.º 1(Janeiro/Junho), p.65-69.

CARAPINHEIRO, Graça; LOPES, Noémia M. (1997) – *Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

CASADO, Rafael del Pino [et al] (1995) – *Modelos en Enfermería Comunitaria* . “Revista Rol de Enfermería”. N.º207(Novembro), p.57-63.

CASTLEDINE, George (1994) – *O profissional qualificado*. “Revista Nursing”. N.º 73 (Fevereiro), p.7-8.

COELHO, Aloísio M. (1997) – *A saúde pública no limiar do século XXI*. “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Vol. 15, n.º 3(Julho/Setembro), p.5-9.

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) - *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Referências Bibliográficas

CONDON, E. (1986) – *Theory derivation: application to nursing*. “Journal of Nursing Education”. Vol. 25, n.º4(April), p.156-159.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE (1988) – *Recomendações da Conferência de Adelaide sobre políticas favoráveis à saúde*. Adelaide, Austrália.

CONSELHO DE ENFERMAGEM (2001) – *Especialidades em Enfermagem*. “Revista da Ordem dos Enfermeiros”. Lisboa. N.º4 (Outubro), p.18-28.

CÓRDON, Juan Manuel Navarro; MARTÍNEZ, Tomas Calvo (1995) – *História da Filosofia – Filosofia Contemporânea*. 3.º Volume. Lisboa: Edições 70, Ltda.

CORREIA, Maria Adelina Bandeira (1993) – *Relevância Social da Formação do Enfermeiro de Saúde Pública*. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Universidade de Coimbra. Coimbra: Dissertação de Mestrado em Pedagogia da Saúde.

COSTA, Carlos; REIS, Vasco (1993) – *O sucesso nas organizações de saúde*. “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Vol. 11, n.º 3(Julho/Setembro), p. 59-67.

COSTA, Maria Arminda M. (1999) – *Reflectindo ... sobre o ensino de enfermagem!* “Revista Sinais Vitais”. N.º 17(Novembro), p. 11-16.

COSTA, Maria Arminda M. (1999) - *Novos Desafios para a Excelência dos Cuidados de Enfermagem*. Conferência proferida no 50.º aniversário da Associação Católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde. Casa Diocesana do Vilar, 9 de Outubro de 1999.

DE LA CUESTA BENJUMEA, C. (1994) – *Creación de contextos – Trabajo intangible de Enfermería Comunitaria*. “Revista Rol de Enfermería”. N.º 195 (Novembro), p. 13-19.

DE LA CUESTA BENJUMEA, C. (1996) - *Trabajo de salud: una visión cualitativa sobre el cuidado de la propia salud*. “Enfermería Clínica”. Vol. 6, n.º3, p.95-101.

Referências Bibliográficas

DEMO, Pedro (1981) – Metodologia Científica em Ciências Sociais. São Paulo: Atlas

DEUS, Maria de Fátima L.; ANTUNES, Maria José C. (2000) – *Como observar na interação enfermeiro/utilizador as práticas que contribuem para a promoção de saúde da população?* “Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros”. N.º 17 , 2.ª série(Janeiro/Março), p.29-34.

ENGBRETSON, J. (1997) - *A Multiparadigm Approach to Nursing*. “Advances in Nursing Science”. Vol. 20, n.º 1(September).

ESPAÑA, Ministerio de Sanidad y Consumo (1987) – Guía de Enfermería en Atención Primaria de Salud. 3ª ed. Madrid: Dirección General de Planificación Sanitaria.

FARO, Ana Cristina Mancussi (1997) – *Técnica Delphi na Validação das Intervenções de Enfermagem*. “ Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo”. São Paulo. Vol. 31, n.º 2 (Agosto), p. 259-273.

FERNANDES, Maria Eugénia Lemos(1987) – *Manual de Isolamento*. São Paulo: Hospital Emílio Ribas e Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (não publicado).

GEORGE, Julia B. [et al] (2000) – *Teorias de Enfermagem: os fundamentos da prática profissional*. 4.ª ed. Porto Alegre: Art Med .

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin(1992) – *O Inquérito, Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.

GIL, António Carlos (1991) – *Como elaborar projectos de pesquisa*. 3ª ed. São Paulo: Editora Atlas.

GIL, António Carlos (1995) – *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 4ª ed. São Paulo: Editora Atlas.

