



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

SAÚDE EM REDE

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Comunitária

Elisabete Correia Baginha

LISBOA, Abril 2011



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

SAÚDE EM REDE

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Comunitária

Elisabete Correia Baginha

Sob orientação da Professora Ana Resende

LISBOA, Abril 2011

RESUMO

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura social e familiar da sociedade portuguesa, têm determinado novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas. Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa mostra que os últimos anos de vida são, na sua maioria, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade muitas vezes relacionados a saúde. O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, visando a manutenção da autonomia, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, exige uma acção multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde (Direcção Geral da Saúde – DGS, 2004). A aplicação de um modelo conceptual integrado, consubstanciado na Rede de Cuidados Continuados, terá mais êxito, quanto mais assentar na cooperação, através do estabelecimento de parcerias, que criem sinergias entre experiências, competências e recursos, entre as diferentes instituições de saúde e com respeito pelos princípios éticos da transparência e compreensão mútuos.

Este relatório descreve a implementação de um projecto de intervenção comunitária, sustentado no levantamento das necessidades expressas pela equipa de cuidados continuados do Centro de Saúde de Oeiras que decorreu no âmbito do primeiro módulo de estágio. O segundo módulo baseou-se na operacionalização de estratégias dirigidas à articulação e ao desenvolvimento de uma parceria entre os cuidados continuados do Agrupamento dos Centros de Saúde de Oeiras e Hospital Egas Moniz na perspectiva dos cuidados de enfermagem. O terceiro e último módulo desenvolveu a ampliação do respectivo projecto a outras equipas de cuidados continuados bem como a outros serviços de internamento na área de abrangência do Hospital Egas Moniz.

Com este projecto que se denominou de “Saúde em Rede”, pretende-se promover o desenvolvimento de parcerias de modo a contribuir para promoção de um envelhecimento activo e mais saudável da população idosa, através da continuidade dos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave – Projecto; Intervenção; Cuidados; Continuidade; Enfermagem Parceria; e Articulação

ABSTRACT

Demographic ageing and changes in the epidemiological pattern and in social and family structure of portuguese society, have determined new needs in health, for which it is urgent to organize appropriate answers. Although enormous progress of health sciences, in recent decades, have had a major role in increasing longevity, the portuguese reality shows that the last years of life are frequently accompanied by situations of fragility and incapacity often related to health. The “National Programme for the Health of the Elderly”, aiming to maintain autonomy, quality of life and overall recovery of the elderly, primarily in domicile and habitual way of life, requires a multidisciplinary action of health services, in close liaison with the “Network of Health Continuing Care” (DGS, 2004). The application of an integrated conceptual model, embodied in the “Network of Continuing Care”, will have more success, the more it is based on cooperation, through the establishment of partnerships that create synergies between experiences, skills and resources among the different health institutions and with respect for ethical principles of transparency and mutual understanding.

This report describes the implementation of a community intervention project, sustained in lifting the needs expressed by the continuing care staff of the Health Centre of Oeiras which ran under the first stage module. The second module was based on the implementation of strategies directed to the articulation and development of a partnership between the care of the Group of Health Centers of Oeiras and Egas Moniz Hospital in nursing perspective. The third and final module has developed the extension of this draft to other teams of continuing care and other residential services in the coverage area of Egas Moniz Hospital.

With this project called "Network Care", one intends to promote the development of partnerships in order to contribute to the promotion of active ageing and more healthy elderly population through the continuation of nursing care.

Keywords – Project; Intervention; Care; Continuity; Nursing; Partnership; and Articulation

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho, bem como a obtenção dos seus resultados testemunham a necessidade em expressar a profunda gratidão a todas as pessoas que o tornaram possível.

Expresso a minha gratidão à professora Ana Resende, pela sua ajuda, disponibilidade, e simpatia que sempre me concedeu ao longo de todo o curso.

À enfermeira Luísa Horta e Costa pela valiosa orientação e pelos saberes que partilhou comigo, determinantes no desenvolvimento das minhas competências.

De uma forma muito particular ao Noé e à Manuela pelas incontáveis sessões de encorajamento e estímulo, sem eles também não teria sido possível a concretização desta caminhada.

Finalmente e de uma forma muito especial, enalteço e magnifico o meu grandioso Criador, cujo nome Santo é Jeová, pelo seu amor e incessante bondade demonstrados, apesar da minha “indisponibilidade” para com Ele.

Duas formigas conseguem arrastar um gafanhoto.

Provérbio Africano

ABREVIATURAS, SIGLAS E SINAIS CONVENCIONAIS

- ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde
- ACES-O – Agrupamento dos Centros de Saúde de Oeiras
- CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens
- CPCJO – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Oeiras
- CS – Centro de Saúde
- CSO – Centro de Saúde de Oeiras
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- Dec. – Decreto
- DGS – Direcção Geral da Saúde
- DR – Diário da República
- ECC – Equipa de Cuidados Continuados
- Ed. – Edição
- Edit. – Editore(s)
- Et al. – E outros (abreviatura da expressão latina “et alii”)
- Etc. – E outros; e outras coisas mais (abreviatura da expressão latina “et coetera”)
- HEM – Hospital Egas Moniz
- HSFX – Hospital São Francisco Xavier
- HSJ – Hospital São José
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- Km² – Quilómetro quadrado
- Nº – Número
- NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco
- NIC – Núcleo de Intervenção Comunitária
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- Stº – Santo
- S l – Sem local de edição (abreviatura da expressão latina “sine loco”)
- RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
- USF – Unidade de Saúde Familiar

USFCO – Unidade de Saúde Familiar Conde de Oeiras

USFSJ – Unidade de Saúde Familiar São Julião

% - Percentagem

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Distribuição das Notificações para os Cuidados Continuados pelos vários Centros de Saúde

GRÁFICO 2 – Utilidade Prática e Profissional (ACES-O)

GRÁFICO 3 – Sensibilização a novos Procedimentos (ACES-O)

GRÁFICO 4 – Sensibilização a novos Procedimentos (Medicinas-HEM)

GRÁFICO 5 – Objectivos da Reunião (Reunião entre Parceiros)

GRÁFICO 6 – Utilidade Prática e Profissional (Reunião entre Parceiros)

GRÁFICO 7 – Utilidade Prática e Profissional (Serviços-HEM)

GRÁFICO 8 – Sensibilização a novos Procedimentos (Serviços-HEM)

GRÁFICO 9 – Utilidade Prática e Profissional (Centros de Saúde abrangidos pelo HEM)

GRÁFICO 10 – Sensibilização a novos Procedimentos (Centros de Saúde abrangidos pelo HEM)

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Distribuição das Notificações para os Cuidados Continuados pelos Serviços de Internamento do HEM

SUMÁRIO

0. INTRODUÇÃO	12
PARTE I – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	16
1. Objectivos Gerais do estágio.....	16
1.1- Actividades desenvolvidas e recursos utilizados.....	18
2. Objectivos específicos para o módulo I.....	20
2.1. Actividades desenvolvidas e recursos utilizados.....	20
3. Situação problemática identificada	26
4. Definição de conceitos	27
5. Enquadramento do projecto.....	30
PARTE II – PROJECTO DE INTERVENÇÃO	34
1. Objectivos específicos para o módulo II.....	34
1.1. Actividades desenvolvidas e recursos utilizados.....	35
2. Projecto de intervenção	46
PARTE III – CONTINUIDADE DO PROJECTO	51
1. Objectivos específicos para o módulo III.....	51
1.2. Actividades desenvolvidas / projecto de intervenção	52
EPÍLOGO	56
BIBLIOGRAFIA	59
ANEXOS	64
Anexo I - Competências propostas no plano de estudos	65
Anexo II – Projecto de Estágio	70
Anexo III – Caracterização do CSO	85
Anexo IV – Cronograma das Actividades	93
Anexo V – Reflexões Críticas das Actividades.....	96
Anexo VI – Guião de Entrevista de Grupo Focal	110
Anexo VII – Análise de Entrevista Grupo Focal	113

Anexo VIII – Pedido de Estágio HSJ.....	121
Anexo IX – Guião das Entrevistas	123
Anexo X – Análise de Conteúdo das Entrevistas	126
Anexo XI – Procedimentos Alta HEM	132
Anexo XII – FAX-HEM Notificação Cuidados Continuados.....	137
Anexo XIII – Proposta Novo Modelo de Fax.....	139
Anexo XIV – Relatório Anual - Projecto de Altas.....	141
Anexo XV – Nota de Alta de Enfermagem HEM.....	157
Anexo XVI – Versão Breve – Projecto.....	161
Anexo XVII – Grelha Contactos ACES-O.....	162
Anexo XVIII – PowerPoint Medicinas.....	168
Anexo XIX – Plano de Sessão da Formação.....	173
Anexo XX – Questionário de Avaliação da Formação.....	176
Anexo XXI – Avaliação Global da Aplicação dos Questionários nos Serviços de Internamento do HEM.....	178
Anexo XXII – Avaliação Global da Aplicação dos Questionários nos Centros de Saúde.....	182
Anexo XXIII – Lista de Contactos do HEM.....	187
Anexo XXIV – PowerPoint Serviços de Internamento do HEM.....	191
Anexo XXV – Lista de Contactos das Equipas de Cuidados Continuados da área de abrangência do HEM.....	194
Anexo XXVI – Grelha de Observação de Planeamento de Altas.....	196
Anexo XXVII – Análise dos três momentos de observação de planeamento de altas.....	198
Anexo XXVIII – Matriz de Codificação.....	211
Anexo XXIX – Questionário de Avaliação de Entrevista.....	213

0 – INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com a especialização em Enfermagem Comunitária, na Universidade Católica Portuguesa / Instituto de Ciências da Saúde, e de acordo com o plano de estudos do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, foi realizado um Estágio para avaliação da unidade curricular com o mesmo nome.

A Unidade Curricular Estágio é composta por três módulos distintos. O primeiro módulo é composto por um diagnóstico de situação que ocorreu na Equipa de Cuidados Continuados (ECC), no período de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010. O segundo módulo teve lugar no Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR), e é constituído por uma intervenção dirigida ao diagnóstico que decorreu de 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010. Estes dois locais de estágio inserem-se na Unidade de Cuidados na Comunidade pertencente ao Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) de Oeiras. O terceiro e último módulo foi desenvolvido no Serviço de Medicina I A do Hospital Egas Moniz (HEM) no período de 22 de Novembro de 2010 a 28 de Janeiro de 2011. A escolha destes locais de estágio justifica-se com o facto de todos eles possuírem uma estreita relação com a comunidade (credencial para a opção dos locais de estágio), e pelo interesse pessoal em desenvolver competências na prestação de cuidados especializados na área de enfermagem dirigida à comunidade. A respectiva orientação desta unidade curricular ficou a cargo da Professora Ana Resende e foi co-orientado pela Enfermeira Especialista em Saúde Pública Luísa Horta e Costa.

A descrição das actividades desenvolvidas ao longo dos três módulos de estágio é compilada e narrada no presente relatório. Desta forma pretende-se com este relatório:

- Enunciar o que foi realizado e como foi executado;
- Apresentar os principais dados recolhidos;
- Descrever as alterações efectuadas relativamente ao projecto de estágio;
- Realizar uma avaliação global do mesmo.

Tendo presente as competências propostas pelo plano de estudos (ANEXO I), foi elaborado inicialmente um projecto de estágio (ANEXO II) de acordo com as necessidades sentidas e expressas pelos elementos que compõem a ECC inserida na

Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do ACES-O. Estas carências foram manifestas durante uma visita prévia ao local de estágio, onde ocorreu uma breve entrevista informal com a enfermeira orientadora e com a enfermeira responsável pela ECC. As necessidades expostas prendiam-se fundamentalmente com a continuidade dos cuidados de enfermagem entre o hospital e o centro de saúde.

A confirmar-se esta percepção, este problema constitui uma situação que no âmbito da saúde, merece especial atenção pois, os cuidados de saúde primários desempenham um papel fulcral, garantido a continuidade dos cuidados da assistência no domicílio, o que conduz não só a um nível elevado de bem estar do utente/família como também a uma maior rentabilização das camas hospitalares, evitando o “congestionamento” e o aumento dos custos com a saúde. É com base nestes pressupostos que surgem as Unidades de Saúde no quadro do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Dec. Lei nº 11/93 de 15 de Janeiro), com o objectivo de articular Hospitais e Centros de Saúde, permitindo uma gestão adequada de recursos e uma garantia da continuidade de cuidados necessários ao longo da vida. O despacho nº 24/94 acrescenta ainda as componentes da formação e investigação conjunta. Neste contexto, a opção estratégica dos Serviços de Saúde em Portugal, emanada pelo Ministério da Saúde, aponta para o desenvolvimento de Unidades de Saúde como verdadeiros sistemas locais de saúde, efectivamente articulados com uma rede de referência hospitalar, ultrapassado definitivamente a dicotomia centro de saúde / hospital e definido dispositivos concretos para a coordenação das várias contribuições necessárias para melhorar a saúde, incentivando o desenvolvimento de parcerias e o reforço da participação do cidadão e da comunidade (Augusto, 2005).

A pertinência deste projecto pode ser ainda comprovada, não só com o que vem referenciado na literatura internacional, onde se pode encontrar entre outras, as recomendações que são oriundas da Organização Mundial da Saúde (OMS), como é bem exemplificativo disso, o último Relatório da OMS sobre Parcerias (2010- 2013) onde foi apresentada uma política relativamente ao compromisso da OMS com a Parceria de Saúde Global. Assim, a OMS apoia a formação de estratégias de mobilização de recursos, para colmatar as lacunas, facilitar a implementação dos planos de trabalho e criar sinergias de modo a aumentar os recursos.

Contextualizando o local de estágio (módulos I e II), importa referir que o Centro de Saúde de Oeiras (CSO), é uma entidade pública prestadora de Cuidados de

Saúde Primários (CSP) à população da sua área territorial de abrangência, e à sua população inscrita, ao longo das diferentes fases do ciclo de vida.

O CSO está integrado no ACES de Oeiras que foi criado pela Portaria n.º 276/2009 de 18 de Março. O CSO está sediado em Oeiras e é responsável por 204 863 utentes (SINUS a 2010/04/30).

Actualmente, através da reforma dos CSP (Resolução do Conselho de Ministros n.º 195/05), e com a conseqüente reconfiguração dos Centros de Saúde (CS), o CSO organicamente engloba, seis unidades de saúde funcionais, nomeadamente duas Unidades de Saúde Familiares (USF), uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), uma Unidade de Saúde Pública (USP) e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

Estas unidades funcionais são constituídas por equipas multidisciplinares, com autonomia organizativa e técnica, actuando em inter-cooperação com as demais unidades funcionais do ACES. A ECC (Equipa de Cuidados Continuados) inserida na UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) presta cuidados de saúde no domicílio e a indivíduos em situação de dependência temporária ou prolongada, decorrente de problemas de saúde ou relacionados com o envelhecimento, e é composta por uma equipa de seis enfermeiras, duas técnicas de serviço social e uma médica de família, estando a sua caracterização referenciada no ANEXO III.

Resta referir que após a introdução na **Parte I** apresenta-se a descrição e a análise pessoal e reflexiva, quer da situação e da área problemática identificadas, quer dos objectivos gerais e específicos traçados para a realização do diagnóstico da situação (módulo I), assim como das actividades desenvolvidas e dos recursos utilizados para a concretização dos mesmos. Também aqui será apresentada a síntese da análise dos principais resultados obtidos pela entrevista (grupo focal) efectuada à ECC.

Na **Parte II**, é efectuada a descrição e a análise reflexiva dos objectivos traçados, das actividades e dos recursos utilizados para a concretização dos mesmos no módulo II de estágio, incluindo a descrição da implementação do projecto de intervenção e avaliação do mesmo nas equipas intervenientes. São também descritos ao longo do trabalho, a pertinência, a fundamentação e a justificação deste projecto, assim como, uma breve contextualização do mesmo no CSO, bem como o seu enquadramento no contexto da saúde.

Por fim, na **Parte III** (módulo III) são enunciados os objectivos gerais e específicos traçados para o respectivo módulo (III), bem como são descritas as

actividades desenvolvidas ao longo deste terceiro e último módulo. Importa destacar que este módulo III conferiu continuidade ao projecto implementado no módulo II, proporcionando assim maior solidez ao propósito, estendendo-o a outros centros de saúde bem como a outros serviços do hospital Egas Moniz, permitindo assim a optimização das competências a desenvolver.

A metodologia de trabalho utilizada para a realização deste relatório foi a pesquisa bibliográfica constante e a reflexão contínua da prática ao longo deste percurso que foi sendo organizada e compilada com a elaboração de um portfólio.

Para finalizar na conclusão serão apresentadas as principais reflexões, fazendo-se uma análise crítica e global do trabalho desenvolvido ao longo do estágio, realçando os aspectos mais significativos assim como as principais dificuldades e limitações.

Apresenta-se ainda nesta última parte do relatório os principais contributos desta unidade curricular, quer do ponto de vista pessoal, quer para a instituição, assim como para a profissão, sem deixar de se referir contudo as principais sugestões de mudanças para o futuro.

PARTE I – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A parte I deste relatório consiste na enunciação dos objectivos traçados para o primeiro módulo de estágio bem como a descrição das actividades desenvolvidas para a concretização dos mesmos. Nesta parte I serão ainda citados os objectivos gerais bem como as respectivas actividades desenvolvidas ao longo dos três módulos de estágio.

Será ainda descrita nesta parte I, a situação problemática identificada no local de estágio, bem como o enquadramento do respectivo projecto de intervenção comunitária.

Para uma melhor conceptualização dos principais conceitos abordados ao longo deste relatório procedeu-se também a uma breve definição dos principais conceitos subjacentes à implementação do respectivo projecto.

1. Objectivos Gerais do estágio

Antes da descrição e da análise reflexiva sobre estes, importa mencionar que os objectivos gerais foram na sua globalidade alcançados e que as actividades foram sendo desenvolvidas, de acordo com o cronograma estabelecido como se pode verificar no (ANEXO IV).

Constituiu uma preciosa ajuda para a elaboração deste relatório a construção de um portefólio, ao longo do estágio, onde foram sendo registadas todas as actividades desenvolvidas, e as reflexões críticas e pessoais sobre as mesmas, constituindo este, um importante instrumento de registo. Pretende-se ainda nos próximos capítulos, que para além da descrição dos objectivos e das actividades desenvolvidas, se possa reflectir também de que modo todo este trabalho contribuiu não só para a aquisição de conhecimentos, como também para o crescimento pessoal e profissional enquanto enfermeira.

Grande parte desta reflexão fica demonstrada nos anexos deste relatório, onde para além das descrições de algumas das actividades desenvolvidas ao longo do estágio, pode-se encontrar também no (ANEXO V), reflexões críticas e pessoais em relação à participação nas acções de formação e nas reuniões com outros parceiros dos recursos comunitários, revelando não só a aquisição de conhecimentos, como também o crescimento pessoal e profissional.

É digno de nota que estes dois aspectos serão fundamentais como futuros instrumentos para se atingir a autonomia e a qualidade necessárias, no desempenho enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária.

Objectivos Gerais. Assim traçou-se como objectivos gerais no projecto de estágio:

- Demonstrar capacidade de utilizar a metodologia de planeamento em saúde na programação das actividades e de intervenção na comunidade, segundo uma perspectiva profissional avançada;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem;
- Demonstrar capacidade de utilizar uma abordagem epidemiológica dos problemas de saúde, na comunidade, para a gestão de programas e serviços de saúde;
- Operacionalizar no CSO, um projecto de intervenção e avaliação no âmbito da continuidade dos cuidados.

Numa reflexão crítica e pessoal sobre estes objectivos, importa referir que estes foram traçados por se considerar serem necessários desenvolver de acordo com o Regulamento Geral deste curso, para a obtenção do Grau de Mestre na área de Especialização em Enfermagem Comunitária.

Foram ainda traçados por se enquadrarem também na base do Decreto-lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, que rege a carreira de enfermagem, em que o Artigo 7º no n.º 3 refere que ao enfermeiro especialista compete:

a) Prestar cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente (indivíduo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui;

c) Definir e utilizar indicadores que lhe permitam, assim como á equipa de enfermagem, avaliar, de forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do utente (indivíduo, família, grupos ou comunidade) e introduzir as medidas correctivas julgadas necessárias”

g) Responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem e outro pessoal da unidade de cuidados, elaborando, em articulação com o enfermeiro-chefe, o respectivo plano anual de actividades.”

No Artigo 8º do REPE que relativamente às dimensões éticas da prática de enfermagem: autonomia e responsabilidade profissional, refere que: “ 1 – No exercício

das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito dos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos. 3 – O exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social. 4 – Os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”.

Para finalizar esta reflexão torna-se importante referir que estas competências foram desenvolvidas ao longo de todo o estágio, e que a consecução destes objectivos gerais, permitiu adquirir competências humanas, conceptuais e técnicas, que de acordo com o próprio estatuto da Ordem dos Enfermeiros, permitem aos enfermeiros prestar cuidados de enfermagem com elevados padrões de qualidade, e de responder às necessidades e expectativas das famílias que têm sob a sua responsabilidade.

Assim, resta apenas referir que conjuntamente com o desenvolvimento profissional houve também um desenvolvimento do ponto de vista pessoal, obtendo-se instrumentos para a autonomia e competências que o enfermeiro especialista deve possuir.

1.1 Actividades desenvolvidas e recursos utilizados

Foi importante para a consecução dos objectivos gerais a realização das seguintes actividades:

- Pesquisa bibliográfica sobre a temática em estudo, que permitiu ao longo de todo o estágio, a aquisição de conhecimento sobre a problemática em causa, e a recolha de informação que se fez sobretudo através da consulta de: protocolos do CSO na área dos cuidados continuados, Circulares Normativas, Circulares Informativas, Orientações Técnicas da DGS, vários Decretos-lei, Leis, Despachos, Resoluções de Conselho de Ministros, relatórios de actividades do CS, relatórios de actividades do HEM, dados do Instituto Nacional de Estatística, e ainda da leitura de obras e outros textos de literatura sobre a temática em causa.

- Realização de reuniões formais e informais com a enfermeira orientadora do estágio e de reuniões formais com a docente e tutora do mesmo, que permitiu uma reflexão sobre a forma como o estágio foi decorrendo, como as actividades foram sendo desenvolvidas e como as acções de formação e as reuniões com os diferentes

profissionais do centro de saúde e do hospital, contribuíam para o desenvolvimento das competências e capacidades previamente traçadas como objectivos gerais para este estágio. Serviram também estas reuniões para o esclarecimento de dúvidas e orientações para o desenvolvimento do estágio.

- Participação sempre que possível em acções de formação no âmbito do estágio, que foi fundamental não só para o alcance dos objectivos gerais anteriormente descritos, como também para o crescimento pessoal e profissional com a aquisição de competências e capacidades, descritas em algumas das reflexões críticas e pessoais (ANEXO V) que se fez em relação aos ganhos obtidos, com a participação nestas formações e reuniões com os parceiros dos recursos comunitários.

- Conhecer e acompanhar mais de perto as funções das enfermeiras especialistas e em particular, as da enfermeira especialista orientadora do estágio, para uma noção mais concreta sobre as actividades por elas desempenhadas, de forma a se poder reflectir sobre a futura prestação enquanto enfermeira especialista.

Relativamente aos recursos utilizados para a consecução dos objectivos gerais e para o desenvolvimento das actividades previstas para o mesmo, é importante referir que todos eles foram fundamentais para a concretização dos respectivos objectivos.

Dos recursos materiais utilizados destacam-se: sala de reuniões da ECC, gabinete do Núcleo de Intervenção Comunitária (NIC), sala de reuniões da CPCJO, sala de enfermagem da Medicina I A, a biblioteca da escola, a biblioteca do HEM, Internet, livros, textos, relatórios, folhetos e revistas sobre a temática em causa.

Em relação aos recursos humanos contribuíram todos os intervenientes no desenvolvimento das actividades, dos quais se destacam: as enfermeiras orientadoras e tutora do estágio, os profissionais do CSO: (quer da equipa da ECC quer da equipa alargada), os vários técnicos dos recursos comunitários e os palestrantes nas acções de formação. A sua contribuição consistiu entre outros na verbalização das suas ideias, na transmissão de conhecimentos, na disponibilidade sempre demonstrada, no espírito de inter-ajuda sempre presente e na facultação de documentação necessária, por parte de todos estes intervenientes.

O recurso temporal estabelecido no cronograma para a realização destas actividades foi suficiente, permitindo que se atingissem os objectivos gerais traçados para este estágio.

2. Objectivos específicos para o módulo I

Para a confirmação da situação problemática identificada e para a realização do diagnóstico da situação propriamente dito, traçou-se como objectivos específicos:

- Caracterizar a área programática do CSO / ECC, a estrutura física e organizacional dos mesmos;
- Identificar necessidades da equipa de enfermagem dos Cuidados Continuados do Centro de Saúde de Oeiras;
- Conhecer a percepção das enfermeiras da ECC, sobre a articulação entre o HEM e o CSO;
- Identificar o número de utentes referenciados do HEM para a ECC no ano de 2010;
- Proceder ao diagnóstico da situação e delinear estratégias para colmatar as carências expressas.

Estes objectivos justificam-se pelas necessidades que se têm verificado ao nível dos cuidados continuados, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, tornando-se assim imperativo conhecer as necessidade / dificuldades das enfermeiras inseridas nas equipas de cuidados continuados para que as respostas às necessidades quer da equipa, quer dos utentes satisfaçam de forma eficiente as suas carências.

2.1 – Actividades desenvolvidas e recursos utilizados

Para a consecução dos respectivos objectivos específicos, respeitou-se o cronograma do desenvolvimento das actividades previamente elaborado (ANEXO IV).

Efectuou-se de acordo com plano de trabalho a caracterização da área programática, física, e organizacional do CSO / ECC (ANEXO III) e após a caracterização do local do estágio para uma melhor integração na ECC procedeu-se ao acompanhamento nas suas actividades diárias nomeadamente na visitas domiciliárias. A realização de visitas é também crucial para o conhecimento: do funcionamento familiar, da existência ou não da rede de suporte social, de modo a facilitar a sua participação mais activa, na determinação das suas necessidades e na resolução dos problemas detectados, com a ajuda sempre que necessário, de um acompanhamento sistematizado por parte dos vários técnicos especializados quer do CSO quer dos recursos

comunitários. A visitação domiciliária é de acordo com a diversa literatura, fundamental no acompanhamento das situações de grande complexidade em que será necessário ter em conta: o planeamento da visita, o estabelecimento de uma relação de confiança, a avaliação dos resultados obtidos e a realização dos registos de todo este acompanhamento.

Equipa de Cuidados Continuados. A equipa da ECC é composta por seis enfermeiras e todas elas procedem à visitação domiciliar. Esta actividade foi de real valor pois permitiu conhecer as necessidades e os principais procedimentos a ter nestas visitas, como também perceber o que é mais valorizado pelas enfermeiras, em termos dos registos.

Na perspectiva de Morais (2001), através da assistência domiciliária pretende-se prestar ao utente impossibilitado, no domicílio, a mesma assistência que se oferece no centro de saúde, no entanto com a vantagem de aproximar o profissional do meio em que o utente se insere, oferecendo um maior leque de dados que permita uma melhor avaliação do seu estado de saúde assim como das suas necessidades. Quaresma (1998), citado por Martins num painel sobre “Idosos do Século XX”, esclarece que “o apoio domiciliário é uma forma de intervenção social que urge ser mais conhecida, de modo a torna-la um instrumento privilegiado de respostas a muitas situações e problemas pessoais e familiares, sobretudo face aos desafios do envelhecimento.”

Existe ainda a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que se baseia num modelo de intervenção integrada e articulada, e é assegurada por equipas domiciliárias, nomeadamente as equipas de saúde familiares, das Unidades de Saúde Familiar (USF), Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), constituindo-se esta última como um núcleo especializado da primeira.

Para a obtenção de uma análise mais específica e de um conhecimento mais profundo acerca das necessidades da equipa da ECC procedeu-se a uma entrevista cujo guião se encontra no ANEXO VI numa metodologia grupo focal.

Grupo Focal. De modo sumário, da análise do grupo focal constatou-se que na percepção das enfermeiras da ECC existe uma lacuna na continuidade dos cuidados, que se prende entre outras razões, ao atraso da chegada da nota de alta de enfermagem à respectiva equipa.

Desta entrevista tornou-se também notório que as enfermeiras reconhecem que uma continuidade dos cuidados cabal transcende similarmente o trabalho de

enfermagem uma vez que o utente necessita também de apoio a nível de outras dimensões como o serviço social, equipa médica, dietistas, entre outros. Ainda assim, conseguiu-se identificar várias áreas problemáticas e várias estratégias de resolução de problemas, o que se tornou uma boa base de trabalho para o futuro.

As características do tipo de pesquisa utilizada dependeram, essencialmente, da questão para a qual o estudo se dirigia. Quando se pretende investigar uma questão que se relacione com a exploração de uma experiência humana o estudo é desenvolvido de forma qualitativa, por isso Bogdan, considera que o significado é de importância vital na abordagem qualitativa, ou seja, os investigadores qualitativos interessam-se por conhecer o modo como as pessoas dão sentido às suas vidas. (Bogdan, 1994)

Esta técnica qualitativa desenvolve-se através de entrevistas de grupo. Neste caso foi feita uma entrevista de grupo com cinco enfermeiras da equipa de cuidados continuados (ECC) do CSO. O ideal em termos de número para estas entrevistas é entre 5 a 10 elementos, pelo que aqui se manteve a adequação das dimensões do grupo (5 elementos). Estas entrevistas são apropriadas para procurar entender atitudes, preferências, necessidades e sentimentos. É de facto uma forma fácil e relativamente rápida de nos pormos em contacto com a população que queremos estudar. Como desvantagens poderá ter a manipulação do discurso por alguns elementos do grupo, com dificuldades para o moderador ou a desejabilidade social, fazendo incidir um viés nos resultados. A dinâmica dos grupos focais conforme Trentini e Gonçalves está voltada para um determinado foco que consiste no tema de pesquisa em questão e será discutido pelo grupo nas suas mais diversificadas dimensões possíveis dentro de um processo de interacção e participação dos envolvidos. (Trentini e Gonçalves, 2000)

Para Leopardi et al (2001) o grupo focal consiste em buscar informações não de um indivíduo, mas em um grupo já existente ou formado especificamente para um período destinado à colheita de dados, que se reúna em torno de um interesse relacionado ao tema da investigação. O foco não se encontra na análise dos conteúdos manifestos nos grupos, mas sim no discurso que permite inferir o sentido oculto, as representações ideológicas, os valores e os afectos vinculados ao tema investigado. Os dados obtidos com o uso do grupo focal são ricos, pois ele possibilita capturar expressões e formas de linguagem não apreensíveis por outras técnicas.

Como preparação da entrevista de grupo, a data foi escolhida previamente pelos entrevistados, assim como escolhido o local. Para que fosse uma discussão produtiva, o tempo foi planeado para não ser excessivamente longo (cerca de hora) sob pena dos

participantes começarem a cansar-se e a desinteressar-se. A entrevista foi efectuada pela formanda cujo papel foi de moderadora e facilitadora, e contou com a presença da enfermeira Maria José Vazão, como observadora e moderadora em caso de necessidade, estando também esta atenta aos meios de gravação áudio. A entrevista foi, pois, gravada em áudio e posteriormente transcrita para se proceder à sua análise de conteúdo (ANEXO VII).

Etapas da Análise de Conteúdo. A preparação da informação consiste na preparação das informações obtidas a fim de serem analisadas. Essa preparação passa por identificar as diferentes amostras de informação a serem analisadas, e iniciar o processo de codificação dos materiais estabelecendo um código que possibilite identificar rapidamente cada elemento da amostra de entrevistas ou documentos que vão ser analisados. A unitarização ou transformação do conteúdo em unidades consiste na transformação do conteúdo (informações obtidas) em unidades. A unitarização engloba quatro fases: 1- Reler cuidadosamente os materiais com a finalidade de definir a unidade de análise; 2- Reler todos os materiais e identificar neles as unidades de análise; 3- Isolar cada uma das unidades de análise; e 4- Definir as unidades de contexto. É nesta etapa que se elabora a matriz de codificação global, através das unidades de análise e registo. Existem três formas de unitarização: a dedutiva – a matriz é deduzida a partir do guião das entrevistas; indutiva – a matriz é elaborada através da exploração da entrevista; e a dedutiva/indutiva – a matriz é elaborada através da análise do guião da entrevista, e da entrevista, porque pode existir a possibilidade dos entrevistados fornecerem informações para as quais não foram elaboradas perguntas, surgindo assim novas categorias que vão também fazer parte da matriz.

Aquando da elaboração da matriz de codificação global, ao codificar as categorias, utilizou-se três letras, escolhendo as letras de acordo com as palavras -chave da categoria.

Categorização –As categorias têm que ser adequadas aos objectivos do estudo e ao próprio conteúdo analisado. As categorias têm que ser objectivas, de forma a não darem muita margem para discussão entre diferentes codificadores. Têm que ser homogéneas, ou seja, dentro de uma dada categoria têm de ser englobados excertos de entrevistas, que estejam dentro do mesmo contexto. E por fim, as categorias devem ser exaustivas, ou seja, têm de ser capazes de alcançar todos os dados e pormenores encontrados.

Descrição – Uma vez definidas as categorias e identificado o material que faz parte de cada uma delas, é necessário comunicar o resultado do trabalho. Nesta etapa dá-se a redução dos dados obtidos em diagramas de análise. A respectiva matriz de codificação encontra-se no ANEXO XXVIII.

Através da análise dessa mesma entrevista extraiu-se como principal área a trabalhar a **comunicação ou articulação entre o HEM e o CSO aquando da alta hospitalar**.

Estágio de Observação na ECC do HSJ. Para melhor conhecer a dinâmica entre os serviços de internamento e as equipas de cuidados continuados efectuou-se um estágio de observação (cujo pedido de estágio está remetido ao ANEXO VIII). Optou-se por se realizar o estágio de observação (duração de um dia) na equipa de cuidados continuados do Hospital São José (HSJ) por esta ter sido sugerida por parte da ECC do CSO, com sendo uma unidade com boa articulação com os serviços de internamento.

Nesse estágio foi efectuada também uma entrevista à enfermeira responsável pelos cuidados continuados do HSJ. Efectuou-se também uma entrevista com o mesmo guião condutor a uma das enfermeiras da ECC do CSO que participou na génese da equipa de cuidados continuados do HSJ. Numa breve análise sobre estas entrevistas (respectivo guião no ANEXO IX) pode-se dizer que o que foi mais mencionado por ambas as enfermeiras, no que concerne à génese desta articulação entre os serviços, foi o facto de terem sido efectuadas “reuniões” e “projectos de parceria”. A “comunicação” também foi uma das categorias mais prevaletentes quando questionadas quanto às estratégias para atingir a articulação entre as equipas.

Neste estudo, de acordo com o tipo de abordagem, questões orientadoras e objectivos do estudo, optou-se como método de colheita de dados, a entrevista, uma vez que “permite ao entrevistado exprimir as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências, retirando-se desta informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados” (Quivy, 1992).

Como preparação da entrevista, a data foi escolhida previamente pelos entrevistados, assim como escolhido o local. A entrevista foi efectuada pela formanda cujo papel foi de moderadora e facilitadora, estando também esta atenta aos meios de gravação. A entrevista foi gravada em áudio e posteriormente transcrita para se proceder à respectiva análise de conteúdo (ANEXO X).

Reunião com Enfermeira Directora do HEM. Para identificar estratégias de mediação face à área problemática identificada procedeu-se a uma reunião com a

enfermeira directora do HEM. Esta reunião teve como objectivos solicitar a cooperação no respectivo projecto e apresentar algumas propostas baseadas na análise de grupo focal, nomeadamente:

- Novo modelo de fax (ANEXO XIII) (com mais informação (carência manifesta durante o grupo focal)) – foi declinado por colocar em causa a segurança/confidencialidade dos dados;

- Passagem do utente aquando da alta hospitalar por telefone – proposta válida (mas à consideração do volume de actividade das equipas dos serviços de internamento);

- Enviar a carta de alta de enfermagem por e-mail para centros de saúde – proposta apoiada e incentivada pela enfermeira directora.

Assim como alicerce do projecto propôs-se criar uma lista com os contactos das equipas dos cuidados continuados do ACES-Oeiras, nomeadamente com a morada electrónica para a recepção da nota de alta de enfermagem por e-mail, de modo assim a colmatar as eventuais extravios ou demoras da chegada da nota de alta à ECC.

Ao longo do módulo I também foram desenvolvidas outras actividades que permitiram conhecer melhor a dinâmica de algumas unidades de saúde do ACES-Oeiras. Conhecer outras equipas como equipa da Unidade de Saúde Familiar (USF) de São Julião, a USF de Conde de Oeiras, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados ou Unidade de Saúde Pública, permitiu não só uma integração mais completa no ACES-Oeiras como se tornou uma alpondra para a aquisição de várias competências e capacidades aprofundadas na respectiva área de especialização em enfermagem.

Por conseguinte foram adquiridas várias competências tais como:

- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, experiência profissional e pessoal;

- Manter, de forma contínua e autónoma, o processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional;

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o indivíduo/família específico, na área da enfermagem em saúde comunitária;

- Desenvolver uma metodologia eficaz na assistência ao indivíduo/família/comunidade.

Os recursos humanos, materiais, assim como o recurso temporal, foram adequados e suficientes para a concretização das actividades programadas, para o desenvolvimento das referidas competências, bem como para a realização do diagnóstico da situação no módulo I de estágio.

3. Situação problemática identificada

É neste contexto que se enquadra a situação problemática identificada e conducente à realização deste estágio, que consiste na percepção de que existe uma lacuna na continuidade dos cuidados aquando a alta hospitalar para os cuidados continuados.

Nota de Alta de Enfermagem. Apesar de todos os doentes que necessitam de cuidados continuados terem uma nota de alta de enfermagem aquando a alta hospitalar, verificou-se que nem sempre essa nota de alta de enfermagem é entregue às enfermeiras dos cuidados continuados. Isto ocorre por diversos factores. Tal como foi encontrado na análise de conteúdo do grupo focal, apesar de o hospital notificar a alta para os cuidados continuados com o envio de um fax e apesar de todos os estes utentes (que necessitam de cuidados continuados) terem uma nota de alta, nem sempre essa informação chega atempadamente à ECC. A equipa de cuidados continuados mencionou que o fax muitas vezes chega tardiamente, ou seja, “o doente já está em casa a necessitar de cuidados de enfermagem há alguns dias e o fax ainda não chegou”. Outra razão pela qual também ocorre esta lacuna na continuidade dos cuidados foi também identificada pela respectiva equipa quando mencionou “são idosos a cuidar de idosos e depois com tantos papéis por vezes acabam por perder ou esquecer a nota de alta em algum lado”, ficando a equipa da ECC privada dessa informação que consideram ser valiosa.

Com base nesta necessidade, considerou-se pertinente desenvolver um projecto com a finalidade de melhorar a continuidade dos cuidados aquando da alta hospitalar para os cuidados continuados.

Deste modo, a área problemática a desenvolver neste estágio centra-se na importância que deve ter no âmbito da saúde, a continuidade dos cuidados de enfermagem/ a articulação entre as equipas dos cuidados continuados e as equipas de enfermagem do contexto hospitalar, neste caso da ECC do CSO e do HEM.

4. Definição de conceitos

Para conferir ao leitor uma identificação dos principais conceitos abordados ao longo deste relatório e concomitantemente presentes na essência do projecto de intervenção comunitária aqui descrito, achou-se por bem prover a uma breve definição dos conceitos chave envolvidos.

O desenvolvimento das sociedades humanas nos últimos anos contribuiu para um aumento das condições de vida e dos cuidados de saúde, levando a um aumento da esperança de vida, e permitindo assim alterações demográficas de entre as quais se destaca o envelhecimento que, por sua vez, provoca alterações profundas a vários níveis, entre os quais económicos, sociais, familiares e de saúde (Ávila, 2009).

O **Envelhecimento** populacional torna-se assim um fenómeno universal e um desafio nas sociedades modernas, de modo que, lançar um olhar abrangente sobre o desenvolvimento do processo de cuidados aos idosos passa por perspectivá-lo como um processo articulado, sistémico e de proximidade. O envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida (DGS, 2004).

De acordo com Costa, “Portugal, tal como outros estados da Europa, está incluído num conjunto de países que, sob o ponto de vista demográfico, são caracterizados por uma baixa fecundidade, e uma baixa mortalidade. Estes factores têm contribuído para uma alteração da estrutura etária da população, determinando um envelhecimento acentuado da população (...)”. (Costa 2002, p.75)

É por isso que o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 defende o investimento a nível da saúde em todas as fases do ciclo de vida, desde o nascimento até a morte. Este plano dá ênfase ao grupo etário com mais de 65 anos, que se encontra em crescimento nos países mais desenvolvidos devido à melhoria do sistema de saúde e das condições de vida. De acordo com a mesma fonte, estima-se que, nas próximas décadas, as necessidades de saúde desta faixa etária aumentem substancialmente em Portugal, paralelamente, a um aumento acentuado do número de pessoas em situação de fragilidade e risco de perda de funcionalidade, com doenças de evolução prolongada e de elevado potencial incapacitante. Neste contexto deverá inserir-se o conceito e a prática de cuidados continuados, onde deverá existir complementaridade entre as famílias e cooperação entre as várias instituições de saúde.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2009), um **Idoso** é uma pessoa com mais de 65 anos, independentemente do género ou do estado de saúde aplicável. Como refere Pimentel (2001), o período da velhice é cada vez mais prolongado, pondo em causa o papel passivo que a sociedade tem atribuído a estes indivíduos. É seguro, então, que o papel do idoso na sociedade tem de ser repensado, precisamente por não ser concebível que as pessoas encarem cerca de um quarto da sua vida como um vazio de perspectivas. Segundo se constata, o aumento do número de idosos conduz a um aumento da incidência de doenças crónicas e de fragilidade e, por conseguinte, a um aumento da procura dos cuidados de saúde, o que implica a necessidade de articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados. O aumento do número de idosos está intimamente relacionado com o aumento da procura dos cuidados de saúde, uma vez que esta faixa etária da população é portadora de maior número de doenças crónicas, segundo Cabrita (2003).

Através dos dados obtidos na análise da **Alta Hospitalar**, verifica-se que a grande maioria da actividade hospitalar se centra nos cuidados às pessoas idosas com patologias crónicas ou subsidiárias de apresentar dependência. Assim o planeamento da alta hospitalar é definido como o conjunto de actividades prosseguidas por uma equipa multidisciplinar de cuidados, ao longo do internamento, que facilita a transferência adequada e em tempo útil do doente de uma instituição para outra, ou para a comunidade, e assegura a continuidade da prestação de cuidados.” (Direcção Geral dos Hospitais, 1997). Segundo Moniz (2003), a hospitalização representa para a pessoa idosa uma ameaça e um desafio que podem ser vivenciados de diferentes formas, de acordo com diferentes factores, como sejam a capacidade de adaptação, as experiências anteriores, ou as representações de saúde e doença. Por outro lado, Costa (2002) é do parecer que o hospital tende a apresentar traços estruturais que caracterizam as instituições totalitárias: o isolamento dos doentes em relação ao universo que os rodeia, a confusão na organização do agrupamento dos doentes, o cumprimento de regulamentos que programam o seu quotidiano, bem como a apreciação dos comportamentos dos doentes a partir da referência única a uma ideologia centrada na doença.

É por isso que no cenário actual, os cuidados de saúde tendem a ser transferidos do meio hospitalar para a comunidade e, por conseguinte, para o domicílio. Os cuidados de saúde primários terão um papel fundamental na manutenção da continuidade dos cuidados. Assim, em enfermagem os **Cuidados Continuados** assumem especial

relevância. A actual complexidade e dinâmica dos cuidados, causada, entre outros aspectos, pelos constantes avanços científicos e tecnológicos no campo da saúde e, por conseguinte, o aumento da esperança de vida, veio pôr em evidência alguns problemas relacionados com a velhice. Com efeito, um elevado número de idosos sofre de doenças crónicas e de fragilidade, que requerem cuidados complexos e continuados no domicílio. Neste sentido entende-se que os cuidados continuados permitem a humanização tão desejada, já que se traduzem em cuidados especiais, que permitem, designadamente, dar respostas mais adequadas à complexidade dos problemas e necessidades da pessoa idosa no seu próprio domicílio. Os cuidados continuados são assim a componente de um continuado cuidado de saúde global em que os serviços de saúde são prestados aos indivíduos e famílias nos seus locais de residência com a finalidade de promover, manter ou recuperar a saúde, ou de maximizar os níveis de independência enquanto se minimiza os efeitos de deficiência e doença incluindo a doença terminal (Ávila, 2009). Por outro lado, O Ministério da Saúde (2007), vem dizer que constituem “cuidados prestados de forma continuada, orientados para a resolução dos problemas de saúde das pessoas e cuja complexidade não requer a sua institucionalização mas que, pela sua situação de dependência global, transitória ou crónica as impede de se deslocarem ao centro de saúde”.