Referências Bibliográficas

- GIRALDES, Maria do Rosário (1994) – *Política económica e política social – suas articulações*. “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Vol.12, n.º1(Janeiro/Março), p.53-55.
- GOLDENBERG, Dalia Silberstein (1997) – *La familia, un paciente olvidado*. “Revista Rol de Enfermería”. N.º 223(Março), p. 25-30.
- GONÇALVES FERREIRA, F. A. (1971) - *Moderna Saúde Pública*. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- GONÇALVES FERREIRA, F. A. (1990) - *Moderna Saúde Pública* . 6ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- GOODMAN, C.M. (1987) – *The Delphi technique: a critique*. “Journal Advanced of Nursing”. Vol. 12, n.º6, p.729-734.
- GRAND, Julian (1989) – *Equidade, saúde e cuidados de saúde*. “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Vol. 7, n.º3(Julho/Setembro).
- HARTZ, Catherine (1994) – O que é a Promoção da Saúde? “Revista Nursing” . Ano 6, n.º 72(Janeiro), p. 17-19.
- HEIDEGGER, Martin (2000) – *Ser e Tempo – Parte I*. 9ª ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário (1993) – *Metodologia do Planeamento da Saúde*. 3ª ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- JON LANDETA (1999) - *El método Delphi – Una técnica de previsión para la incertidumbre*. Barcelona: Editorial Ariel.
- JUSTO, Cipriano (1995) – *Crítérios consensuais da qualidade do desempenho dos centros de saúde – Metodologia da combinação da técnica Delphi com a opinião de informadores-chave da comunidade*. “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Lisboa. Vol.13, n.º4 (Outubro/Dezembro), p.31-47.

KARK, Sidney L. [et al] (1994) – *Atención Primaria Orientada a la Comunidad*. Barcelona: Ediciones Doyma S.A.

KÉROUAC, Suzanne [et al.] (1996) – *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.

KRON, Thora (1978) – *Manual de Enfermagem*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana.

LA ENFERMERA DE FAMÍLIA, una respuesta de la enfermería para los retos del siglo XXI. (2000) – “Revista Rol de Enfermería”. Vol.23, n.º6(Junho), p.409.

LAZURE, Hélène (1994) – *Viver a Relação de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.

LEAVELL, Hugh R.; CLARK, E.Gurney (1976) – *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil.

LE BOTERF, Guy (1994) – *Modelos de Aprendizagem em Alternância na Comunidade: cinco desafios a enfrentar*. “Revista In Formar – Instituto do Emprego e Formação Profissional”. N.º 10, p. 40-46.

LEININGER, Madeleine (1998) – *Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial*. “Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros”. N.º 10 - 2.ª Série (Abril/Junho), p.32-36.

LOPES, Manuel José (1999) – *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral – Alguns dados e implicações*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

LOPES, Maria dos Anjos Pereira (1999) – *Que Novos Papéis para os Enfermeiros?* “Revista Pensar Enfermagem”. Vol.3, n.º 1(1.º semestre), p. 3-7.

LOPEZ, C. Carmen; PISA, L. Rosa Maria (1993) – *Enfermería Comunitária III*. Barcelona: Masson-Salvat.

Referências Bibliográficas

LUCAS, J. Santos (1995) – *Promoção da saúde familiar – corolário do Ano Internacional da Família*. “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Vol.13, n.º1(Janeiro/Março), p. 11-18.

MARSHALL, Zoe; LUFFINGHAM, Nikki (1999) – *O enfermeiro especialista versus generalista*. “Revista Nursing”. N.º132(Abril), p.18-23.

MARTIN ZURRO, A.; CANO PÉREZ, J.F. (1991) – *Manual de Cuidados Primários II: Organização e Protocolos de Actuação na Consulta*. Barcelona: Doyma.

MARTÍN ZURRO, A.; CANO PÉREZ, J.F. (1994) - *Atención Primaria – Conceptos, Organización y Práctica Clínica*. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros S.A.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (1985) – *O Papel do Pessoal dos Cuidados de Saúde Primários na Promoção da Saúde – relatório de um grupo de trabalho da OMS*. Lisboa: Divisão de Educação para a Saúde.

NATÁRIO, Emília (1992) – *Hábitos de vida e percepção da saúde – inquérito de um dia a utilizadores de um centro de saúde*. “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Vol. 10, n.º2(Abril/Junho), p.5-8.