Assim, a **Continuidade dos Cuidados** é fundamental ao doente, família / comunidade, tornando-se um desafio acrescido devido a vários factores. Zurro e Perez (1994) são de opinião que as alterações sociodemográficas, conjuntamente com outros factores, como a introdução de novas técnicas assistenciais, o crescimento de gastos com a hospitalização ou o critério de que a situação da pessoa doente está, sempre que possível, no seu contexto habitual, familiar e social, e não no hospital, reforçaram progressivamente a assistência no domicílio como alternativa mais eficaz e eficiente de assistência do que a hospitalar em determinadas situações.

Começou assim a emergir a necessidade de formação de parcerias entre as várias instituições de saúde, com é o caso dos cuidados de saúde primários articulados com as entidades hospitalares. Uma **Parceria** é uma relação entre indivíduos ou grupos, caracterizada por cooperação e responsabilização mútuas. O termo parceria tem estado bastante em voga em tempos recentes e tem sido usado de uma forma geral para descrever uma grande variedade de relacionamentos e filiações. No contexto desta estratégia, utilizou-se uma definição muito mais restrita do termo *parceria*, que descreve a relação entre indivíduos ou grupos, caracterizada por uma cooperação e

responsabilização mútuas, no sentido da consecução de um objectivo específico relacionado com a saúde (OMS, 2010).

5. Enquadramento do projecto

Paralelamente aos objectivos gerais de estágio, propôs-se operacionalizar no CSO um projecto que facilitasse a articulação entre os cuidados de saúde primários e o hospital numa perspectiva da continuidade dos cuidados de enfermagem.

Para a operacionalização do referido projecto, foi realizado no I módulo de estágio o diagnóstico da situação e o concernente levantamento das necessidades dos profissionais da ECC. A implementação do projecto decorreu no segundo momento de estágio, ou módulo II.

A escolha da temática e o contexto da sua aplicação prendem-se com a tomada de consciência de que a ECC têm vindo a deparar-se com um atraso e por vezes perda da informação (nota de alta de enfermagem) após a alta hospitalar. Apesar de o hospital notificar a ECC com o envio de um fax aquando da alta dos doentes que necessitam de cuidados continuados, ainda assim a equipa sente que por vezes mesmo o envio do fax é tardio.

Quando um utente tem alta hospitalar e necessita de cuidados continuados são efectuados vários procedimentos (ANEXO XI). Um deles é a elaboração da nota de alta de enfermagem (ANEXO XV) que contém a informação relativa aos cuidados de enfermagem que o utente carece. Concomitantemente é enviado um fax (ANEXO XII) para o centro de saúde da área de residência do utente, dirigido aos cuidados continuados correspondentes. O envio do fax tem apenas como objectivo notificar os cuidados continuados para que a referida equipa tenha conhecimento de que emergiu para a comunidade um doente que carece dos seus serviços.

À semelhança do que acontece nos restantes domínios da actividade social e profissional, o campo da saúde vive mutações importantes decorrentes da revolução tecnológica e informativa acelerada, que marca este século. Assim, numa sociedade onde os valores como a excelência, a rapidez e a competitividade assumem lugar de destaque, também os cuidados de enfermagem tendem a adaptar-se de forma a progredir no tempo, melhorando assim o desempenho dos enfermeiros e a consequente prestação de cuidados. (Ávila, 2009)

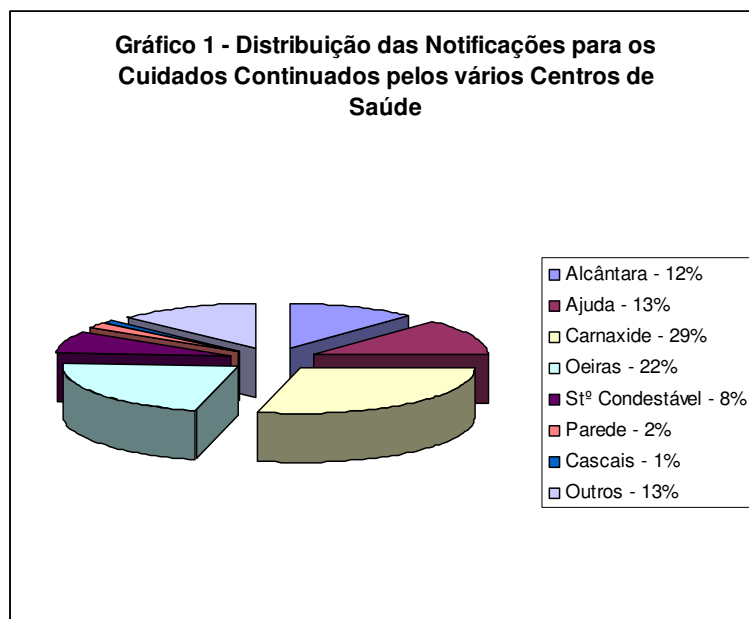
A dicotomia entre os cuidados de saúde primários e diferenciados revela-se inadequada e geradora de disfunções organizativas, impondo-se a articulação entre vários níveis de cuidados de saúde, com uma intervenção mais equilibrada e cooperante. Neste sentido para que haja uma articulação efectiva têm que se formalizar suportes e circuitos de informação por todos os serviços de saúde implicados, no sentido de facultar a continuidade de cuidados, recorrendo-se à utilização de uma linguagem comum inerente à prática de enfermagem. (Augusto, 2005)

A carta de alta ou transferência é exemplo disso. Esta deverá possuir um formato estandardizado incluindo toda a informação necessária à continuidade dos cuidados, nomeadamente os acontecimentos que motivaram a admissão do doente, bem como os cuidados a continuar no domicílio. (Cunha, 1999)

Deste modo a abordagem do projecto baseia-se na **criação de uma parceria entre o centro de saúde e o hospital na perspectiva da continuidade dos cuidados de enfermagem.**

De acordo com o relatório elaborado pela direcção de enfermagem do HEM no ano de 2010, “integraram o projecto 552 utentes, para além de 253 que vieram de lares e foram novamente transferidos para essas instituições; 93 utentes vindos do domicílio foram encaminhados para lares; e 459 utentes foram reintegrados no domicílio. Foram enviadas 328 notificações para cuidados continuados (59 do total de doentes dependentes identificados, com alta para domicílio). Continuou-se a solicitar a visita de enfermagem na maioria das situações, (mesmo nas carentes apenas de apoio de ajudante domiciliária), visando a avaliação das necessidades e supervisão das actividades das ajudantes domiciliárias.” (Projecto de Planeamento Altas / Continuidade de Cuidados – Relatório de 2010 do HEM – (ANEXO XIV)).

Como se pode verificar no Gráfico 1 os centros de saúde de Carnaxide e Oeiras (componentes do ACES-Oeiras) são os que mais utentes receberam para os cuidados continuados provenientes do HEM.



Por sua vez dos serviços do HEM que mais notificaram doentes para os cuidados continuados foram os Serviços de Medicina tal como se pode verificar no Quadro 1 (Dados obtidos no Relatório de 2010 do HEM – (ANEXO XIV).

QUADRO 1 – Distribuição das Notificações para os Cuidados Continuados pelos Serviços de Internamento do HEM

Centros de Saúde/ Serviços HEM	Med I	Med II	Gastro/ Cir- Vasc	Card	NC	NT	Med IB/IIB	Cir II	Cir PL	Urol	Total
Alcântara	15	16	2				3	1	1		38
Ajuda	19	12	1	2	1		4	1	1		41
Carnaxide	47	24	9	4			12	2			98
Oeiras	30	24	7	4			6	2	1		74
Stº Condestável	13	6		1			6				26
Parede	1		5						1		7
Cascais	2									1	3
Outros	14	4	10	1	4		5	2	1		41
Total	141	86	34	12	5	0	36	8	5	1	328

Assim, na concepção deste projecto definiu-se que os utentes abrangidos pelo presente propósito seriam todos os utentes provenientes dos serviços de medicina do HEM e com necessidade de cuidados continuados na área de abrangência do ACES-Oeiras. O projecto despoletou no início do módulo II cujas diligências tomadas na concepção do mesmo serão descritas afrente no presente relatório.

PARTE II – PROJECTO DE INTERVENÇÃO

A parte II deste relatório consiste na enunciação dos objectivos traçados para o segundo módulo de estágio bem como na descrição das actividades desenvolvidas para a concretização dos mesmos.

Será também descrito nesta parte II deste relatório, o projecto de intervenção comunitária implementado, bem como as diligências efectuadas e estratégias desenvolvidas para a consecução do referido projecto.

1. Objectivos específicos para o módulo II

Primariamente à enunciação dos objectivos que foram traçados especificamente para o desenvolvimento do II módulo de estágio, importa referir que estes foram alcançados. Assim, traçou-se como objectivos específicos:

- Promover articulação entre ACES-O e HEM;
- Elaborar o desenho de um projecto de intervenção num trabalho de parceria entre o ACES-O e o HEM.

Só depois de identificadas as necessidades da equipa de enfermagem da ECC se pôde planear as intervenções para dar resposta a essas mesmas necessidades (sendo isso o que se preconiza num segundo momento de estágio). Assim foram previstas intervenções ao nível da formação / sensibilização no âmbito da articulação e da continuidade dos cuidados.

Numa reflexão pessoal sobre estes objectivos é importante referir que este projecto agora elaborado entre os centros de saúde do ACES-Oeiras e o HEM, vai ao encontro com uma intenção (como se pode encontrar na introdução do relatório de actividade de enfermagem de 2010 (ANEXO XIV)), manifesta pelo HEM.

No cenário actual, os cuidados de saúde tendem a ser transferidos do meio hospitalar para a comunidade e, por conseguinte, para o domicílio. Os cuidados de saúde primários terão um papel fundamental na manutenção da continuidade dos cuidados.

O crescimento da população idosa em Portugal vem ocorrendo de forma progressiva, sendo que este aumento vem acompanhado de necessidades e implica a

implementação de políticas públicas adequadas, e por mais evidente que seja o fenómeno implica mudanças significativas na sociedade (Ávila, 2009).

Em 1982, a ONU promoveu a I Assembleia Mundial do Envelhecimento, tendo sido elaborado e aprovado o Plano de Acção Internacional de Viena (Áustria). Em 2002, vinte anos depois, realizou-se a II Assembleia Mundial do Envelhecimento, que teve lugar em Madrid, onde se reconheceu que o envelhecimento é um fenómeno global, defendendo-se a sua inclusão nas prioridades internacionais em matéria de desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu como meta a ser atingida até 2020, “envelhecer com boa saúde”, ou seja, as pessoas com mais de 65 anos deveriam ter a possibilidade de utilizar todas as suas potencialidades de saúde e manter um papel activo na sociedade, (Costa 2002).

No nosso país verifica-se um esforço por parte dos Governos, em criar políticas de cuidados às pessoas idosas (criação de serviços e de políticas activas), com a articulação entre o serviço de saúde e o serviço social, estando estas sob a orientação do Ministério da Saúde e do Ministério do Trabalho e Segurança Social. Sendo claros os objectivos da Rede de Cuidados Continuados de Saúde e Apoio Social (2008): “Passam pela criação de um inovador gradiente de cuidados que vai desde a alta do hospital até ao domicílio do cliente, garantindo a continuidade do seu tratamento, recuperação funcional e reinserção em unidades de internamento alternativas ao hospital, e em casa, através da criação de equipas de cuidados domiciliários nos centros de saúde, em articulação com as equipas de segurança social”.

Por outro lado, a ligação entre Cuidados de Saúde Diferenciados e os Cuidados de Saúde Primários encontra-se num novo caminho, na medida em que cada vez mais apela a uma intervenção holística e global, que privilegia a prevenção da doença e a promoção da saúde, a par de um rápido diagnóstico, tratamento e reabilitação. (Cunha 1999). Neste sentido, entende-se que a acessibilidade aos cuidados de saúde será facilitada pela interligação ou articulação dos vários serviços, de forma a manter a continuidade dos cuidados.

1.1. Actividades desenvolvidas e recursos utilizados

Como estratégia para a futura implementação do projecto, na parte final do módulo I de estágio, apresentou-se em linhas gerais o projecto, explicando a pertinência do mesmo em função dos resultados obtidos com o diagnóstico da situação, à

enfermeira directora do CSO, à enfermeira responsável pela equipa da ECC, e à restante equipa dos cuidados continuados. A apreciação do mesmo foi bastante positiva tendo assim a aprovação e incentivo da parte de todos os intervenientes já mencionados.

Implementação do Projecto no ACES-Oeiras. Assim para implementação do projecto foi efectuada uma reunião com cada enfermeiro responsável pela equipa dos cuidados continuados do ACES-Oeiras. O ACES-Oeiras é composto por dois núcleos como já foi mencionado, o ACES-Oeiras que é composto pelo Centro de Saúde de Oeiras (ACES-O Ocidental); e o ACES-Oeiras que é composto pelo Centro de Saúde de Carnaxide, Centro de Saúde de Linda-a-Velha e Centro de Saúde de Algés (ACES-Oeiras Oriental). No ACES-O Ocidental, ou seja, no Centro de Saúde de Oeiras, existem quatro equipas que prestam cuidados continuados. São elas: a equipa dos cuidados continuados da USF de Conde de Oeiras; a equipa dos cuidados continuados da USF de São Julião; a equipa dos cuidados continuados da UCSP; e por fim a equipa dos cuidados continuados (no presente relatório referida como ECC) inserida na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Na reunião com cada enfermeira responsável pelas equipas dos cuidados continuados acima mencionados, foi entregue uma versão breve em suporte papel do referido projecto (ANEXO XVI), e foi solicitada a morada electrónica para onde os serviços de internamento do HEM poderiam enviar a nota de alta de enfermagem por e-mail. Foi também solicitado um contacto telefónico directo da equipa, e o nome do enfermeiro responsável pela respectiva equipa dos cuidados continuados. Todos esses dados foram compilados numa grelha (ANEXO XVII) com o objectivo de ser entregue aos serviços de medicina do HEM. Outro objectivo destas reuniões para além de apresentar o projecto e solicitar a cooperação no mesmo, foi também conhecer melhor a dinâmica de cada equipa e assim aprofundar o desenvolvimento das minhas competências no âmbito do desenvolvimento de parcerias entre instituições de saúde.

O mesmo processo foi replicado no ACES-O Oriental, ou seja, nos centros de saúde de Linda-a-Velha, de Carnaxide e de Algés. Também aqui tiveram lugar reuniões com os respectivos responsáveis pelas equipas dos cuidados continuados, neste caso, duas equipas, que por conseguinte são: a Unidade de Cuidados Continuados de Linda-a-Velha e Carnaxide; e a Unidade de Cuidados Continuados de Algés.

CrITÉrios Para Incorporar o Projecto. Os critérios para se participar no projecto foram então: uma resposta positiva ao convite para incorporar o projecto; uma morada electrónica da equipa dos cuidados continuados (fazendo sempre a ressalva de

que teria de ser uma morada cujo acesso seria restrito apenas à equipa dos cuidados continuados, devido à confidencialidade e sigilo profissional que a nota de alta de enfermagem contempla, logo não poderia ser – a título de exemplo – a morada geral do centro de saúde), um contacto telefónico directo da equipa dos cuidados continuados (na eventualidade de o enfermeiro do HEM desejar transmitir informação relativa ao utente via telefone); e o nome de um ou mais enfermeiros de referência alusivos à equipa dos cuidados continuados, afim de se estabelecer uma relação de maior proximidade entre os parceiros de ambas as instituições.

Mais uma vez durante estas reuniões com os enfermeiros responsáveis pelos cuidados continuados, o projecto foi sempre muito elogiado, o que constituiu um motor para a implementação do mesmo.

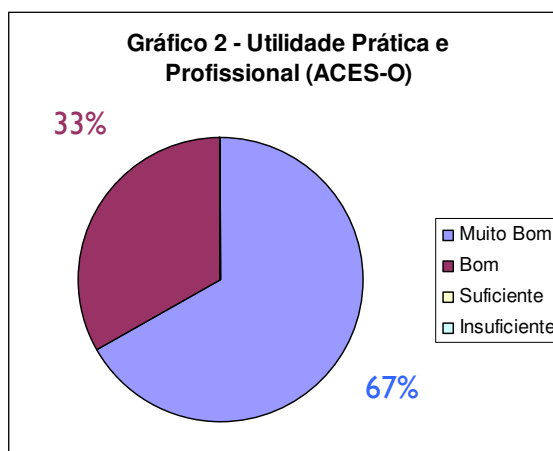
No espaço de 24 horas foi enviado um e-mail para a respectiva morada com recibo de leitura para confirmar a validade da respectiva morada e se a morada estivesse correcta era então estabelecido um contacto telefónico com a respectiva equipa a informar que a partir daquele momento já poderiam receber as notas de alta de enfermagem por e-mail. No total foi facultada uma morada inválida pelo que após novo contacto telefónico, rectificação da mesma e novo “teste” nenhuma morada se mostrou inválida à data da implementação do projecto. Das 6 equipas convidadas, todas elas declararam ter interesse em participar no projecto. No total foram recolhidas 6 moradas electrónicas de 6 Equipas de Cuidados Continuados.

Avaliação da Metodologia na Apresentação do Projecto. No final das diligências tomadas foi aplicado um questionário de avaliação (ANEXO XX) afim de avaliar as metodologias adoptadas na apresentação do projecto. Assim como forma de avaliação foi aplicado o questionário de avaliação previamente formulado, que consiste como dados de identificação, o tema, a data, e o local. O formando seguidamente tinha a oportunidade em expressar a sua apreciação colocando um X de 1 a 4 sendo estes correspondentes: 1 – Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom. Os aspectos a avaliar tiveram em conta a “Utilidade Prática e Profissional” da respectiva temática; a “Sensibilização a Novos Procedimentos”; a “Qualidade da Comunicação”; a “Metodologia” utilizada; e por fim a “Duração / Horário”. A parte final do questionário, contempla ainda um espaço aberto a “Sugestões” que o formando eventualmente deseje expressar.

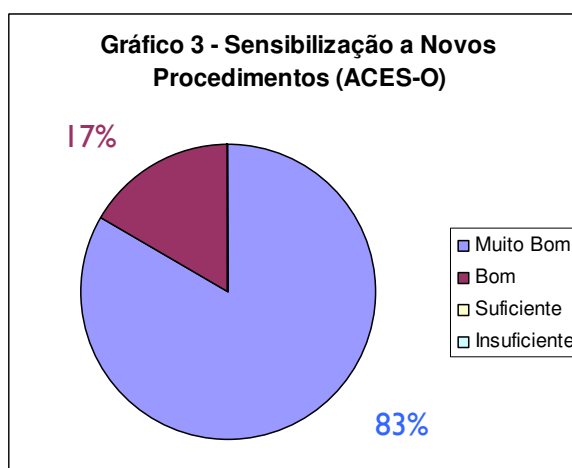
O tratamento de dados foi trabalhado de forma manual tendo em conta o número de formandos. No total foram aplicados seis questionários (4 do ACES-O Ocidental e 2 do ACES-O Oriental).

Os resultados obtidos na avaliação da formação sobre o projecto “Cuidar em Rede” são apresentados graficamente em seguida.

Destaca-se apenas no corpo do relatório três unidades de análise. Foi efectuada uma análise global com outros centros de saúde que se encontra remetida no ANEXO XXI. Assim quando questionados sobre a “utilidade prática e profissional” quatro enfermeiros responderam “muito bom” e dois enfermeiros assinalaram “bom”.



Relativamente à “sensibilização a novos procedimentos”, cinco enfermeiros responderam “muito bom” e apenas um assinalou “bom”.



Todas as respostas acima mencionadas tiveram uma concretização de 100%. O mesmo não se verificou com o espaço aberto para sugestões, tendo este uma concretização de 67%. Assim, no que concerne às sugestões mencionadas destaca-se o seguinte: “O nosso problema é que as cartas de alta vêm ter às nossas mãos muito atrasadas, pelo que este projecto nos parece uma boa ideia”; “Este projecto vai-nos

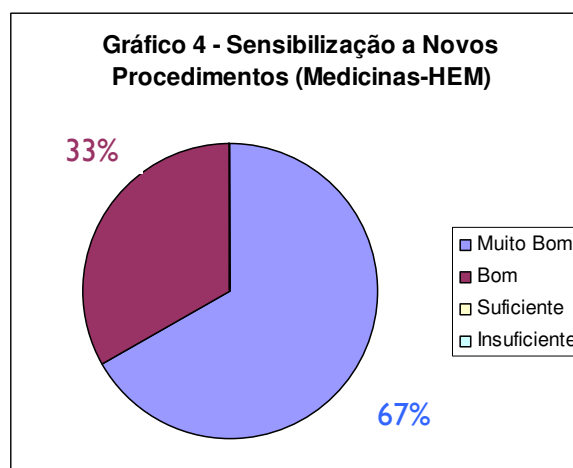
facilitar o nosso trabalho”; “É uma excelente ideia, sem dúvida uma mais valia”; “Vai-nos facilitar imenso porque o fax chega-nos tardiamente bem como a nota de alta”.

Implementação do Projecto nos Serviços de Medicina do HEM. Após a aquisição dos contactos das respectivas equipas dos cuidados continuados foi então solicitada a autorização à enfermeira directora do HEM para se proceder à formação através de sessões dirigidas às equipas de enfermagem dos serviços de medicina afim de concretizar o projecto. Deste modo foi elaborado uma apresentação do projecto em PowerPoint (ANEXO XVIII) destinado aos serviços de medicina do HEM. Esta apresentação teve como plano o ANEXO XIX. No total foram efectuadas três sessões, uma sessão no serviço de medicina I, uma sessão no serviço de medicina I / II, e por fim outra sessão no serviço de medicina II. As sessões tinham como objectivos, sensibilizar para o projecto “Cuidar em Rede”; dar a conhecer a actuação dos enfermeiros dos cuidados continuados do ACES Oeiras Ocidental; transmitir as necessidades sentidas; e apresentar os procedimentos de articulação concertados entre as duas entidades

Inicialmente era estabelecido um contacto com o enfermeiro chefe de cada serviço a fim de apresentar o projecto e proceder ao agendamento das referidas sessões para os restantes enfermeiros do respectivo serviço. Cada sessão teve aproximadamente a duração de 30 minutos e foi apoiada na exibição de 10 diapositivos em PowerPoint que era concomitantemente entregue em suporte papel. No final foram anunciados os contactos dos centros de saúde e ocorria então um espaço para esclarecimento de dúvidas / partilha de pensamentos. Curiosamente apesar do sentimento de desmotivação que se vive nos serviços de um modo transversal, as sessões foram muito positivas e mais uma vez todos os elementos elogiaram bastante o projecto, tal como se pode verificar na análise global dos questionários de avaliação (ANEXO XXI) aplicados no final de cada sessão.

Avaliação da Metodologia na Apresentação do Projecto. Também aqui no corpo do relatório será apenas apresentado as mesmas três unidades de análise. Importa referir que o questionário foi aplicado apenas aos enfermeiros chefes de cada serviço (três no total).

Da análise efectuada pode-se constatar que no que concerne à “utilidade prática e profissional” todos classificaram como “muito bom”. Relativamente à “sensibilização a novos procedimentos” 2 enfermeiros classificaram como “muito bom” e apenas um assinalou “bom”.



Todas as respostas acima mencionadas tiveram uma concretização de 100%. O mesmo se constatou com o espaço aberto para sugestões. Assim, no que concerne às sugestões mencionadas destaca-se o seguinte: “Penso que esta articulação entre o centro de saúde e o hospital é bastante importante para não haver perda de informação e para que haja continuidade dos cuidados”; “Este projecto permite abrir portas e agilizar o processo de gestão de altas e o respectivo encaminhamento para o centro de saúde”; “De grande interesse e utilidade prática para o serviço, é de relevar iniciativas deste âmbito para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e reconhecimento do papel do enfermeiro na comunidade / hospital”.

Foi assim com estes pressupostos / premissas que se iniciou a operacionalização do respectivo projecto entre estes dois parceiros na comunidade. No período de 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010 foram enviadas no total 11 notas de alta de enfermagem via e-mail (é digno de nota que apenas se pode operacionalizar o projecto após a respectiva sessão de cada serviço). Para recolher novo feedback acerca da implementação do projecto foi estabelecida uma nova reunião.

Reunião Entre Parceiros. Para esta reunião foram convidados todos os enfermeiros responsáveis das equipas dos cuidados continuados do ACES-Oeiras (parte Oriental e Ocidental) e respectiva enfermeira coordenadora da UCC do ACES-Oeiras; os três enfermeiros chefes envolvidos no projecto dos referidos serviços de medicina, e a enfermeira directora do HEM. Esta reunião teve lugar na sala de reuniões da direcção de enfermagem e teve como objectivos: promover a coesão entre as equipas de enfermagem; estabelecer relações de confiança; cooperação mútua dos problemas; partilhar soluções relativamente à problemática da articulação entre as instituições ACES Oeiras e Hospital Egas Moniz; monitorizar a implementação do projecto de envio de nota de alta de enfermagem via e-mail. É também importante referir que

estabelecer esta reunião entre os centros de saúde e o HEM fazia parte dos objectivos anuais da direcção de enfermagem para 2010 tal como se pode constatar no ANEXO XIV. Da reunião pode-se destacar como principais pontos analisados: a articulação nomeadamente a nível da informação, a comunicação sobre o doente, o circuito da carta de alta, o e-mail e o fax. Abordou-se também a questão da preparação da alta.

Em suma, confirmou-se que os utentes estão cada vez mais dependentes e mais envelhecidos e que existe uma mais valia para todos incluindo para a própria família que está numa situação de stress, planear a alta com antecedência. Contudo reconheceu-se que apesar das equipas médicas (quem confere a alta) estarem cada vez mais sensíveis a essa problemática nem sempre se consegue protelar a alta até à resolução do contexto social do utente.

Outro aspecto a destacar foi os elogios ao envio da nota de alta por e-mail. Vários enfermeiros mencionaram que essa metodologia funciona muito bem, é muito útil e consideram-no como método de eleição. Referiram também que após a total implementação do projecto até dispensam o envio do fax.

Destaca-se também algumas questões a que os enfermeiros dos centros de saúde foram alvo. Foram questionados se a informação contida no impresso (nota de alta) era insuficiente, ao que os enfermeiros responderam em uníssono que a informação envolvida era suficiente. Foram também questionados se a informação que é transmitida na carta de alta é útil. Mais uma vez os enfermeiros dos centros de saúde responderam de modo unânime que era muito útil. Foram também questionados se existe alguma informação que faça falta aos enfermeiros dos centros de saúde que não esteja a ser enviada, ao que todos responderam que não. Questionou-se se consideravam que era enviada alguma informação supérflua ou dispensável, ao que também responderam que não.

Por outro lado a enfermeira coordenadora da UCC questionou se havia alguma informação dos doentes que saem da comunidade para o hospital, que queiram ter acesso durante o internamento, ao que os chefes das medicinas afirmaram que sim principalmente nos casos das famílias mais disfuncionais. Ficou definido que essa informação poderia ser enviada também por e-mail para os respectivos endereços de onde são enviadas as notas de alta.

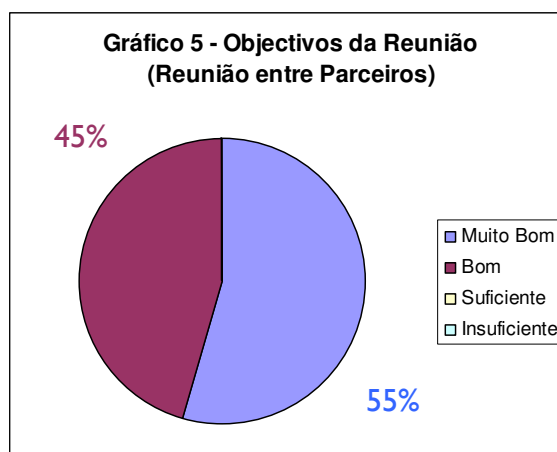
A equipa do ACES-Oeiras manifestou também interesse em articular com o HSFX e solicitou a colaboração da enfermeira directora do HEM nesse sentido, ao que a directora propôs eventual contacto com a equipa de gestão de altas do HSFX.

Foi também sugerida por parte do ACES-Oeiras a criação de uma lista com os contactos de todos os serviços do HEM e os respectivos enfermeiros de referência. Tal lista (ANEXO XXIII) foi elaborada e enviada por e-mail para todas a equipas dos cuidados continuados do ACES-Oeiras.

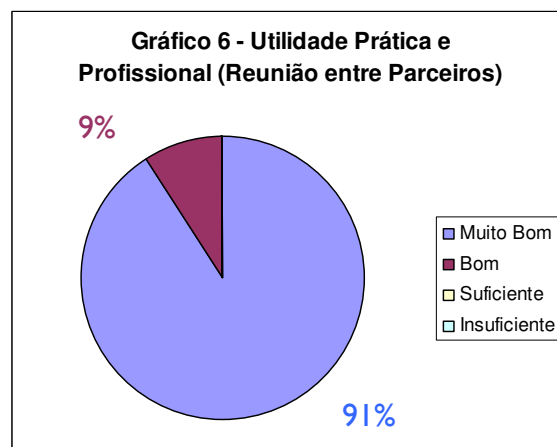
Importa referir que se tratou de uma reunião muito rica para ambos os parceiros envolvidos e que constituiu um alicerce para relações futuras vendo-se assim cumpridos todos os objectivos da reunião.

Avaliação da Reunião. No final foi aplicado a todos (11 enfermeiros) o questionário de avaliação da reunião (ANEXO XXVII) cuja breve análise se apresenta de seguida.

Relativamente aos “objectivos da reunião” 5 enfermeiros qualificaram com “bom” e 6 enfermeiros classificaram com “muito bom”.



Relativamente à “utilidade prática e profissional” apenas um enfermeiro qualificou com “bom”, os restantes 10 elementos classificaram com “muito bom”.



Mais uma vez todas as respostas acima mencionadas tiveram uma concretização de 100%. O mesmo não ocorreu com o espaço aberto para sugestões, tendo este uma

concretização de 27%. Assim, no que respeita às sugestões mencionadas destaca-se o seguinte: “Vale a pena para melhorar a articulação com os enfermeiros das USF”; “Foi muito útil pois facilita a articulação entre as instituições”; “Permitiu estreitar o relacionamento quer institucionalmente (com procedimentos de melhoria) quer no que diz respeito aos utentes”.

Concomitantemente ao longo deste módulo II com o objectivo de compreender melhor o funcionamento das parcerias na comunidade foi desenvolvido um estágio de observação na Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Oeiras (CPCJO).

Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Oeiras. A escolha deste local prende-se com o facto de a comissão ser uma entidade que articula permanentemente com os vários parceiros da comunidade. Uma comissão de protecção de crianças e jovens é uma entidade oficial não judiciária com autonomia funcional que visa promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações susceptíveis de afectar a sua segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento integral.

A CPCJO é constituída por diversos elementos que intervêm de forma interdisciplinar e interinstitucional, provenientes de várias entidades como escolas, câmara municipal, hospital, entre outras.

Esta actividade foi também muito interessante de realizar, pois permitiu conhecer a dinâmica de uma equipa de trabalho cujo enfoque é tão sensível e complexo. Assistir às reuniões da CPCJO quer na modalidade restrita quer na modalidade alargada respondeu na globalidade aos objectivos traçados pois permitiu identificar estratégias subjacentes à articulação / negociação entre parceiros na comunidade. Observar como os elementos peritos desta comissão manipulavam e encaminhavam situações problemáticas permitiu assim adquirir competências na área da parceria / articulação.

A CPCJO é uma comissão diligente e motivada apesar da complexidade e da natureza das diligências a efectuar. É ainda digno de registo que a CPCJO faz um esforço empenhado no sentido da cooperação entre as equipas multidisciplinares visando sempre o apoio junto das famílias e respectivas crianças e jovens. Esse esforço é merecedor de apreciação também pelo elevado volume de processos que possuem versus número de técnicos que compõe a comissão.

Contemplar a dinâmica das parcerias na CPCJO foi muito enriquecedor. A partilha de saberes por parte dos vários peritos, em particular da presidente da comissão, permitiu identificar vários critérios fundamentais a ter na génese de uma parceria.

Referenciam-se de seguida algumas das concepções a ter em mente na criação de uma parceria, tais como: preparar comunicações claras sobre os papéis e responsabilidades individuais nas respectivas parcerias; centrar esforços nas várias unidades, reforçando a capacidade dos líderes em comandar as parcerias; usar todas as oportunidades para reforçar parcerias entre as diversas organizações / instituições; criar grupos de análise pelos pares / parceiros acerca do desempenho das parcerias; conceber um mecanismo de agregação de conhecimentos (como relatórios, documentos, análises) para motivar melhores práticas em áreas relacionadas com a saúde; efectuar uma análise adequada das necessidades ao nível das instituições; assegurar a interacção regular com parceiros existentes e potenciais; reforçar os elos de comunicação que constituem a parceria; promover o papel da parceria no sector da saúde; e por fim mas extremamente importante na formação de uma parceria, reconhecer, aceitar e respeitar a diversidade dos parceiros. Destaca-se ainda como factor essencial para o êxito da parceria, a avaliação exaustiva das necessidades dos intervenientes, o que inclui um exercício de identificação de necessidades e recursos, bem como um esforço diligente na colmatação das lacunas identificadas.

Importa salientar que apesar deste projecto de parceria entre o ACES-O e o HEM não contemplar (na sua grande maioria dos casos) crianças e jovens, mas sim idosos; ainda assim considerou-se pertinente a escolha por esta comissão, não só pelo facto de não existir nenhuma “comissão de protecção a idosos”, bem como pelo facto de a CPCJO ser a única entidade no concelho de Oeiras com características subjacentes à articulação / parcerias na comunidade.

Assim, ao longo do módulo II foi-se formando a parceria entre ACES-O e o HEM não esquecendo as premissas absorvidas na CPCJO de que uma parceria requer versatilidade e dinamismo na intervenção social, aspectos estes que estão no âmago desta aliança (ACES-O / HEM) que ambos os parceiros coadjuvaram fundar.

Também com o objectivo de melhor conhecer a dinâmica das intervenções na comunidade foi efectuado um acompanhamento no projecto “Naus” desenvolvido pelo Núcleo de Intervenção Comunitária (NIC) do ACES-O.

Núcleo de Intervenção Comunitária. Inserido na Unidade de Cuidados na Comunidade do ACES-O, encontra-se o Núcleo de Intervenção Comunitária (NIC), que foi criado em 2002 e é composto por três enfermeiras e uma médica.

Na área de abrangência do ACES-Oeiras foram construídos 7 bairros para realojamento de famílias carenciadas provenientes de “bairros de lata”. O NIC optou

por intervir no Bairro dos Navegadores por ser o que possuía os piores indicadores. O NIC intervém no respectivo bairro às sextas-feiras através de uma unidade móvel. Esta carrinha ou unidade móvel pertence à Sub-Região de Lisboa e é utilizada nos outros dias da semana por outras equipas do distrito de Lisboa. O projecto de intervenção comunitária consiste em intervir no âmbito da saúde no correspondente local. As actividades mais desenvolvidas através na unidade móvel são consultas de enfermagem na área da saúde infantil, saúde materna, vacinação, consulta da diabetes, consulta de hipertensão e acompanhamento familiar. Este acompanhamento familiar oferece também orientações a outros níveis como gestão financeira, higienização do lar, entre outros assuntos que a família ou morador necessite.

Para além das actividades desenvolvidas na unidade móvel o NIC também fazem visita domiciliar para acompanhar casos que necessitem de uma maior vigilância.

O NIC, sempre que necessário articula maioritariamente com outras entidades tais como a Ajuda de Mãe, Ajuda de Berço, Câmara Municipal, Paróquia, Escola e Segurança Social. O NIC promove ainda formações anuais sobre vários temas considerados pertinentes tais como sexualidade, afectividade, bulling, entre outros. Os projectos ou intervenções vão sendo adaptados consoante as necessidades da respectiva comunidade. Com o projecto “Naus”, a equipa do NIC consegue por mérito próprio concretizar a acessibilidade da respectiva comunidade aos cuidados de saúde, espelhando excelentes indicadores como uma acentuada diminuição do número de gravidezes na adolescência, diminuição do numero de gravidezes não vigiadas, aumentos da taxa de cobertura na vacinação e aumentos na vigilância de saúde infantil, entre outros.

Acompanhar o NIC foi sem dúvida um enorme desafio pois trata-se de uma população multiproblemática, com baixos recursos financeiros, baixa escolaridade, isolamento geográfico, pouca acessibilidade rodoviária, e provenientes de habitações degradadas onde não possuíam acesso às escolas, cuidados de saúde, etc. Esta actividade constituiu assim um valioso contributo para o desenvolvimento e aquisição de competências no âmbito da intervenção comunitária.

O trajecto percorrido ao longo deste módulo de estágio teve sempre presente as competências e o conceito de enfermeiro especialista, o qual deve possuir “um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de

competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado” (Ordem dos Enfermeiros 2007).

Importa referir também que todos os objectivos traçados para este segundo módulo de estágio foram alcançados na sua totalidade, bem como a aquisição das competências com implicações directas nos domínios da formação, investigação, supervisão de cuidados, gestão de cuidados, planeamento estratégico e assessoria em saúde.

2. Projecto de intervenção

Segundo Imperatori e Geraldès (1993) citado por Resende (2008), o processo de planeamento em saúde é composto por várias etapas, iniciando-se no “diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objectivos, selecção de estratégias/actividades, elaboração de programas e projectos, execução e avaliação”, tal como se fez para a realização deste estágio.

É neste contexto, que surge a pertinência do projecto de articulação entre as ECC do ACES-O e o HEM, que se apresenta actualmente, numa estratégia definida pelos diversos intervenientes, no que respeita à continuidade e optimização dos cuidados de enfermagem.

Após um diagnóstico de situação efectuado na equipa de cuidados continuados do CSO constatou-se a necessidade de elaborar e implementar um projecto que se denominou por “Saúde em Rede”, de forma a dar resposta às lacunas identificadas.

Paradigma de Investigação. Assim como opção metodológica no que concerne ao paradigma de investigação que segundo Fortin (1999) “é um esquema fundamental que orienta a perspectiva que o investigador dá ao seu estudo”, e tendo presente os paradigmas de investigação existentes, optou-se por enquadrar este projecto no paradigma qualitativo porque se pretende efectuar uma abordagem interpretativa, em que se analisa e interpreta todo o contexto envolvente, indo à essência do fenómeno, através das vivências e das palavras dos entrevistados.

Tipo de Estudo. Segundo Fortin (1999), o estudo descritivo consiste em discriminar os factores determinantes ou conceitos que possam estar relacionados com o fenómeno em estudo. De entre os tipos de estudo descritivos, decidiu-se optar pelo estudo descritivo (transversal) com carácter exploratório. Escolheu-se este tipo de estudo porque se estuda a fundo uma realidade social restrita, equipa de cuidados

continuados, e também porque se pretende saber o como e o porquê do fenómeno em estudo. Os estudos transversais focam geralmente um único grupo representativo da população em estudo. Procura-se então com este estudo, não só descrever e compreender esta realidade, como também dar visibilidade a esta problemática.

Colheita de dados. “A natureza do problema de investigação determina o método ou a técnica de colheita de dados a utilizar” (Fortin, 1999). É imensa a diversidade de fenómenos passíveis de investigação, existindo uma grande variedade de métodos e técnicas de colheita de dados, entre os quais a observação, a entrevista, o questionário, as escalas, entre outros. Assim, para que a escolha do investigador seja a mais acertada possível, é necessário que este tenha em conta se os objectivos da investigação são respondidos pela informação que vai ser colhida com determinado instrumento. O investigador deve conhecer os instrumentos de medida, as suas vantagens e desvantagens e a questão de investigação. As técnicas de colheita de dados mais indicadas para um estudo, em que a metodologia qualitativa é a eleita, são a observação e a entrevista.

Entrevista “A entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas.” (Fortin, 1999)

Existem três tipos de entrevista: a entrevista estruturada, a entrevista semi-estruturada e a entrevista não estruturada. A entrevista semi-estruturada é a mais indicada para este tipo de análise. Neste tipo de entrevista é utilizado apenas um guia de temas ou questões para o entrevistador se orientar no decorrer da entrevista. A entrevista semi-estruturada dá uma maior liberdade ao entrevistado para falar sobre o tema e ao mesmo tempo permite ao entrevistador ter um guia para não se perder. A técnica aplicada foi o grupo focal.

Grupo Focal. O grupo focal é uma técnica de colheita de dados qualitativos que se dá por meio de entrevistas grupais, apropriada para estudos que buscam entender atitudes, preferências, necessidades e sentimentos. Dias (2000) afirma que a técnica de grupo focal tem sido utilizada por pesquisadores académicos, adaptável a todos os tipos de abordagem, ou seja, exploratória, fenomenológica ou clínica. Está relacionado com os pressupostos e premissas do pesquisador na qual interpreta como uma técnica para o conhecimento de um tema pouco conhecido, visando o delineamento de pesquisas futuras.

População Alvo. “Toda questão de pesquisa define um universo de objectos aos quais os resultados do estudo deverão ser aplicados. A população alvo, também, chamada população estudada, é composta de elementos distintos possuindo um certo número de características comuns (pelo menos uma). Essa característica comum deve delimitar inequivocamente quais os elementos que pertencem à população e quais os que não pertencem. Entende-se ainda como população alvo a população maior de onde provém a amostra” (Ribeiro, 2000). Deste modo como população alvo deste projecto ficaram definidos como critérios de inclusão as equipas prestadoras de cuidados continuados de enfermagem, bem como as equipas de enfermagem dos serviços de internamento hospitalar que encaminham doentes para os cuidados continuados.

Amostra. Uma amostra é um subconjunto de indivíduos da população alvo. Existem dois tipos de amostras, as probabilísticas, baseadas nas leis de probabilidades, e as amostras não probabilísticas, que tentam reproduzir o mais fielmente possível a população alvo. Assim foram escolhidas para a amostra as equipas dos cuidados continuados do ACES-O e os serviços de medicina dos HEM por serem estes os que mais doentes encaminham para a comunidade. Como critério de exclusão ficou definido a não aceitação por parte das equipas perante o convite para participar no respectivo projecto.

Objectivo Geral. Este projecto tem como finalidade ou objectivo geral facilitar a articulação entre os cuidados de saúde primários e o hospital numa perspectiva da continuidade dos cuidados de enfermagem.

Objectivos Específicos. Distinguem-se dois tipos de objectivos num trabalho científico: os objectivos gerais e os objectivos específicos. Os objectivos específicos deverão estar orientados para esta meta: descrever a realidade; compará-la com outras situações similares; sistematizar os pontos determinantes para sua ocorrência. Assim, os objectivos específicos traçados foram: promover competências pessoais, sociais e profissionais tendo em vista a continuidade dos cuidados; promover a aproximação entre as instituições de saúde; e melhorar o processo da comunicação entre as equipas de enfermagem.

Recursos. Nos recursos humanos envolvidos neste projecto podem-se encontrar um coordenador cuja função major é dinamizar as acções previstas e articular internamente os serviços de saúde em rede; as equipas de enfermagem de cuidados continuados do ACES-O e as equipas de enfermagem dos serviços de internamento de

medicina do HEM, bem como as respectivas direcções de enfermagem das referidas instituições de saúde.

Ainda relativamente aos recursos humanos é necessário explicitar que foi fundamental, o apoio quer da enfermeira orientadora do estágio, quer da docente, tanto para a análise de conteúdo da recolha de dados em relação às entrevistas aplicadas para a avaliação das necessidades dos profissionais, como para a elaboração do projecto. Todavia, é de realçar a importância que teve o apoio da enfermeira orientadora do estágio na realização desta actividade.

Quanto ao recurso temporal pode-se definir que este teve início a 27 de Setembro com término a 19 de Novembro de 2010. O horário e a periodicidade foram definidas de acordo com a disponibilidade das equipas de modo a facilitar a adesão ao respectivo projecto. Ainda relativamente ao recurso temporal, é necessário explicitar que foi utilizado para além das horas do estágio, as horas de trabalho do aluno, contempladas no Regulamento Geral deste Curso, entre os módulos de estágio, para a realização desta análise de conteúdo, de forma a se conseguir concretizar de acordo com o cronograma estabelecido, as restantes actividades do II módulo de estágio.

Actividades. As actividades a desenvolver no Projecto “Saúde em Rede” já foram descritas anteriormente, pelo que, destaca-se aqui muito sumariamente, algumas das actividades desenvolvidas nomeadamente: a reunião com os enfermeiros chefes/coordenadores das várias equipas de enfermagem para apresentação e convite para incorporar o projecto; a aquisição dos contactos das várias equipas de enfermagem envolvidas; as sessões de formação também às várias equipas bem como a avaliação e monitorização da implementação do referido projecto; e por fim a reunião entre os parceiros, ou seja entre os coordenadores das várias equipas das diferentes instituições de saúde envolvidas.