NAVARRO, Maria Fernanda (1995) – *Educação para a saúde e profissionais de saúde comunitária*. “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Vol. 13, n.º4 (Outubro/Dezembro), p. 77-82.

NOGUEIRA, Manuel (1990) - *História da Enfermagem*. 2.ª ed. Porto: Ed. Salesianas.

OGUISSO, Taka (1997) - *A enfermagem e a mudança nos serviços de saúde*. “Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros”. N.º8 - 2.ª série(Outubro/Dezembro), p.37-44.

OREM, Dorothea E. (1993) – *Modelo de Orem – Conceptos de enfermería en la práctica*. 4.ª ed. Barcelona: Masson.

Referências Bibliográficas

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1978) – *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, Rússia: OMS.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1985) – *Metas Regionais – A Saúde para Todos na Europa até o ano 2000*. Lisboa: OMS.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1986) - *Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública - Carta de Otawa* . Otawa: OMS.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1999) – *Challenges for nurses working in the primary health care setting in Europe*. Copenhagen: WHO - Regional Office for Europe.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2000) – *2ª Conferência Ministerial da OMS em Enfermagem e Obstetrícia na Europa. Declaração de Munique*. Munique: OMS.

PARREIRA, Maria Vitória Barros de Castro (1995) – *Práticas Cuidativas em Saúde Materna – Significados para as Enfermeiras e Utentes*. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas – Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado.

PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara (1986) – *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Lisboa: ACEPS.

PIRES, Ana Luísa de Oliveira (1994) - *As Novas Competências Profissionais* . “Revista In Formar - Instituto do Emprego e Formação Profissional”. N.º10, p.4-19.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. (1995) – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

PORTO, Sílvia Maria (1994) – *Interdisciplinaridade e saúde*. “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Vol. 12, n.º 3(Julho/Setembro), p. 49-55.

Referências Bibliográficas

PORTUGAL. Conselho de Reflexão sobre a Saúde (1998) – *Recomendações para uma reforma estrutural*. Porto: CRES, 286 p.

PORTUGAL - Decreto-lei n.º 413/71. *Promulgou a Organização do Ministério da Saúde e Assistência*. “Diário da República”. Série I, 228(1971-09-27).

PORTUGAL – Decreto-lei n.º 480/88. *Estabeleceu a integração do ensino superior de enfermagem no ensino superior politécnico*. “Diário da República”. I Série, 295(1988-12-23).

PORTUGAL – Decreto-lei n.º 437/91. *Aprovou o regime legal da carreira de enfermagem*. “Diário da República”. I Série. 257 (1991-11-08).

PORTUGAL – Decreto-lei n.º 10/93. *Alterou a estrutura orgânica do Ministério da Saúde*. “Diário da República”. I Série. 12(1993-01-15).

PORTUGAL – Decreto-lei n.º 11/93. *Aprovou o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde*. “Diário da República”. I Série. 12(1993-01-15).

PORTUGAL – Decreto-lei n.º 335/93. *Aprovou o regulamento das Administrações Regionais de Saúde*. “Diário da República”. I Série. 229(1993-09-29).

PORTUGAL – Decreto-lei n.º 156/99. *Estabeleceu o regime dos sistemas locais de saúde, designados SLS*. “Diário da República”. I Série-A . 108(1999-05-10).

PORTUGAL – Decreto-lei n.º 157/99. *Estabeleceu o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde*. “Diário da República”. I Série-A . 108(1999-05-10).

PORTUGAL – Ministério da Educação e da Saúde – Portaria n.º 239/94. *Regulamentou os cursos de estudos superiores especializados na área da enfermagem*. “Diário da República”. I Série-B. 89(1994-04-16).

PORTUGAL – Ministério da Educação- Decreto-lei n.º 353/99. *Aprovou as regras gerais a que fica subordinado o ensino de Enfermagem no ensino superior politécnico, assegura o ensino de enfermagem através do curso de licenciatura em Enfermagem e de cursos de pós-licenciatura de especialização não conferentes de grau académico, e interrompe os cursos de estudos superiores especializados em enfermagem.* “Diário da República”. I Série-A. 206(1999-09-03).

PORTUGAL - Ministério da Educação- Portaria n.º 799-D/99. *Aprovou o regulamento geral do curso de Licenciatura em Enfermagem.* “Diário da República”. I Série-B. 219(1999-09-18).