Metas. “Uma meta é um ponto definido onde se quer chegar. Uma meta é a definição do ponto de destino. No mesmo sentido os objectivos constituem a finalidade de um trabalho científico, ou seja, a meta que se pretende atingir com a elaboração da pesquisa” (Ribeiro, 2000). Foram então definidas algumas metas tais como: aplicar sessões de formação a todas as equipas de enfermagem envolvidas no projecto; pelo menos 60% das notificações para equipa de cuidados continuados sejam efectuadas de acordo com os novos procedimentos instituídos; estabelecer uma reunião, no mínimo, entre os parceiros envolvidos no projecto.

Sistema de Avaliação. Caberá à coordenadora deste projecto elaborar um relatório final e divulgar os resultados. A avaliação foi sendo efectuada pelos enfermeiros envolvidos sobre as intervenções desenvolvidas junto dos mesmos. Este sistema de avaliação consiste também na aplicação de um questionário (ANEXO XX) e na recolha do feedback através do contacto formal e informal com as equipas envolvidas. A avaliação é ainda configurada num registo pessoal onde estão englobados a avaliação continua dos objectivos traçados, bem como das respectivas actividades desenvolvidas.

Aspectos éticos. Estando de acordo com Ribeiro (2000), quando este refere que “os aspectos éticos são decisivos em investigação”. Antes do início, deve-se determinar o tipo de instrumento de colheita de dados que melhor se adapta ao objectivo do estudo, entre outros factores.

PARTE III – CONTINUIDADE DO PROJECTO

A parte III deste relatório consiste na enunciação dos objectivos traçados para o terceiro módulo de estágio bem como a descrição das actividades desenvolvidas para a concretização dos mesmos.

Será ainda descrita nesta parte III, a situação problemática identificada no local de estágio do módulo III, bem como o enquadramento do respectivo projecto de intervenção comunitária desenvolvido ao longo deste terceiro e último módulo.

1. Objectivos específicos para o módulo III

Antes da descrição e da análise reflexiva sobre os objectivos específicos para o módulo III, importa mencionar que estes foram na sua globalidade alcançados.

Grande parte desta reflexão fica demonstrada ao longo deste relatório, onde para além das descrições de algumas das actividades desenvolvidas ao longo do estágio, pode-se encontrar também a reflexão crítica e pessoal em relação à participação nas acções de formação e nas reuniões com outros parceiros dos recursos comunitários, revelando não só a aquisição de conhecimentos, como também o crescimento pessoal e profissional.

Assim traçou-se como objectivos específicos para o módulo III de estágio:

- Demonstrar capacidade de utilizar a metodologia de planeamento em saúde na programação das actividades e de intervenção na comunidade, segundo uma perspectiva profissional avançada;
- Operacionalizar no HEM, um projecto de intervenção e avaliação no âmbito da continuidade dos cuidados articulado com outras equipas de cuidados continuados.

Numa reflexão crítica e pessoal sobre estes objectivos, importa referir que estes foram traçados por se considerar serem necessários desenvolver de acordo com as necessidades encontradas neste campo de estágio que teve lugar no serviço de Medicina I A do HEM.

Importa ainda referir que neste módulo III de estágio deu-se continuidade ao projecto implementado anteriormente.

1.2. Actividades desenvolvidas / Projecto de intervenção

Por ter sido proposto pela direcção de enfermagem do hospital Egas Moniz, optou-se por replicar o projecto anteriormente descrito na parte II deste relatório, intitulado “Saúde em Rede” aos demais serviços de internamento do HEM.

Serviços de Internamento do HEM. Deste modo o projecto que nasceu nos serviços de medicina, estendeu-se a todos os outros serviços de internamento que articulam com os cuidados continuados. São eles: serviço de neurologia, serviço de neurocirurgia, serviço de neurotraumatologia, serviço de cardio-pneumologia, serviço de cirurgia geral, serviço de urologia e cirurgia cardio-torácica, serviço de gastroenterologia, reumatologia e endocrinologia, serviço de cirurgia plástica, otorrinolaringologia e oftalmologia, e serviço de doenças infecciosas. Foram assim abrangidos todos os serviços ficando de fora as unidades de cuidados intensivos e blocos operatórios por estes não encaminharem directamente doentes para os cuidados continuados.

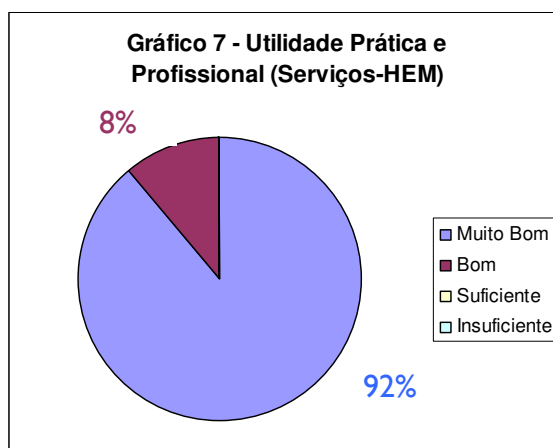
Simultaneamente, este projecto também foi replicado a outras equipas de cuidados continuados. As equipas escolhidas para incorporar o projecto foram todas as equipas que prestam cuidados continuados pertencentes a todos os centros de saúde da área de abrangência do hospital Egas Moniz. Assim foram convidadas as equipas dos centros de saúde / USF de Alcântara, Ajuda, Santo Condestável, Parede, Carcavelos, São Domingos de Rana, Cascais, Estoril, Dafundo e Alcabideche. De todas as equipas convidadas, apenas uma não aceitou o convite por entender que não se justificava criar uma morada electrónica para a recepção de informação via e-mail proveniente apenas de um hospital.

Assim neste módulo III optou-se por continuar a monitorizar o projecto já desenvolvido com os serviços de medicina bem como com as equipas dos cuidados continuados do ACES-O, deste modo por reproduzir este projecto a nove serviços de internamento do HEM e a cinco equipas de cuidados continuados dos vários ACES da área de abrangência do referido hospital.

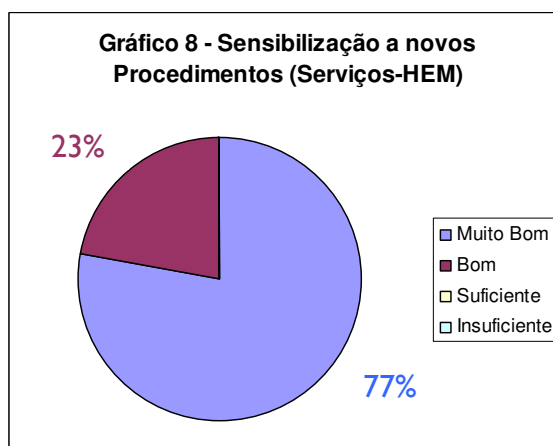
A metodologia utilizada foi a mesma e para isso foram efectuadas sessões que tinham como objectivo dar a conhecer o projecto às equipas de enfermagem e expor os novos procedimentos aquando da alta acompanhada carta de alta de enfermagem. Inicialmente era estabelecido um contacto com o enfermeiro chefe de cada serviço a fim de apresentar o projecto e proceder ao agendamento das referidas sessões para os

restantes enfermeiros do respectivo serviço. Cada sessão tinha aproximadamente a duração de 30 minutos e era apoiada na exibição de 15 diapositivos em PowerPoint (ANEXO XXIV) que era concomitantemente entregue em suporte papel. No final eram anunciados os contactos dos centros de saúde já adquiridos à data da sessão e ocorria então um espaço para esclarecimento de dúvidas. No final de cada sessão era entregue um questionário (ANEXO XX) para avaliação da respectiva sessão formativa. Foi entregue um questionário a cada enfermeiro chefe de cada serviço. No total foram aplicados nove questionários.

Relativamente à “Utilidade Prática e Profissional” do respectivo projecto, tendo como escala de avaliação “Insuficiente – Suficiente – Bom – Muito Bom”, apenas um enfermeiro chefe qualificou com “Bom”, os restantes 8 elementos classificaram com “Muito Bom”.



Comparativamente a “Sensibilização a Novos Procedimentos” também apenas um enfermeiro chefe classificou com “Bom” e os restantes oito enfermeiros responderam “Muito Bom”.

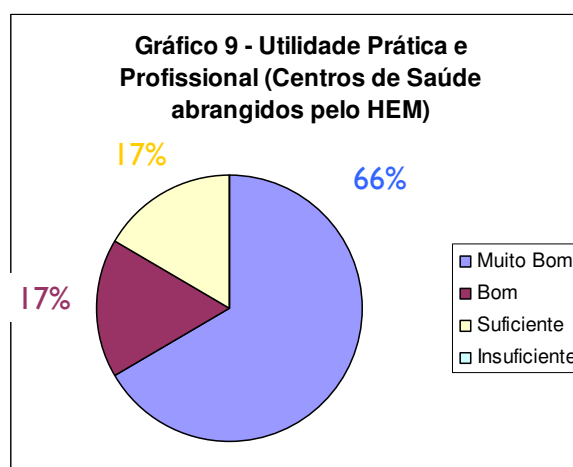


Todas as respostas acima mencionadas tiveram uma concretização de 100%. O mesmo não se verificou com o espaço aberto para sugestões. Assim, destaca-se o seguinte: “Este projecto assenta na necessidade sentida pela equipa de enfermagem envolvida no planeamento de alta”; “Exposição de grande clareza na apresentação de um projecto de carácter objectivo e operacional”.

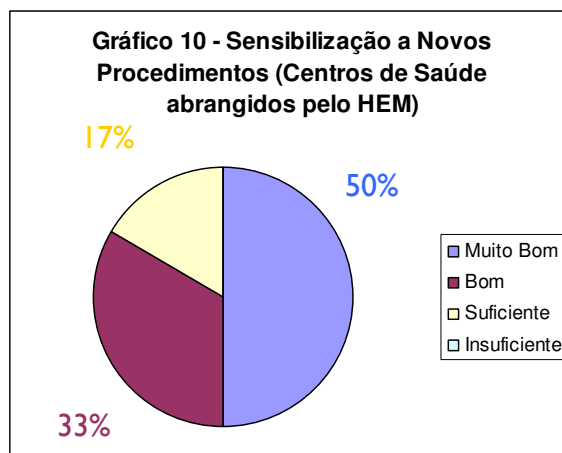
Equipa dos Cuidados Continuados da área de Abrangência do HEM. Relativamente ao contacto estabelecido com as equipas dos cuidados continuados dos vários centros de saúde, primariamente, foi estabelecido um contacto telefónico e aí era solicitado entrar em contacto com a enfermeira responsável pela equipa dos cuidados continuados. Nesse contacto era apresentado de um modo geral o projecto e solicitada uma reunião para discutir os pormenores do projecto em conjunto com a respectiva equipa. Nessas reuniões era entregue em suporte papel a versão breve do projecto bem como a lista como os contactos do HEM. Eram também expostos os critérios de inclusão e exclusão para entrar no projecto, assim como era entregue um questionário de avaliação onde poderiam expor as suas percepções quanto ao projecto.

De um modo geral, das equipas que aceitaram entrar, todas elas acederam de imediato tendo sempre uma postura muito positiva face ao projecto “Saúde em Rede”. Mais uma vez também aqui serão apresentadas apenas algumas das dimensões contempladas no questionário. No total foram aplicados 6 questionários, um a cada responsável / coordenador pela equipa dos cuidados continuados.

Relativamente à “Utilidade Prática e Profissional” do respectivo projecto, tendo como escala de avaliação “Insuficiente – Suficiente – Bom – Muito Bom”, um enfermeiro qualificou com “Suficiente”, também classificou como “Bom” os restantes 4 elementos classificaram com “Muito Bom”.



Comparativamente a “Sensibilização a Novos Procedimentos” um enfermeiro classificou com “Suficiente”, dois classificaram com “Bom” e os restantes 3 enfermeiros responderam “Muito Bom”.



Todas as respostas acima mencionadas tiveram uma concretização de 100%. Mais uma vez, o mesmo não se verificou com o espaço aberto para sugestões, tendo este uma concretização de 58%. Assim, no que concerne às sugestões mencionadas destaca-se o seguinte: “Penso que esta articulação entre o centro de saúde e o hospital é bastante importante para nós”; “Pertinente, já deveria ter sido implementado há mais tempo.”

Assim foi conseguida uma lista com os vários contactos das equipas dos cuidados continuados (ANEXO XXV) que foi distribuída e anunciadas às várias equipas dos vários serviços de internamento.

Análise do Planeamento de Altas no Serviço de Medicina I A. Paralelamente, e tendo em conta o diagnóstico efectuado no serviço de Medicina IA, foi aplicada uma grelha de observação (ANEXO XXVI) como o objectivo de conhecer quantitativamente o planeamento de altas do respectivo serviço. Esta foi uma actividade solicitada pela enfermeira chefe do referido serviço, que permitiu conhecer melhor o processo relacionado com o planeamento e gestão da alta hospitalar. Esta grelha de observação foi aplicada em três momentos de avaliação distintos, afim de analisar a evolução do planeamento de altas. A respectiva análise pode ser encontrada no ANEXO XXVII.

Como já foi mencionado todos os objectivos traçados para este terceiro módulo de estágio foram alcançados na sua totalidade, bem como a aquisição das competências com implicações directas nos domínios da formação, investigação, supervisão de cuidados, gestão de cuidados, planeamento estratégico e assessoria em saúde.

EPILOGO

Numa análise global sobre este relatório descritivo das actividades desenvolvidas durante os três módulos de estágio, pode-se considerar que este representa boa parte de todo o caminho percorrido, e, de real valor para o desenvolvimento das competências na área da saúde comunitária.

O estágio foi iniciado com a realização de um diagnóstico da situação, tendo sido verificada a situação problemática previamente identificada, ou seja, a constatação de que existem falhas ou lacunas na comunicação / articulação entre as instituições de saúde ACES-O / HEM.

Sendo a Saúde uma entidade de primeira linha na intervenção comunitária, e com responsabilidades também, na redução das incapacidades e na promoção dos hábitos de vida saudável, fez-se o levantamento das necessidades dos profissionais desta unidade, face a esta problemática.

Após a análise de conteúdo dos resultados obtidos com a aplicação de uma entrevista na metodologia grupo focal aos profissionais da ECC do CSO, ficou bem patente, a pertinência da elaboração e implementação de um projecto de intervenção e avaliação destas situações, que se denominou de “Saúde em Rede”, como um instrumento estratégico para a acção.

Assim, no segundo módulo de estágio foi então operacionalizado este projecto de intervenção comunitária sustentado na promoção da continuidade dos cuidados de enfermagem aquando a alta hospitalar e dirigido às equipas de cuidados continuados. Com este projecto pretende-se então facilitar a articulação entre os cuidados de saúde primários e o hospital numa perspectiva da continuidade dos cuidados.

No módulo III de estágio deu-se consecução ao projecto anteriormente implementado replicando-o a outros serviços / centros de saúde. Concomitantemente procedeu-se a uma análise do planeamento de altas no serviço Medicina IA que evidenciou mais uma vez a pertinência do referido projecto.

Importa ainda referir que os objectivos gerais e os específicos traçados para o I, II e III módulos de estágio foram na sua globalidade atingidos, tendo sido para isso concretizadas, não só todas as actividades inicialmente propostas, como também, as que

foram sendo acrescentadas de acordo com as necessidades sentidas durante a realização do estágio.

Para além desta descrição atrás referida, foram também referenciados neste relatório, os recursos quer materiais quer humanos, assim como os recursos temporais, utilizados no decorrer deste projecto.

A consecução dos objectivos e das actividades previamente determinadas, permitiu também a aquisição de conhecimentos sobretudo ao nível da temática em estudo, e o desenvolvimento de competências e capacidades que foram traduzidos em ganhos de crescimento pessoal e profissional, reflectindo-se na prestação de melhores cuidados de enfermagem, sobretudo na área da saúde comunitária.

As principais dificuldades e limitações do trabalho, são de natureza metodológica. Apesar de não ser exigida a utilização da metodologia de um trabalho de investigação pura, era necessário no entanto a construção de uma metodologia de trabalho científico. Não obstante, julga-se ter conseguido ultrapassá-la, pondo em prática uma abordagem metodológica rigorosa neste relatório.

Como contributos para as equipas dos cuidados continuados vale a pena referir o envolvimento de todos os profissionais destas unidades neste projecto de intervenção, que foi fundamental para a mobilização de conhecimentos e estratégias necessárias, para a operacionalização deste mesmo projecto.

Outro contributo e não menos relevante é o facto deste projecto de “Saúde em Rede”, estar inserido no âmbito de um projecto de planeamento de altas a ser implementado no HEM.

Como mais valia para a “enfermagem”, importa referir que um dos objectivos gerais deste novo projecto, foi implementar nas equipas de cuidados continuados uma metodologia de articulação e parceria, para que no âmbito das suas competências, a acção destes centros de saúde se tornem cada vez mais efectivos, na continuidade dos cuidados em rede com os parceiros da comunidade.

Como principais sugestões de mudança para o futuro, vale a pena referir a necessidade sentida, de se elaborar um instrumento de monitorização com a avaliação necessária, das notificações efectuadas e não efectuadas, dirigidas às várias equipas dos cuidados continuados. Este instrumento poderá permitir conhecer os casos de utentes não notificados e que conseqüentemente se põe em risco a continuidade dos cuidados / transmissão da informação relativa ao utente, bem como servir de incentivo e apoio,

permitindo assim uma análise mais profunda de um processo que diariamente decorre nas nossas instituições de saúde.

Outra sugestão que se considera fundamental para o sucesso da melhoria da articulação entre os parceiros é o agendamento de uma reunião anual entre os centros de saúde e o hospital de modo a discutir novas estratégias e métodos de cooperação entre ambos.

Numa reflexão final e como nota conclusiva, entende-se que o trajecto percorrido teve sempre presente as competências e o conceito de enfermeiro especialista, o qual deve possuir “um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado” (Ordem dos Enfermeiros 2007).

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, M. – Cuidar o idoso: Relações da Prática de Enfermagem. In *O Idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Formasau, 1999. ISBN 972-8485-70-7.

AUGUSTO, B., [et al.] – *Cuidados continuados: família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar*. Coimbra: Formasau, 2002. ISBN 972-8485-29-8.

ÁVILA, Rui – *Idosos: a enfermagem e os cuidados de proximidade*. Porto, 2009 Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

AZEVEDO, C. A. M.; AZEVEDO, A. G. – *Metodologia Científica. Contributos Práticos para a Elaboração de Trabalhos Académicos*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2006. ISBN 978-972-54-0212-2

BARBIER, J. *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora, 1993

BARDIN, L. – *Análise de conteúdo*. 5ª ed. Lisboa: Ed. 70, 2008. ISBN 978-972- 44-1506-2.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. – *Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria dos Métodos*. Porto: Porto Editora, 1994.

CABRITA, M. – *O Envelhecimento e os cuidados continuados. Servir*. Lisboa. ISSN 0871/2370. Vol.52: nº 1 (2003), p. 11-18.

CARRILHO, M.; GONÇALVES, C. - *Dinâmicas territoriais do envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001*. [on-line] Portugal. 2004. [citado em 2007/12/25]. Revista de Estudos Demográficos. 36. 175-191. Disponível em: <http://www.advita.pt/download.php?9f48570b4ace0350276de156556aa6a2>

COLLIÈRE, M. – *Promover a vida*. 2ª ed. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. ISBN: 972-757-109-3.

COLLIÈRE, M. – *Cuidar... a primeira arte da vida*. 2ª ed. Loures: Lusiciência, 2001. ISBN: 972-8383-53-3.

COSTA, M. – *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século Ed., 1998. ISBN 972-754-125-9.

COSTA, M. – *Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 2002. ISBN 972-8485-24-7.

CUNHA, Luísa – *O idoso e a interface hospital/comunidade*. Geriatria. Lisboa ISSN 0871-5386. Ano XII, nº 114, 1999, p. 24-29

DECRETO-LEI nº 101/2006. DR I Série – A. 109 (06/06/2006) 3856-3865

DECRETO-LEI nº 281/2003. DR I Série – B. 259 (08/11/2003) 7492-7499.

DECRETO-LEI 60/2003 de 1 de Abril. *Rede de Cuidados de Saúde Primários*. *Diário da República nº 77, Série I - A*.

DECRETO-LEI 28/2008 de 22 de Fevereiro. Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde. *Diário da República nº 28, 1ª Série*.

DIAS, C. A. *Grupo focal: técnica de colheita de dados em pesquisas qualitativas*, 2000.

FIGUEREDO, D – *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi, 2007. ISBN 978-972-796-1.

FORTIN, M. F. – *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1989.

HESBEEN, W. – *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.

IMPERATORI, E. ; GIRALDES M.^a do R. – *Metodologia do Planeamento em Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - *Census 2001*. Retirado em 30/05/2008 de www.ine.pt , 2001.

LEOPARDI, Maria Terza; BECK, Carmem Lúcia Colomé, NIETSCHE, Elisabeta Albertina; GONZALES, Rosa Maria Barcini. *Metodologia da pesquisa na saúde*. Santa Maria: Pallotti; 2001.

MACHADO, P. – *O Lugar dos idosos em Portugal e no Mundo*. [on-line] Portugal. 2003 [citado em 2008-07-27]. Disponível em: http://www.janusonline.pt/2003/2003_1_4_4.html.

MARTINS, Dinis Paulo – A família do idoso: o parceiro esquecido?: cuidar do idoso hospitalizado em parceria com a família, perspectivas dos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada à Universidade Aberta, 2006

MONIZ, C. – Reabilitação Cognitiva na Doença de Alzheimer e na Demência. Medline, 2003 ISSN 1361-6137

NETTO, M. – *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 1996. ISBN 972-796-185-1

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *A Cada Família o seu Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem – *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

PIMENTEL, L. – *O Lugar do idoso na família: contextos e trajectórias*. Coimbra: Quarteto Ed., 2001. ISBN 972-8535-66-X.

POLIT, D.; HUNGLER, B. – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995. ISBN 85-7307-101-X.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. *Programa Nacional de Saúde 2004-2010: mais estratégia de saúde para todos*. Lisboa: DGS, 2004.

PORTUGAL. Orientações Estratégicas para as Actividades da OMS, 2010-2013 em www.oms.pt

PORTUGAL. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. *Linhas de Acção Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: MCSP, 2006.

PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde - *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. [on-line] 2005 [citado em 2008/03/12]. Disponível em: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_334.html

PORTUGAL. Missão para os Cuidados de Saúde Primários – Unidade de Cuidados na Comunidade – em: <http://www.mesp.min-saude.pt/engine.php?cat=95> consult. 05-04-2010, 14:00

PORTUGAL. Ordem dos enfermeiros – Carreira de Enfermagem Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=166&version=1> consult. 25-03-2010, 22:00

PORTUGAL Ordem dos enfermeiros – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168&version=1>; consult. 25-03 2010, 22:00

PORTUGAL Ordem Dos Enfermeiros, documento de trabalho sobre a individualização

das especialidades, 2007 em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/91_IndividuaEspecialidades_site.pdf. consult. 05-04-2010, 15:00

PORTUGAL Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em:
http://www.rncci.minsaude.pt/download_files/RNCCI_nova_resposta_no_sistema_de_saude_12_12_08.pdf consult. 08-05-2010, 17:00

QUINTELA, Maria João - *Cuidados Continuados: Uma nova relação social com a saúde das pessoas*. Pré-Textos. Lisboa. ISSN 0874-9698. Nº 9 2002, pág 4-5

QUIVY, R. ; CAMPENHOUDT, L. V. – *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Editora Gradiva, 1998.

REIS, Ana João, et al – *Medicina geral e familiar e a consulta domiciliária na população geriátrica*. Geriatria. Lisboa. ISSN0871-5386. Ano 13, nº 126 2000, p.11-13

RESENDE, Ana – *Parentalidade Apoiada*. Lisboa, 2008 Universidade Católica Portuguesa

RIBEIRO, José Luís Pais – *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto Legis Editora / Livpsic, 2007. ISBN 972-082-77-0.

ROMÃO, Ana, et al “*Actuação da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa face às necessidades dos Cuidadores Informais de Idosos*”- ISCTE in Cidade Solidária, Janeiro, 2008

TRENTINI, M.; GONÇALVES, L. H. T. Pequenos grupos de convergência: *um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem*. Texto e Contexto em Enfermagem (Florianópolis, SC), v. 9, n. 1, p.63-78, 2000.

ZURRO, A.; PEREZ, J. – *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. 3ª ed. Barcelona: Mosby, 2006. ISBN 84-8174-0

ANEXOS

ANEXO I

(Competências propostas no plano de estudos)

INTRODUÇÃO

Este guia reúne um conjunto de informações consideradas oportunas sobre o Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Neste documento apresentam-se os objectivos do Estágio, a duração e estrutura do mesmo, os locais onde decorrerá e os parâmetros de avaliação, bem como algumas informações gerais.

O guia destina-se aos Formandos, Tutores de Estágio e aos Enfermeiros Responsáveis das Instituições onde o mesmo se efectua, por forma a facilitar as relações entre os diversos intervenientes e promover a aprendizagem dos formandos.

1. Objectivos e Competências a desenvolver

Apresentam-se os Objectivos Gerais e Específicos propostos pelo Plano de Estudos do Curso, que pretendem orientar globalmente as competências a desenvolver.

Cada formando elaborará um projecto individual, onde concretiza objectivos específicos e actividades a desenvolver em cada um dos contextos da prática, que será discutido com o Tutor de Estágio.

Objectivos Gerais:

Com o presente Estágio pretende-se que o formando demonstre:

- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária (EESC);
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Objectivos Específicos:

1. Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;

2. Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
3. Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
4. Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
5. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
6. Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização;
9. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;
10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;
11. Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica;
12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização;
14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
16. Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
17. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
18. Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na sua área de especialização;
19. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização;

20. Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
21. Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
22. Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização;
23. Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização;
24. Zelar pelos cuidados prestados na sua área de especialização;
25. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
26. Realizar a gestão dos cuidados na sua área de especialização;
27. Identificar as necessidades formativas na sua área de especialização;
28. Promover a formação em serviço na sua área de especialização;
29. Colaborar na integração de novos profissionais.

2. Desenvolvimento do Estágio

De acordo com o plano de estudos do Curso, o Estágio tem 30 ECTS aos quais correspondem um total de 750h de trabalho, das quais 540h são de contacto, sendo as restantes (210h) para trabalho individual do formando, e está dividido em 3 Módulos, cada um dos quais com 10 ECTS, ou seja, 180h de contacto.

A distribuição dos módulos é a seguinte:

- 1º Período - 19/04 - 19 /06/10
- 2º Período - 27/09 - 19/11/10
- 3º Período - 22/11/09 - 29/01/11

A cada período corresponde um Módulo de Estágio, num total de 180h de contacto que se deverão distribuir pelas 7 a 8 semanas do período em causa, de forma a que o formando realize 3 a 4 turnos por semana.

O horário a praticar por cada formando será de acordo com o horário praticado nas diferentes instituições, podendo ser turno da manhã, ou tarde, ou noite, conforme o horário praticado pelo respectivo tutor e a oportunidade para a consecução dos objectivos traçados.

3. Regime de Frequência

O Estágio é de frequência obrigatória, o que implica que o formando realize na totalidade as 540h previstas no plano de estudos. Quando o formando, por

motivos justificados, esteja impossibilitado de cumprir o horário planeado deverá, em conjunto com o respectivo Tutor/Orientador, reformular o mesmo, de forma a completar o total de horas previstas. Se não for possível a reposição das horas, o formando deverá justificar as faltas de acordo com o regulamento, não podendo exceder o limite previsto.

Os formandos deverão usar de forma visível o cartão de identificação como estudantes da UCP, ou cartão da Instituição se for o caso.

4. Registos

Cada formando deverá elaborar um portfólio, no qual registará todas as actividades (da concepção à avaliação), assim como respectiva reflexão crítica para posterior análise e discussão com o respectivo Professor Orientador.

O formando deverá, ainda, ter 2 Folhas de Registo de Presenças (ANEXO I): uma para o registo das horas de contacto em Estágio (rubricada pelo Tutor/Orientador do Estágio) e outra para registo das horas de Orientação Tutorial (rubricada pelo Professor Orientador), previstas no plano de estudos para a Unidade Curricular Relatório.

5. Avaliação

A avaliação resultará da apreciação e discussão do Portfólio, realizada entre o formando e o Professor, e da apreciação do desempenho do formando durante o estágio, de acordo com critérios previamente definidos e na tripla perspectiva do formando, do Professor Orientador e do Tutor/Orientador de Estágio (ANEXO II).

A classificação final será na escala de 0-20 valores e resultará da média aritmética da classificação obtida nos diferentes Módulos, sendo que no final de cada Módulo cada formando tomará conhecimento da respectiva avaliação.

Obterão aprovação no Estágio os formandos que obtiverem classificação final igual ou superior a 10 valores e, pelo menos, 10 valores em cada Módulo. Da classificação em Estágio não cabe recurso.

ANEXO II

(Projecto de Estágio)

0 - INTRODUÇÃO

A elaboração deste projecto insere-se na metodologia de trabalho do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, desenvolvido pela Universidade Católica Portuguesa. O estágio preconiza uma componente prática que irá decorrer no período compreendido entre 19 de Abril de 2010 e 28 de Janeiro de 2011 e culminará com a apresentação de um relatório. Este estágio é constituído por três módulos distintos:

- Módulo I, Centro de Saúde de Oeiras (19 de Abril a 19 de Junho);
- Módulo II, Centro de Saúde de Oeiras (27 de Setembro a 19 de Novembro);
- Módulo III, Hospital Egas Moniz (22 de Novembro a 28 de Janeiro).

Cada módulo terá uma carga horária de 180 horas. O primeiro módulo é composto por um diagnóstico de situação e o segundo é constituído por uma intervenção dirigida ao diagnóstico. A respectiva orientação está a cargo da Professora Ana Resende e é co-orientado pela Enfermeira Especialista Luísa Horta e Costa.

Definir o rumo que se pretende seguir durante as várias semanas de estágio, exige uma reflexão crítica acerca do que fazemos, do que mudou e do que se pretende fazer tendo em conta as necessidades, objectivos, estratégias e competências a atingir.

A escolha destes campos de estágio prendem-se em primeiro lugar pela necessidade de aprofundar conhecimentos nestas áreas e desenvolver competências na prestação de cuidados especializados na área de enfermagem dirigida ao utente, família e comunidade.

Escolhi o Centro de Saúde de Oeiras por me ser favorável em termos de facilidade de alojamento, acessibilidade, e por ter recolhido boas referências relativamente ao bom funcionamento e boas indicações relativas aos elementos de enfermagem, no que se refere ao acolhimento e relação com os alunos, e à autonomia e segurança que proporcionam.

O presente projecto de estágio serve de guia de orientação permitindo um melhor conhecimento das acções a desenvolver durante o estágio, proporcionando uma correcta planificação das actividades de enfermagem.

Como tal, os principais objectivos deste projecto são:

- Possibilitar a criação de uma matriz que sirva de base para a orientação do estágio;
- Orientar o desenvolvimento do estágio delineando objectivos/ competências a atingir;
- Permitir uma planificação de actividades e estratégias de modo a facilitar o alcance dos objectivos e aquisição de competências;
- Servir como documento facilitador para a realização do relatório de estágio.

Etimologicamente a palavra *projecto* deriva do latim *projectus*, algo como um jacto lançado para a frente. A palavra designa tanto aquilo que é proposto realizar-se, como o que será feito para atingir tal meta. Como esboço, desenho, guia da imaginação ou semente da acção, um *projecto* significa sempre uma antecipação, uma referência ao futuro (Barbier, 1993).

A metodologia de *projecto* permite a mobilização dos diferentes saberes, tendo em vista a produção de uma nova realidade e de uma reflexão pessoal sobre as necessidades em estudo. Este implica mais que a expressão de um desejo, requer um sentido para a acção. Um sentido que é muito claro, pela imagem de uma realidade futura que se antecipe, logo e tratando-se de um *projecto* este poderá ser alvo de alterações no decorrer dos estágio.

Este *projecto* é composto por uma introdução, uma concisa pesquisa acerca das competências do Enfermeiro Especialista, um breve enquadramento teórico, pelos objectivos/competências a desenvolver no estágio e por uma conclusão.

I- ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A Ordem dos Enfermeiros, através do Decreto Lei 437/91, alterado pelo Decreto Lei 411/99 afirma-nos que ao Enfermeiro Especialista compete desempenhar o conteúdo funcional inerente às categorias de Enfermeiro e Enfermeiro Graduado e mais especificamente:

- a) Prestar os cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente (indivíduo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui;

- b) Estabelecer prioridades de intervenção do enfermeiro no atendimento do doente em situação de urgência;
- c) Definir e utilizar indicadores que lhe permitam, assim como à equipa de enfermagem, avaliar, de uma forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do utente (indivíduo, família, grupos e comunidade) e introduzir as medidas correctivas julgadas necessárias;
- d) Responsabilizar-se pela área de enfermagem, nas equipas multiprofissionais, no que diz respeito ao diagnóstico de saúde da comunidade e à consecução das intervenções de enfermagem dele decorrentes;
- e) Emitir pareceres sobre localização, instalações e equipamento, pessoal e organização de unidades prestadoras de cuidados, na área da sua especialidade;
- f) Colaborar na determinação de custos/benefícios na área da prestação de cuidados;
- g) Responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem e outro pessoal da unidade de cuidados, elaborando, em articulação com o enfermeiro-chefe, o respectivo plano anual de actividades;
- h) Elaborar o relatório das actividades de formação em serviço;
- i) Colaborar nos projectos de formação realizados no estabelecimento ou serviço;
- j) Realizar ou colaborar em trabalhos de investigação em enfermagem, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem.

O Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) descreve ainda o enfermeiro especialista como “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além dos cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Assim o enfermeiro com especialização em enfermagem comunitária visa o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada a grupos, famílias e comunidades (Decreto Lei 74/2006 e Portaria 268/2002 de 13 de Março).

2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A problemática do envelhecimento demográfico, fez com que a pessoa idosa tenha ganho uma visibilidade crescente nas agendas políticas de vários países, entre os quais Portugal. O destaque à importância do apoio informal é indiscutível, porém, as soluções sociais para organizar os cuidados ganham em eficácia e sustentabilidade quando conseguem conciliar, numa lógica de complemento, as ajudas dos familiares e outros próximos dos idosos, com os apoios do sector público e das instituições de solidariedade social (Minonzio, 2004).

As estratégias para fazer face às necessidades dos idosos dependentes terão de passar por uma política social e global que apoie verdadeiramente as famílias na saúde, habitação, emprego, segurança social, entre outras, e que propiciem iniciativas da comunidade, solidariedade, articulação inter-serviços, etc. (Jesus, 2008).

Tendo como pano de fundo as alterações sociais, demográficas, sanitárias, tecnológicas, económicas e políticas em marcha nas sociedades contemporâneas, importa cada vez mais, reflectir sobre a orientação das políticas de saúde, nas quais a assistência domiciliária se assume progressivamente como uma alternativa à hospitalização tradicional (Augusto, 2005).

A assistência domiciliária permite uma cobertura das necessidades de saúde dos indivíduos que, não necessitando de internamento hospitalar, requerem acompanhamento contínuo no domicílio e uma assistência em cuidados de saúde e apoio social, dirigindo-se a utentes com compromisso de mobilidade, confusos, dependentes e com problemas crónicos e complexos (Reis, 2000).

Os cuidados de saúde primários desempenham aqui um papel fulcral, garantido a continuidade dos cuidados da assistência no domicílio, o que conduz não só a um nível elevado de bem estar do utente/família como também a uma maior rentabilização das camas hospitalares, evitando o “congestionamento” e o aumento dos custos com a saúde (Augusto, 2005).

O objectivo da enfermagem comunitária é promover e preservar a saúde da população, sendo a sua prática geral e global.

Neste sentido, a dicotomia entre os cuidados de saúde primários e diferenciados revela-se inadequada e geradora de disfunções organizativas, impondo-se a articulação

entre vários níveis de cuidados de saúde, com uma intervenção mais equilibrada e cooperante (Augusto, 2005).

A estratégia “saúde para todos” baseada nos princípios nascidos na Conferência de Alma Ata, reorienta os cuidados de saúde centrados no indivíduo doente, para a satisfação das necessidades dos indivíduos e famílias inseridos numa comunidade.

A ligação entre os cuidados de saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários está num novo caminho, na medida em que cada vez mais apela a uma intervenção holística e global que privilegia a prevenção da doença e a promoção da saúde, a par de um rápido diagnóstico, tratamento e reabilitação (Cunha, 1999).

É com base nestes pressupostos que surgem as Unidades de Saúde no quadro do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Dec. Lei nº 11/93 de 15 de Janeiro), com o objectivo de articular Hospitais e Centros de Saúde, permitindo uma gestão adequada de recursos e uma garantia da continuidade de cuidados necessários ao longo da vida. O despacho nº 24/94 acrescenta ainda as componentes da formação e investigação conjunta.

Neste contexto, a opção estratégica dos Serviços de Saúde em Portugal, emanada pelo Ministério da Saúde, aponta para o desenvolvimento de Unidades de Saúde como verdadeiros sistemas locais de saúde, efectivamente articulados com uma rede de referência hospitalar, ultrapassado definitivamente a dicotomia centro de saúde/hospital e definido dispositivos concretos para a coordenação das várias contribuições necessárias para melhorar a saúde, incentivando ao desenvolvimento de parcerias e ao reforço da participação do cidadão e da comunidade (Augusto, 2005).

Esta articulação permite um trabalho em equipa multidisciplinar, ou seja, é constituída por um conjunto de elementos de áreas afins que, através de esforços organizados, utilizam as qualidades individuais, competências e experiências no sentido de prestar cuidados de saúde de qualidade ao indivíduo, família e comunidade (Cunha, 1999).

Se é verdade que o ensino e a preparação da alta se reveste de uma importância fundamental para que a família possa receber o idoso dependente e cuidar dele no domicílio, não menos verdade é que existem cuidados que só poderão ser assegurados por profissionais de saúde. A tomada de consciência desta realidade é o primeiro passo para que a política social, económica, educativa e de saúde, seja um processo de desenvolvimento, tendo em vista a permanência do idoso no seio da família com uma

rede de apoio multidisciplinar que vise melhorar a qualidade de vida dos cidadãos (Cunha, 1999).

É precisamente nesta articulação de serviços, aos quais se deve ainda integrar a acção social, os municípios, as misericórdias e outras organizações governamentais e não governamentais, bem como no desenvolvimento de parcerias interinstitucionais e interpessoais, que assenta a filosofia dos cuidados continuados.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados vem facilitar o estabelecimento de estratégias e intervenções adequadas para a constituição de um novo espaço de cuidados que contribua para dar uma resposta coerente e integrada às pessoas que se encontrem em situação de dependência temporária ou prolongada. Esta Rede pretende avançar num sistema de prestações, adaptadas às necessidades do cidadão e centradas no utente, onde este possa aceder aos cuidados necessários, no tempo e locais certos, pelo prestador mais adequado. As principais motivações que deram origem a este projecto foram os desafios apresentados pelas novas realidades sociais e epidemiológicas resultantes, entre outros factores, do aumento da esperança de vida e o conseqüente agravamento de doenças crónicas e incapacitantes. Assim foram também criadas UCC que têm por missão contribuir para a melhoria do estado da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo assim de um modo directo, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra. Deste modo, a UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependências física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade de cuidados prestados (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2010).

Os cuidados continuados exigem portanto uma mudança da cultura na sociedade, alterando a postura de delegação do sistema, para uma atitude de participação e de responsabilidade no mesmo. Numa concepção abrangente, os cuidados continuados assumem-se como um sistema orientado para a satisfação do utente, composto por serviços e mecanismos perfeitamente integrados e articulação que cuidam dos utentes ao longo do tempo (Quintela, 2002).

No entanto para que haja uma articulação efectiva têm que se formalizar suportes e circuitos de informação por todos os serviços de saúde implicados, no sentido de facultar a continuidade de cuidados, recorrendo-se à utilização de uma linguagem comum inerente à prática de enfermagem. (Augusto, 2005)

A carta de alta ou transferência é exemplo disso. Esta deverá possuir um formato estandardizado incluindo toda a informação necessária à continuidade dos cuidados, nomeadamente os acontecimentos que motivaram a admissão do doente, bem como os cuidados a continuar no domicílio (Cunha, 1999).

Deste modo torna-se fundamental o envolvimento e cooperação de toda a equipa e também de todos os parceiros sociais, permitindo a optimização e continuidade dos cuidados de saúde.

Os utentes dos serviços de saúde que possam usufruir de cuidados primários e diferenciados de qualidade, correctamente articulados entre si, usufruirão certamente de cuidados continuados cada vez mais personalizados e humanizados.

3- OBJECTIVOS

Para este estágio estão propostos os seguintes objectivos que podem, da mesma forma, ser alterados ou melhorados:

Objectivo geral do estágio

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária, em conformidade com o grau de Mestre.

Justificação:

Conhecer o enquadramento teórico-prático na especialidade de enfermagem em saúde comunitária.

Actividades:

- Rever os conteúdos teóricos do curso de especialidade de enfermagem em saúde comunitária;

- Consultar e aprofundar conhecimentos sobre as competências do enfermeiro especialista;
- Integração na equipa de enfermagem;
- Pesquisa bibliográfica sobre a temática em estudo;
- Reuniões com a Prof. Orientadora e com a Enf.^a Co-orientadora;
- Assistir a acções de formação sobre a temática.

Competências:

- Saber aplicar conhecimentos, capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a especialidade de enfermagem em saúde comunitária;
- Capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões/situações complexas, desenvolver soluções;
- Repensar questões éticas e deontológicas associadas à enfermagem;
- Capacidade para uma actuação mais eficaz e imediata ao nível da enfermagem, sendo possível adequar as necessidades de cuidados ao ambiente que a eles melhor se adequa;

Objectivos específicos para o módulo I:

- Identificar necessidades da equipa de enfermagem dos Cuidados Continuados do Centro de Saúde de Oeiras.
- Proceder ao diagnóstico da situação e delinear estratégias para colmatar as carências expressas.

Justificação:

- Pelas necessidades que se têm verificado ao nível dos cuidados continuados, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, torna-se assim imperativo conhecer as necessidade/dificuldades das Enfermeiras inseridas nas equipas de Cuidados Continuados para que as respostas às necessidades quer da equipa, quer dos doentes satisfaçam de forma eficiente as suas carências.

Actividades Módulo I:

- Aplicar entrevistas às Enfermeiras dos Cuidados Continuados do CSO
- Estágio de Observação na Equipa dos Cuidados Continuados do Hospital São José
- Caracterizar o Centro de Saúde de Oeiras
- Acompanhar a visitação domiciliária;
- Gestão dos recursos (humanos, materiais e estruturais) necessários para atingir as actividades planeadas;
- Conhecer a estrutura física, funcional e organizacional do serviço.

Competências Módulo I:

- Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão aprofundada na respectiva área de especialização em enfermagem;
- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, experiência profissional e pessoal;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o processo de auto desenvolvimento pessoal e profissional;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o indivíduo/família específico, na área da enfermagem em saúde comunitária;
- Desenvolver uma metodologia eficaz na assistência ao indivíduo/família/comunidade.

Objectivos específicos para o módulo II:

- Intervir de acordo com o diagnóstico efectuado no módulo I.
- Promover articulação entre CSO e Hospital Egas Moniz.

Justificação:

- Só depois de identificar as necessidades da equipa de enfermagem se poderá planear intervenções para dar resposta a essas necessidades e é isso que se preconiza num segundo momento de estágio. Prevê-se que as intervenções sejam ao nível da formação/sensibilização, embora só no primeiro momento do estágio se identifique em que áreas mais específicas essa se efectuará.

Actividades Módulo II:

- Selecção dos enfermeiros do Hospital Egas Moniz e do Centro Saúde Oeiras para receber *feed back* sobre a implementação do projecto;
- Realização de trabalho individual e em grupo com os Enfermeiros;
- Gestão recursos humanos, materiais e estruturais para viabilizar o trabalho proposto;
- Criação competências através da equipa multidisciplinar;
- Participação nas reuniões da equipa multidisciplinar demonstrando consciência crítica.

Competências Módulo II:

- Capacidade em utilizar a metodologia do planeamento em saúde na programação das actividades, segundo uma perspectiva profissional avançada;
- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar.
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.

Objectivos específicos para o módulo III:

- Observação da aplicação do processo de articulação entre o Centro de Saúde de Oeiras e o Hospital Egas Moniz.
- Identificação dos recursos e forças que possam ajudar à eventual resolução de problemas identificados no decorrer do estágio.

Actividades Módulo III:

- Reuniões com os enfermeiros para percepção das dificuldades acerca da implementação do processo de articulação entre o Centro de Saúde de Oeiras e o Hospital Egas Moniz.
- Análise dos conhecimentos adquiridos ao longo do estágio.
- Promover sessão de formação em serviço integrada nas actividades de enfermagem comunitária.

Competências Módulo III:

- Possuir conhecimentos e capacidades de compreensão aprofundada na área da especialidade em enfermagem comunitária em contexto hospitalar;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o indivíduo e grupo, particularmente na área de enfermagem em saúde comunitária;
- Zelar pela qualidade dos cuidados prestados ao indivíduo/grupo;
- Saber aplicar os conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de enfermagem em saúde comunitária;
- Desenvolver uma metodologia eficaz na assistência ao indivíduo/grupo;
- Demonstrar capacidade de participar no trabalho, de forma adequada, na equipa multidisciplinar.

É através de uma avaliação que podemos identificar as nossas lacunas e progressos e assim prosperar, crescer e desenvolver as nossas competências.

Deste modo, no sentido de ser possível a avaliação, serão propostos posteriormente alguns indicadores de avaliação.

5- CONCLUSÃO

A enfermagem tem ferramentas cada vez mais eficazes e cientificamente fundamentadas, e que apontam para a essência da relação a ser estabelecida com o indivíduo, família e comunidade, a fim de lhe proporcionar um ciclo vital adequado, oferecendo-lhe aptidões e capacitando-o de decisões importantes e úteis. A enfermagem em saúde comunitária deve cuidar o indivíduo numa perspectiva verdadeiramente holística, onde o ser humano seja compreendido em todas as suas vertentes, biológica, psicológica, social, económica, familiar e espiritual.

Este projecto é o primeiro passo de uma longa caminhada para uma prática avançada de enfermagem em saúde comunitária.

Após a elaboração deste projecto, sinto que o mesmo será um objecto imprescindível e um fio condutor, passível a rectificações/reformulações durante este estágio, uma vez que me obrigou a reflectir, analisar e organizar actividades e os recursos que irei utilizar com a finalidade de alcançar em pleno os objectivos por mim delineados.

6- REFERÊNCIAS

Referências Bibliográficas

- Augusto, Berta Maria de Jesus, et al – Cuidados Continuados, Família, Centro de Saúde e Hospital como Parceiros no cuidar. Lisboa, Edições Formasau ISBN 972-8485-60-3 , 2005 p.55-58
- Barbier, J. Elaboração de Projectos de Acção e Planificação. Porto: Porto Editora, 1993
- Braithwaite, Valerie- “Caregiving burden: making the concept scientifically useful and policy relevant”, in Research on Aging, vol.14, nº1, 1992
- Cunha, Luísa – O idoso e a interface hospital/comunidade. Geriatria. Lisboa ISSN 0871-5386. Ano XII, nº 114, 1999, p. 24-29

- Jesus, Manuel – Orientações Técnicas Para Cuidadores Informais na Área dos Cuidados Continuados, Funchal 2008
- Romão Ana, et al “Actuação da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa face às necessidades dos Cuidadores Informais de Idosos”- ISCTE in Cidade Solidária, Janeiro, 2008
- Minonzio, Jérôme- “Les solidarities dans l’espace public”, in Recherche et previsions, n° 77 , 2004
- Quintela, Maria João- Cuidados Continuados: Uma nova relação social com a saúde das pessoas. Pré-Textos. Lisboa. ISSN 0874-9698. N° 9 2002, pág 4-5
- Reis, Ana João, et al – Medicina geral e familiar e a consulta domiciliária na população geriátrica. Geriatria. Lisboa. ISSN0871-5386. Ano 13, n° 126 2000, p.11-13
- Universidade Católica Portuguesa: Guia de elaboração de trabalhos académicos, 2006.

Referências Electrónicas

- Missão para os Cuidados de Saúde Primários – Unidade de Cuidados na Comunidade – em: <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=95> consult. 05-04-2010, 14:00
- Ordem dos enfermeiros – Carreira de Enfermagem Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=166&version=1> consult. 25-03-2010, 22:00
- Ordem dos enfermeiros – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168&version=1>; consult. 25-03 2010, 22:00
- Ordem Dos Enfermeiros, documento de trabalho sobre a individualização das especialidades, 2007 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/91_IndividuaEspecialidades_site.pdf consult. 05-04-2010, 15:00
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em: http://www.rncci.minsaude.pt/download_files/RNCCI_nova_resposta_no_sistema_de_saude_12_12_08.pdf consult. 08-05-2010, 17:00

ANEXO III

(Caracterização do CSO)

0- INTRODUÇÃO

No âmbito do primeiro módulo de estágio inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, desenvolvido pela Universidade Católica Portuguesa, foi elaborado o presente documento que constitui uma breve caracterização do Centro de Saúde Oeiras, visando ser um complemento para a aprendizagem a desenvolver.

A elaboração deste documento, pretende não só apresentar o Centro de Saúde, com todas as valências que o constituem mas também inseri-lo na área geográfica que abrange.

Este documento está dividido em vários capítulos para uma melhor organização e sistematização da informação.

Foi atribuída especial ênfase à Unidade de Cuidados Continuados por ser a unidade onde estou a desenvolver o primeiro e segundo módulos do estágio.

I- BREVE CARACTERIZAÇÃO DO ACES-OEIRAS

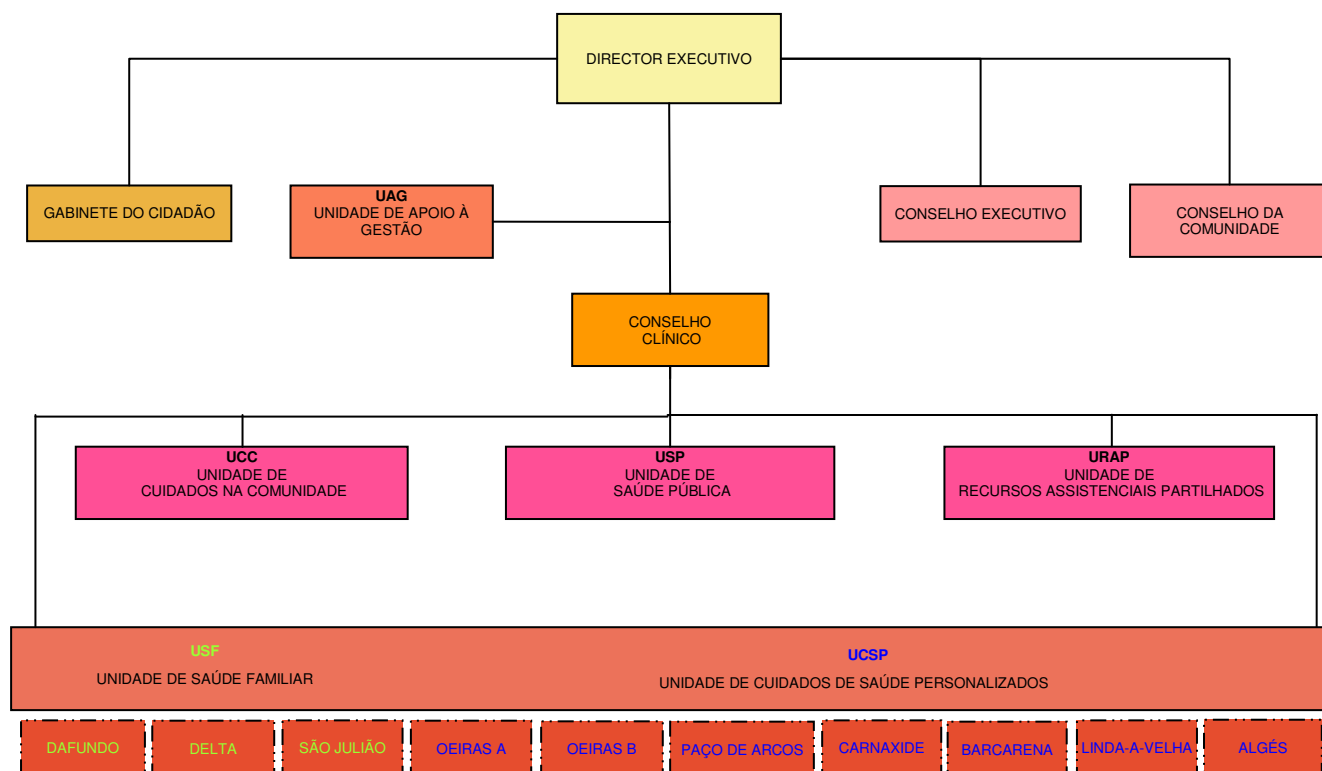
O decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro cria os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, abreviadamente designados por ACES, e estabelece o seu regime de organização e funcionamento.

Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais que integram um ou mais centros de saúde. O centro de saúde componente do ACES é um conjunto de unidades funcionais de prestação dos cuidados de saúde primários.

Os ACES têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da respectiva área geográfica.

O Agrupamento de Centros de Saúde de Oeiras foi criado pela Portaria n.º 276/2009 de 18 de Março. Integra os Centros de Saúde de Carnaxide e Oeiras, sediado em Oeiras e responsável por 204 863 utentes.

ORGANOGRAMA DO ACES - OEIRAS



2- UNIDADES FUNCIONAIS

As unidades funcionais são constituídas por equipas multidisciplinares, com autonomia organizativa e técnica, actuando em inter-cooperação com as demais unidades funcionais do ACES.

Em cada centro de saúde componente de um ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC. Cada ACES tem somente uma USP e uma URAP.

As várias unidades funcionais existentes no ACES-Oeiras serão de seguida descritas de uma forma sumária.

A Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados – UCSP, tem como função a prestação de cuidados de saúde personalizados ao indivíduo e à família garantindo a acessibilidade, a

continuidade e a globalidade dos mesmos. A equipa de profissionais é composta por médicos, enfermeiros e administrativos.

A Unidade de Saúde Pública – USP, tem como funções ser um observatório de saúde; elaborar informação e planos em domínio de saúde pública; vigilância epidemiológica; prevenção, promoção e protecção da saúde da população; e colaborar no exercício das funções da Autoridade de Saúde. A equipa de profissionais é constituída por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária, técnicos de saúde ambiental, administrativos e outros profissionais considerados necessários de acordo com os programas implementados.

A Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados – URAP, é composta por serviços de consultadoria e assistenciais às unidades funcionais e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares. A equipa profissional é composta por médicos de várias especialidades, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais com interesse para os programas implementados.

As Unidades de Saúde Familiar – USF, constituem equipas auto-organizadas para prestação de cuidados de saúde personalizados ao indivíduo e à família. A respectiva equipa profissional é composta por médicos, enfermeiros e administrativos.

A Unidade de Cuidados na Comunidade – UCC, tem como funções a prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Actua ainda na educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. A equipa profissional é constituída por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, e outros especialistas consoante as necessidades e disponibilidades dos recursos.

O ACES participa, através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local. À UCC compete constituir a equipa de cuidados continuados, prevista no Decreto –Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho.

3- CUIDADOS CONTINUADOS

São cuidados de saúde prestados no domicílio e dirigidos a indivíduos em situação de dependência temporária ou prolongada, decorrente de problemas de saúde ou relacionados com o envelhecimento.

Estes cuidados são assegurados aos utentes residentes na área de abrangência do Centro de Saúde de Oeiras (freguesias de Barcarena, Caxias, Oeiras e S. Julião da Barra, Paço de Arcos e Porto Salvo).

Caracterizam-se por integrarem os Cuidados de Saúde e o Apoio psico-social, procurando actuar aos três níveis de prevenção:

1. Educação para a Saúde;
2. Tratamento;
3. Reabilitação e reintegração familiar e social.

3.1 – Recursos Humanos

O trabalho em equipa multidisciplinar é fundamental para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e proporcionar uma assistência mais completa e global, pois acumula maior volume de conhecimentos e experiências mais diversificadas.

A equipa coordenadora é constituída pelos seguintes elementos:

- Representante dos Médicos de Família
- Representante da Equipa de Enfermagem
- Assistente Social
- Psicóloga

A equipa que presta cuidados directos é constituída por:

- 1 Médica afecta ao Programa de Cuidados Continuados e todos os Médicos de Família do Centro de Saúde

- 6 Enfermeiras (2 Enf na equipa A reponsáveis por Oeiras, Paço de Arcos e uma parte de Caxias; 2 Enf na equipa B responsáveis por Barcarena, Porto Salvo e outra parte de Caxias, e 2 Enf Especialistas em Reabilitação responsáveis por toda a área.)
- 2 Assistentes Sociais

3.2 – Recursos Materiais

- 2 Viaturas
- 1 Gabinete de trabalho
- Materiais de consumo clínico
- 4 Telemóveis
- 1 Computador

3.3 – População Alvo

Pessoas em situação de dependência física, psíquica ou social (transitória ou permanente) e resultante ou agravada por:

- Isolamento geográfico
- Doença Crónica e/ou terminal
- Situação de doença, ausência ou perda de familiares, amigos e/ou vizinhos que prestavam apoio
- Deficiência Física e/ou Mental
- Internamento Hospitalar indevido
- Alta Hospitalar com necessidade de Cuidados de Saúde Continuados e/ou de Apoio Social

3.4 – Projectos

- Orientação e formação dos Ajudantes de Acção Directa da Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) – “Formar Para Melhor Cuidar”;
- Realização de sessões de Educação para a Saúde nos Centros de Dia das IPSS – “Envelhecer Com Saúde”;

- Desenvolvimento do Grupo de Auto-Ajuda dirigido aos Familiares dos Utentes de Cuidados Continuados – “Trocas”;
- Orientação de alunos e de Enfermeiros em estágio na Equipa;
- Presença em reuniões, Congressos e outras actividades de Formação Contínua;
- Realização de relatórios de avaliação de actividades.

4- REFERÊNCIAS

- <http://www.arslvt.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/Planos%20e%20Relat%C3%B3rios/ARSLVT%20Plano%20de%20Actividades%202009.pdf>
- <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=136>
- <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=12>
- http://www.rncci.min-saude.pt/download_files/RNCCI_nova_resposta_no_sistema_de_saude_12_12_08.pdf

ANEXO IV

(Cronograma das Actividades)

CRONOGRAMA das ACTIVIDADES

Meses	Abr.	Mai.	Jun.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.
Actividades										
Integração no ACES-O										
Levantamento das necessidades da ECC do CSO										
Articulação entre as ECC e HEM										
Relatório de Estágio										

Cronograma Actividades Centro Saúde Oeiras - Módulo II

Elisabete

Dias	27/09 a 19/11 (Terças)	27/09 a 19/11 (Sextas)	4 Junho Novembro	9 Novembro	15 Novembro
Unidades					
CPCJ					
NIC					
Medicina HEM					

Cronograma Actividades Centro Saúde Oeiras

Elisabete

Dias	27 Maio (Quinta)	31 Maio (Segunda)	1 Junho (Terça)	8 Junho (Terça)	11 Junho (Sexta)	14 Junho (Segunda)	15 Junho (Terça)
Unidades							
Unidade de Saúde Pública							
Unidade Saúde Familiar São Julião							
USF Conde de Oeiras							
Unidade Cuidados de Saúde Personalizados							
Núcleo de Intervenção na Criança							
Saúde Escolar							
Cuidados Continuados HSJ							

ANEXO V

(Reflexões Críticas das Actividades)

Reflexão

Actividade no Núcleo de Intervenção na Comunitária

Inserido na Unidade de Cuidados na Comunidade do ACES de Oeiras, encontra-se o Núcleo de Intervenção Comunitária (NIC), que foi criado em 2002 e é composto por 3 Enfermeiras e 1 Médica. O NIC possui um gabinete que está localizado no espaço físico do Centro de Saúde de Oeiras no piso 1. Este gabinete é também partilhado com 1 Enf^a Especialista em Saúde Materna.

Na área de abrangência do ACES-Oeiras foram construídos 7 bairros para realojamento de famílias carenciadas que viviam em “bairros de lata”. O NIC optou por intervir no Bairro dos Navegadores por ser o que possuía os piores indicadores.

O NIC intervém no respectivo bairro às sextas-feiras através de uma unidade móvel (UM). Esta carrinha ou UM pertence à Sub-Região de Lisboa e é utilizada nos outros dias da semana por outras equipas do distrito de Lisboa.

Para o bairro vão sempre dois elementos de enfermagem e o motorista da UM. As enfermeiras vão rodando entre si para a deslocação ao bairro. O outro elemento do NIC, ocupa-se na realização de registos, articulação com as equipas de família e na elaboração dos relatórios trimestrais que o NIC envia à ARSLVT. Estes três elementos de enfermagem não estão exclusivamente afectos ao NIC. Um dos elementos pertence à equipa da Unidade de Saúde Familiar de São Julião e os outros dois elementos, para além dos outros projectos da UCC, ainda exercem funções na Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Oeiras.

As sextas-feiras iniciam-se com uma breve reunião no gabinete de trabalho para planear as actividades a desenvolver nesse dia. De seguida procedem à visita ao bairro na UM onde interagem e prestam os cuidados de enfermagem aquela comunidade. No final do dia de volta ao gabinete procedem aos registos em suporte papel e programam as actividades para a semana seguinte. Para além das actividades desenvolvidas na UM as enfermeiras também fazem visita domiciliar para acompanhamento de famílias que necessitem de uma maior vigilância.

O projecto de intervenção comunitária no respectivo bairro chama-se Naus, e consiste em intervir no âmbito da saúde no correspondente local. As actividades mais desenvolvidas através na UM são consultas de enfermagem na área da saúde infantil, saúde materna, vacinação, consulta da diabetes, consulta de hipertensão e acompanhamento

familiar. Este acompanhamento familiar oferece também orientações a outros níveis como gestão financeira, higienização do lar, entre outros assuntos que a família ou morador necessite.

O NIC, sempre que necessário articula maioritariamente com outras entidades tais como a Ajuda de Mãe, Ajuda de Berço, Câmara Municipal, Paróquia, Escola e Segurança Social.

O NIC promove ainda formações anuais sobre vários temas considerados pertinentes tais como sexualidade, afectividade, bullying, entre outros. Os projectos ou intervenções vão sendo adaptados consoante as necessidades da respectiva comunidade (exemplo: o projecto Prevenção e Tratamento da “Tinha” na população infanto-juveni”).

Trabalhar no NIC é sem dúvida um enorme desafio pois trata-se de uma população multiproblemática, com baixos recursos financeiros, baixa escolaridade, isolamento geográfico, pouca acessibilidade rodoviária, e provenientes de anteriores bairros degradados do Concelho

Com este projecto (Naus), a equipa do NIC consegue por mérito próprio concretizar a acessibilidade da respectiva comunidade aos cuidados de saúde, espelhando uma melhoria dos indicadores de saúde como a diminuição do número de gravidezes na adolescência, diminuição do número de gravidezes não vigiadas, aumentos da taxa de cobertura na vacinação e aumentos na vigilância de saúde infantil, entre outros.

Reflexão

Actividade em Saúde Escolar

Foi efectuada uma visita com a Sr.^a enfermeira responsável pela saúde escolar, na vertente da saúde escolar, à escola do ensino básico-Iº ciclo em Oeiras. Esta visita foi realizada em parceria com a Sr.^a Higienista do CSO.

Foram efectuadas duas sessões educativas a duas turmas do Iº ano do ensino básico. Uma sessão sobre higiene oral e outra sessão sobre alimentação saudável.

A equipa que constitui a saúde escolar é composta por 4 elementos que estão integrados na Unidade de Cuidados na Comunidade. Esta equipa desenvolve o seu trabalho em infantários, escolas estatais, creches e algumas instituições pertencentes à área de abrangência do ACES de Oeiras. Um dos objectivos desta equipa é cumprir o programa nacional de saúde escolar que tem como finalidades:

- Promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa;

- Apoiar a inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde e educativas especiais;
- Promover um ambiente escolar seguro e saudável;
- Reforçar os factores de protecção relacionados com os estilos de vida saudáveis;
- Contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde.

Esta equipa esforça-se para que a escola seja um espaço seguro e saudável, facilitando a adopção de comportamentos mais saudáveis, encontrando-se por isso numa posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente.

Sempre que necessário a equipa reúne-se/articula-se com técnicos de outras áreas como terapeutas da fala, psicólogos, professores do ensino especial, entre outros.

A equipa de saúde escolar esforça-se ainda em desenvolver um trabalho coordenado com os professores das respectivas escolas, para que em conjunto se organize a transmissão de saberes organizados em disciplinas, educar para os valores, promover a saúde no sentido de desenvolver e sustentar as aprendizagens dos alunos, ao longo da vida escolar de cada aluno.

Reflexão

Actividade na Unidade de Cuidados Continuados

Inserida na Unidade de Cuidados na Comunidade do ACES de Oeiras, encontra-se a Unidade de Cuidados Continuados. Esta unidade possui um gabinete que está localizado no espaço físico do Centro de Saúde de Oeiras no piso -1.

Os cuidados continuados são cuidados de saúde prestados no domicílio e dirigidos a indivíduos em situação de dependência temporária ou prolongada, decorrente de problemas de saúde ou relacionados com o envelhecimento.

Estes cuidados são assegurados aos utentes residentes na área de abrangência do Centro de Saúde de Oeiras (freguesias de Barcarena, Caxias, Oeiras e S. Julião da Barra, Paço de Arcos e Porto Salvo).

Caracterizam-se por integrarem os Cuidados de Saúde e o Apoio psico-social, procurando actuar aos três níveis de prevenção:

4. Educação para a Saúde;
5. Tratamento;

6. Reabilitação e reintegração familiar e social.

O trabalho em equipa multidisciplinar é fundamental para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e proporcionar uma assistência mais completa e global, pois acumula maior volume de conhecimentos e experiências mais diversificadas.

A equipa coordenadora da Unidade de Cuidados Continuados é constituída pelos seguintes elementos:

- Representante dos Médicos de Família
- Representante da Equipa de Enfermagem
- Assistente Social
- Psicóloga

A equipa que presta cuidados directos é constituída por:

- 1 Médica afecta ao Programa de Cuidados Continuados e todos os Médicos de Família do Centro de Saúde
- 6 Enfermeiras (2 Enf na equipa A reponsáveis por Oeiras, Paço de Arcos e uma parte de Caxias; 2 Enf na equipa B responsáveis por Barcarena, Porto Salvo e outra parte de Caxias, e 2 Enf Especialistas em Reabilitação responsáveis por toda a área.)
- 2 Assistentes Sociais

Esta equipa presta cuidados a pessoas em situação de dependência física, psíquica ou social (transitória ou permanente) e resultante ou agravada por:

- Isolamento geográfico
- Doença crónica e/ou terminal
- Situação de doença, ausência ou perda de familiares, amigos e/ou vizinhos que prestavam apoio
- Deficiência física e/ou mental
- Internamento hospitalar indevido
- Alta hospitalar com necessidade de cuidados de saúde continuados e/ou de apoio social

A Unidade de Cuidados Continuados possui ainda vários projectos tais como:

- Orientação e formação dos Ajudantes de Acção Directa das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) – “Formar Para Melhor Cuidar”;
- Realização de sessões de educação para a saúde nos Centros de Dia das IPSS – “Envelhecer Com Saúde”;
- Desenvolvimento do grupo de auto-ajuda dirigido aos familiares dos utentes de Cuidados Continuados – “Trocas”;
- Orientação de alunos e de enfermeiros em estágio na equipa;
- Presença em reuniões, congressos e outras actividades de formação contínua;
- Realização de relatórios de avaliação de actividades.