PORTUGAL – Ministério da Educação – Portaria n.º 799-E/99. *Aprovou o regulamento geral do curso de Complemento de Formação em Enfermagem.* “Diário da República”. I Série-B. 219(1999-09-18).

PORTUGAL – Ministério da Educação – Portaria n.º 799-F/99. *Aprovou o regulamento geral do ano complementar de formação em Enfermagem.* “Diário da República”. I Série-B. 219(1999-09-18).

PORTUGAL – Ministério da Educação – Portaria n.º 799-G/99. *Criou o curso de licenciatura em Enfermagem num conjunto de escolas superiores de enfermagem públicas.* “Diário da República”. I Série-B. 219(1999-09-18).

PORTUGAL - Ministério da Saúde – Decreto-lei n.º 104/98: *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.* “Diário da República”. Série I-A(1998-04-21).

PORTUGAL - Ministério da Saúde (revisão de 1999) - *Saúde: um compromisso. A Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998 – 2002).* Lisboa: Ministério da Saúde.

QUIVY, Raymond; CHAMPENHOUDT, Luc Van (1992) – *Manual de Investigação em Ciências Sociais.* Lisboa: Gradiva Publicações.

Referências Bibliográficas

RAMOS, Vítor (1994) – *Condições indispensáveis para a garantia de qualidade em cuidados de saúde primários*. “ Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Vol. 12, n.º1(Janeiro/Março), p.47-50.

REBELO, Maria Teresa (1996) – *Os Discursos nas Práticas de Cuidados de Enfermagem: contributo para análise das representações sociais*. “ Revista Sinais Vitais”. N.º 9 (Novembro).

REBELO, Maria Teresa (1997) – *Sobre a Noção de Prática*. “ Revista Pensar Enfermagem”. Vol. 2, n.º 0(1.º semestre), p.3-4.

REBELO, Maria Teresa (1998) – *Do fazer ao dizer enfermagem: que obstáculos?* “ Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros”. N.º 10 – 2.ª série (Abril/Junho), p. 14-19.

RIBEIRO, Lisete Fradique (1995) – *Cuidar e Tratar. Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral*. Lisboa: Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

RIBEIRO, Lisete Fradique; REBELO, Maria Teresa; BASTO, Marta Lima (1996) – *O texto e o contexto das tendências de enfermagem*. “ Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Vol. 14, n.º 4(Outubro/Dezembro), p. 25-37.

RIBEIRO, Lisete Fradique (1999) – *Ética e Cuidados – Responsabilidade Pessoal e Profissional dos Enfermeiros*. “ Revista Sinais Vitais”. N.º 22(Janeiro), p.13-16.

RODRIGUES, Custódio [et al.] (1998) - *Manual de Psicologia / 2 – Motivação*. Porto: Contraponto Edições.

Referências Bibliográficas

RODRIGUES, Manuel Alves (1995) – Intervenção de Ajuda Holística em Enfermagem. “Revista Cuidar”. N.º2, p. 1-7.

SILVA, Ana Maria Santos (1990) – *Metodologia da identificação das necessidades de formação em saúde escolar. Comparação de dois métodos: painel Delphi e técnica de grupo nominal*. “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Lisboa. Vol.8, n.º 2 (Abril/Junho), p.45-57

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (1999) – *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Lisboa: Lusociência.

SUBTIL, Carlos Lousada (1999) – *O Enfermeiro de Família*. “Revista Sinais Vitais”. N.º 25(Julho), p.21-25.

SWANSON, K – *Empirical development of a middle range theory of caring*. “Nursing Research”. Vo.40, n.º3(May/June).

TANAKA, Osvaldo Yoshimi; SILVA, Roseli Ferreira (1999) – *Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde*. “Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo”. São Paulo. Vol. 33, n.º 3 (Setembro), p. 207-216.

VALA, Jorge (1986). A Análise de Conteúdo. In: SILVA, A.S. e PINTO, J. M. *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Ed. Afrontamento. p.101-128.

VIDAL, Teresa Rasquilho; FIGUEIREDO, Amélia Simões (1996) – *Cuidados de Saúde Primários- Valorização por docentes e alunos e repercussões na prestação de cuidados*. “Revista Portuguesa de Enfermagem”. N.º 1(3.º trimestre), p.121-177.

VUORI, H. (1987) – *Atención Primaria de Salud en Europa: problemas y soluciones*. “Revista Rol de Enfermería”. N.º110, p.41- 45.