A Unidade de Cuidados Continuados traduz assim o seu programa de actividades na prestação de cuidados de saúde e sociais, de forma personalizada, domiciliária e comunitária, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Reflexão

Actividade na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) do ACES de Oeiras está localizada no espaço físico do Centro de Saúde de Oeiras no piso I.

A equipa da UCSP é composta por 15 médicos, 7 enfermeiros mais um elemento que trabalha a meio horário, e por uma equipa de administrativos.

Os enfermeiros exercem maioritariamente as suas funções na sala de pensos, sala de injectáveis e doença aguda, sala cardiovasculares, sala de saúde infantil e vacinação. Todos os elementos de enfermagem passam por todas as actividades de acordo com o horário elaborado.

À semelhança das USF a equipa de enfermagem da UCSP trabalha em micro equipa com o médico. Cada enfermeiro tem atribuído dois médicos, e ambos são responsáveis por determinado número de famílias. O método de trabalho é por enfermeiro de família excepto na sala de tratamentos. Os registos são efectuados à mão e o horário de funcionamento da UCSP é das 8 às 20 horas.

Relativamente às USF, os enfermeiros que trabalham na UCSP apesar de trabalharem também com enfermeiro de família, e para além de terem um rácio de doentes bem superior, não recebem os incentivos (recompensa monetária atribuída aos enfermeiros de família das USF por atingirem os objectivos).

A equipa de enfermagem da UCSP tem com principais funções a prestação de cuidados de saúde personalizados ao indivíduo e à família garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos.

Estes cuidados são organizados de acordo com uma identificação estruturada das necessidades específicas de cada pessoa, promovendo o bem-estar e a autonomia do utente e tendo em conta uma avaliação do seu estado global de saúde e os contextos familiar, sociocultural e sócio-ocupacional.

A relação terapêutica estabelecida numa consulta de enfermagem caracteriza-se pela parceria com o utente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Compete ao enfermeiro da UCSP orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde.

Reflexão

Actividade na Unidade de Saúde Familiar de Conde de Oeiras

A Unidade de Saúde Familiar de Conde de Oeiras (USF) do ACES de Oeiras está localizada no espaço físico do Centro de Saúde de Oeiras no piso 0.

A USF é constituída por 19 gabinetes. A equipa é composta por 9 médicos, 9 enfermeiros e por 6 administrativos.

À semelhança da USF de São Julião a equipa de enfermagem trabalha em micro equipa com o médico. Cada enfermeiro tem atribuído um médico e ambos são responsáveis por determinado número de famílias. Todos os elementos de enfermagem passam por todas as actividades de acordo com o horário elaborado.

Os vários programas em que os enfermeiros participam são: vacinação, consulta de saúde infantil, consulta de hipertensão, consulta de saúde na mulher, sala de tratamentos, consulta de diabetes, cessação tabágica, cuidados continuados e consulta de hipocoagulação.

A USF Conde de Oeiras tem como objectivos:

- Personalizar os cuidados de modo a que cada utente tenha os serviços de acordo com as suas necessidades;
- Cumprir os protocolos de seguimento das patologias mais frequentes, respeitando as prioridades do Plano Nacional de Saúde;
- Enfatizar os cuidados antecipatórios através da promoção da saúde e da prevenção da doença;
- Promover a utilização racional do medicamento;
- Promover a requisição racional de exames complementares de diagnóstico (ECD);
- Assegurar o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV);
- Evitar a exposição dos utentes a riscos evitáveis, na utilização dos serviços de saúde.

E para atingir esses objectivos estão delineadas as seguintes estratégias e actividades:

- Atendimento das situações agudas das 8:00 às 20:00 horas, nos dias úteis;
- Programação de cuidados para os utentes com problemas de saúde crónicos;
- Divulgação actualizada do modo de funcionamento dos serviços e, nomeadamente, do sistema de marcação de consultas;
- Utilização do sistema informático para registo, colheita e análise de dados;
- Divulgação, entre os profissionais da Unidade, das listas de prescrições fornecidas pela Administração Regional de Saúde (ARS);
- Análise de eventuais desvios da média regional relativamente aos dados divulgados pela ARS;
- Desenvolvimento de acções de educação para a saúde, a realizar individualmente ou em grupos;
- Actualização contínua de conhecimentos, reconhecendo a importância da formação, da comunicação e da partilha de informação entre os membros da equipa;
- Cooperação interdisciplinar;
- Realização de reuniões periódicas da equipa prestadora de cuidados, para a

discussão de casos e a partilha de experiências e de conhecimentos;

Os profissionais da Unidade de Saúde Familiar Conde de Oeiras estão conscientes da importância de planear e discutir as actividades com todos os intervenientes envolvidos e estão empenhados em prestar um serviço de qualidade.

O grupo espera melhorar a disponibilidade, a acessibilidade, a produtividade, a efectividade, a eficiência, a qualidade técnico-científica e o grau de satisfação de utentes e profissionais, procurando, em última análise, alcançar o objectivo principal, isto é, garantir e melhorar os cuidados de saúde prestados à população inscrita. Desta forma, a equipa tenta seguir os utentes nas diferentes fases da vida, aumentar o grau de conhecimento, responsabilização e autonomia dos utentes sobre a sua própria saúde, facilitar o seu acesso aos cuidados de saúde, de forma responsável e correcta e cumprir as carteiras de serviços contratualizadas.

Reflexão

Actividade na Unidade de Saúde Familiar de São Julião

A Unidade de Saúde Familiar de São Julião (USF) do ACES de Oeiras está localizada no espaço físico do Centro de Saúde de Oeiras no piso 0.

A USF é constituída por 17 gabinetes, 1 sala de reuniões e um secretariado clínico. A equipa é composta por 9 médicos, 8 enfermeiros e por 5 administrativos.

À semelhança da USF de Conde de Oeiras a equipa de enfermagem trabalha em micro equipa com o médico. Cada enfermeiro tem atribuído um médico e ambos são responsáveis por determinado número de famílias. Como nesta USF existe mais um médico em relação ao número de enfermeiros, as famílias desse médico ficam distribuídas pelos 8 enfermeiros. Todos os elementos de enfermagem passam por todas as actividades de acordo com o horário elaborado.

Os enfermeiros desempenham as suas actividades em vários gabinetes como a sala de tratamentos, sala de agudos, gabinete de saúde da mulher, gabinete de saúde infantil e por vezes também trabalham nos gabinetes de consulta médica.

Os vários programas em que os enfermeiros participam são: vacinação, consulta de saúde infantil, consulta de hipertensão, consulta de saúde na mulher, sala de tratamentos,

consulta de diabetes, cessação tabágica, consulta da asma, cuidados continuados e consulta de hipocoagulação.

A equipa de enfermagem reúne-se semanalmente para a discussão de casos e convocações, e ainda promove uma reunião mensal para discutir indicadores e fazer relatórios de actividades anuais.

A USF São Julião participa ainda na formação de médicos internos e alunos de enfermagem.

A equipa de enfermagem da USF de São Julião pretende dar resposta global e adequada às necessidades dos utentes nela inscritos, organizando a prestação de cuidados durante todas as fases da vida e rentabilizando os recursos de enfermagem no desenvolvimento dos vários programas que visem a saúde comunitária.

Os principais objectivos são:

- Promover a autonomia do indivíduo de acordo com o seu estado de saúde e a sua inserção no meio familiar e comunidade;
- Satisfazer as necessidades dos utentes, no âmbito curativo;
- Actuar na prevenção a vários níveis de intervenção;

As estratégias e actividades traçadas para alcançar os objectivos são:

- Ensinos sobre a necessidade de adesão à terapêutica;
- Ensinos sobre a prevenção de eventuais complicações de tratamentos;
- Realização de reuniões periódicas para discussão de casos;
- Uniformização de procedimentos;
- Actualização da vacinação em todas as oportunidades;
- Articulação com o médico sempre que necessário;
- Articulação adequada com o hospital, nomeadamente nas altas hospitalares.

A vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida são o núcleo base dos cuidados em Medicina Geral e Familiar e do compromisso assistencial da USF de São Julião.

Reflexão

Actividade na Unidade de Saúde Pública

A Unidade Saúde Pública (USP) do ACES de Oeiras está localizada no espaço físico do Centro de Saúde de Paço de Arcos no piso I.

A USP é constituída por 6 gabinetes distribuídos ao longo de um corredor.

A equipa da USP é constituída por 4 médicos distribuídos por 2 gabinetes, 6 técnicos de saúde ambiental distribuídos por 3 gabinetes, e 1 enfermeira com 1 gabinete.

A coordenação da USP pertence a um dos médicos, Guilherme Mucha, e à única enfermeira da equipa, Isabel Correia.

A enfermeira que trabalha em saúde pública tem como principais objectivos promover a saúde, prevenir a doença e a incapacidade junto dos indivíduos, famílias e comunidade; identificar situações/problemas no âmbito da saúde pública, nos indivíduos, comunidade e ambiente, recorrendo a metodologias epidemiológicas e de investigação; e contribuir para a adopção de estilos de vida saudáveis na população/comunidade.

Existe um plano de actividades na respectiva USP para o ano de 2010 com vários projectos com intervenção de enfermagem. O número de horas necessário para intervenção de enfermagem nos vários projectos excede as 100 horas semanais, pelo que a enfermeira dirige mais as suas 35 horas semanais ao projecto do Coordenação da Comissão do Controlo de Infecção, por considerar esta uma área prioritária. A justificação desta opção prende-se com o facto de a infecção associada aos cuidados de saúde dificultar o tratamento dos doentes, sendo também uma causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos (Direcção Geral de Saúde, Circular Normativa nº 20/DSQC/DSC de 24/10/2007).

Foi então criado pela enfermeira Isabel e pelo médico Guilherme Mucha, o programa de Prevenção e Controlo da Infecção nas instalações do ACES-Oeiras.

Trata-se de um programa de execução contínua que engloba 4 projectos:

- Organização e instalação da comissão (início em Janeiro 2010 e término em 30 de Junho 2010);
- Formação e Boas Práticas (início em Junho de 2010 e término em 30 de Dezembro de 2012);
- Higienização das Instalações (início em Janeiro 2010 e término em Dezembro de 2012);
- Esterilização de material clínico (início em Janeiro 2010 e término em Dezembro de 2012).

Para além da participação neste programa (controlo de infecção nas instalações do ACES-Oeiras), a enfermeira elabora ainda relatórios e pareceres em conjunto com o médico e participa em reuniões com a equipa alargada. A equipa alargada no contexto deste programa é constituída pelos respectivos coordenadores do programa (enfermeira e médico) e pelos elos de ligação (enfermeiros), que existem nas várias unidades de saúde do ACES-Oeiras.

A enfermeira tenta promover, dinamizar e sensibilizar esses elos de ligação para as boas práticas de higienização e controlo de infecção nas respectivas unidades de saúde. Para isso promove reuniões, acções de formação e aplicação de inquéritos, juntos dos elos de ligação.

Reflexão

Actividade na Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Oeiras

A Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Oeiras (CPCJO) encontra-se na Rua António Macedo, 2 A e B no Bairro do Pombal em Oeiras.

Uma Comissão de Protecção é uma entidade oficial não judiciária com autonomia funcional que visa promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações susceptíveis de afectar a sua segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento integral.

A CPCJO é presidida pela Enfermeira Luísa Horta e Costa e é constituída por diversos elementos que intervêm de forma interdisciplinar e interinstitucional, provenientes de várias entidades como escolas, câmara municipal, hospital, entre outras.

A comissão de protecção funciona em duas modalidades, a alargada e a restrita. À modalidade restrita (CPCJO), compete intervir nas situações em que uma criança ou jovem está em perigo. À modalidade alargada compete desenvolver acções de promoção dos direitos e de prevenção das situações de perigo para a criança e jovem.

A CPCJO reúne-se semanalmente às terças-feiras. A reunião inicia-se com uma breve leitura da acta da reunião anterior e posteriormente é iniciada a discussão de casos. Cada caso é aberto pela identificação do número do processo, é feito verbalmente um breve resumo e o ponto da situação acerca da criança ou jovem, e são tomadas medidas ou deliberados pareceres sempre apoiados na Lei. Estas decisões/votações são tomadas em

conjunto tendo em conta que o número de elementos que compõe a comissão é ímpar e a presidente possui sempre voto de qualidade.

Nestas reuniões também é feita a distribuição ou atribuição de casos aos vários técnicos que compõem a comissão, o agendamento de outras reuniões e anúncios de formações. Regularmente a comissão recebe ainda a visita de dois técnicos da comissão nacional que supervisionam e apoiam de certo modo este trabalho.

A CPCJO é uma comissão dinâmica e motivada apesar da complexidade e da natureza das diligências a efectuar. É ainda digno de registo que a CPCJO faz um esforço empenhado no sentido da cooperação entre as equipas multidisciplinares visando sempre o apoio junto das famílias e respectivas crianças e jovens. Esse esforço é merecedor de apreciação também pelo elevado volume de processos que possuem versus número de técnicos que compõe a comissão.

Reflexão

Jornada Técnica Intervenção em Cuidados Continuados

Na sequência do 35º aniversário da Cercioeiras, no dia 29 de Abril ocorreu a Jornada Técnica Intervenção em Cuidados Continuados. Esta jornada teve como população alvo profissionais de saúde, ajudantes de lar, cuidadores, familiares e estudantes.

O objectivo foi sensibilizar e dar visibilidade às necessidades das pessoas idosas, com deficiência intelectual ou com mobilidade reduzida. Teve ainda como objectivo promover o intercâmbio de saberes entre profissionais em contacto directo com estas realidades.

A temática foi: Qualidade na prestação de cuidados continuados em populações de risco.

Os temas desenvolvidos foram:

- Consequências da imobilidade /prevenção de úlceras de pressão
- Cuidados ao utente com doenças demenciais e doença de Alzheimer
- Doença de Parkinson
- Cuidados continuados – a perspectiva do Hospital
- Prestação de cuidados em apoio domiciliário

Esta jornada decorreu no espaço físico da Cercioeiras entre as 9 e as 16 horas. Estiveram presentes cerca de 30 participantes.

Foi um momento de reflexão e reciclagem de conceitos importantes, pelo que se tornou dia bastante enriquecedor a todos os níveis.

ANEXO VI

(Guião Entrevista Grupo Focal)

Guião Orientador do Grupo Focal

Tema da entrevista: Facilitar a articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e o Hospital numa perspectiva da Continuidade dos Cuidados de Enfermagem.

Grupo alvo: Espera-se a presença de cinco enfermeiras da Unidade de Cuidados Continuados

Local: Sala de Enfermagem da Equipa dos Cuidados de Enfermagem

Duração: Aproximadamente 1 hora

Hora: 14.30horas

Moderador: Elisabete Baginha

Observador: Enf.^a Maria José Vazão

Técnica de gravação: Áudio

Procedimentos:

- Legitimação da entrevista em grupo: explicar objectivos; pedir autorização para gravação áudio; garantir confidencialidade dos dados; apresentar/explicar presença do observador como auxiliar do moderador para não inibir o grupo; motivar os entrevistados para o tema do grupo focal.
- Disposição da sala /promoção de um ambiente acolhedor e informal. Validar a ausência de ruídos do exterior.

Objectivos:

- Identificar estratégias que promovam a continuidade dos cuidados.
- Identificar obstáculos à comunicação/articulação entre o Centro de Saúde Oeiras e o Hospital Egas Moniz.
- Compreender quais as mais valias e os pontos fortes que os enfermeiros identificam como recursos à articulação entre as instituições.
- Facilitar a discussão relativamente às estratégias a elaborar/ formas de superar as dificuldades relativamente à articulação/comunicação entre as instituições.

Formulário de Questões e Tópicos:

Prevê-se que sejam feitas questões abertas como:

- “Que resposta por parte do HEM gostaria de ter quando um doente tem alta para a comunidade?”
- “Quando o doente tem alta do hospital considera que existe uma continuidade dos cuidados? Justifique.”
- “Sente necessidade de uma articulação entre o HEM e o CSO? Justifique.”
- “Quais os esforços que a equipa de enfermagem do CSO faz para tentar articular com HEM?”;
- “Que contributos traria para o doente e para a enfermagem uma articulação entre o HEM e o CSO?”
- “Que estratégias gostaria de ver implementadas? Justifique.”

ANEXO VII

(Análise Entrevista Grupo Focal)

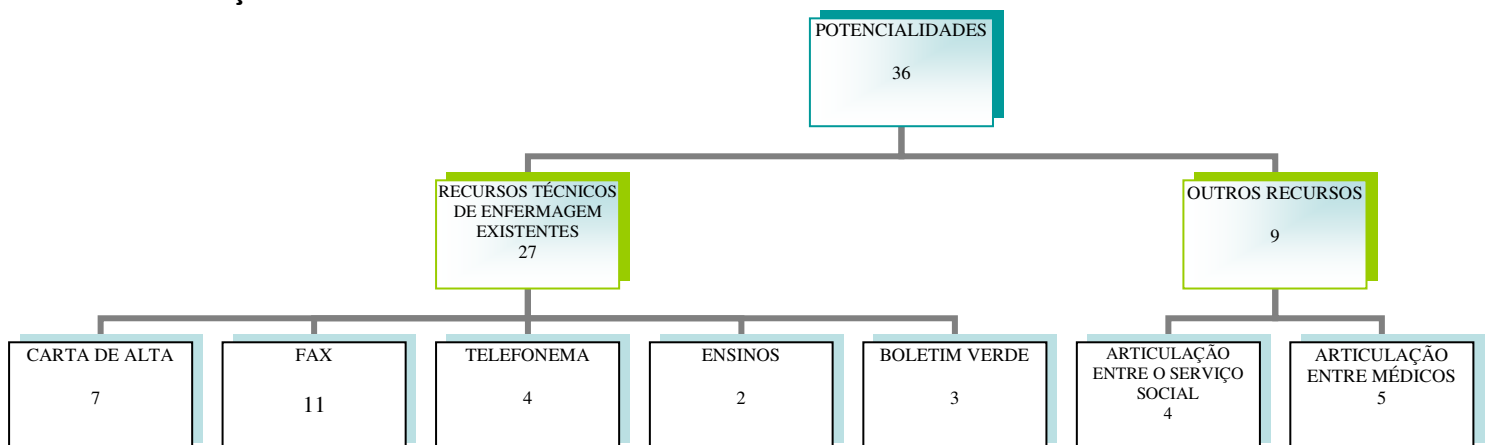
Grupo Focal

Foi efectuada apenas uma sessão de grupo focal que contou com a presença de cinco enfermeiras da equipa de Cuidados Continuados e que teve lugar no dia 23 de Junho de 2010 pelas 14.30` na sala de enfermagem da Unidade de Cuidados Continuados inseridos na Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde de Oeiras. Para além da moderadora, esteve também presente a Sr.^a Enf.^a Maria José Vazão, na figura de observadora e colaboradora na mesma. Os objectivos desta sessão centraram-se mais na questão da articulação entre o Centro de Saúde e o Hospital, procurando explorar as potencialidades e vulnerabilidades face à articulação entre estas duas instituições.

Da análise da transcrição emergiram as duas categorias previamente estabelecidas: potencialidades e vulnerabilidades relativas à articulação entre o Centro de Saúde de Oeiras e o Hospital Egas Moniz. (Ver fig. 1 e 2)

Quanto às **Potencialidades** (ver fig. 1), verificou-se que dentro dos **Recursos Técnicos de Enfermagem Existentes** surgiram as categorias: *Carta de Alta* (mencionada em 7 vezes), *Fax* (mencionado 11 vezes), *Telefonema* (citado 4 vezes), *Ensinos* (referido 2 vezes) e *Boletim Verde* (narrado 3 vezes).

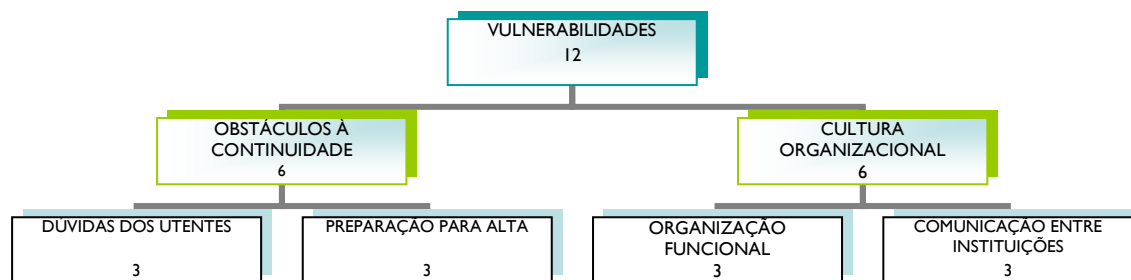
Figura 1 – Potencialidades para uma melhor articulação entre as duas instituições



Foram também identificados **Outros Recursos**, externos à dimensão de Enfermagem como a *Articulação entre os Serviços Sociais* de ambas as instituições (citada 4 vezes), e a *Articulação entre as Equipas Médicas* de ambas as instituições (mencionada 5 vezes).

Nas **Vulnerabilidades** (ver fig. 2), surgiram as subcategorias **Obstáculos à Continuidade**, e **Cultura Organizacional**.

Figura 2 – Vulnerabilidades na Articulação entre o Centro de Saúde e o Hospital



No que se refere às **Vulnerabilidades** identificadas como **Obstáculos à Continuidade** identificou-se 2 categorias, uma relacionada com as *Dúvidas* que os utentes apresentam após a alta (notificada 3 vezes) e a *Preparação Para A Alta* (citada também 3 vezes). Relacionado com a **Cultura Organizacional** (que se situa tradicionalmente ainda no paradigma biomédico, e cuja mudança para o novo paradigma centrado na família/utente ainda encontra muitas dificuldades), identificou-se quer problemas que têm a ver com a *Organização Funcional* (a forma como se processa a continuidade dos cuidados de enfermagem) (mencionada 3 vezes), quer problemas que têm a ver com a *Comunicação* entre as Instituições (o trabalho de equipa e a comunicação) (citadas 3 vezes).

Desta reunião tornou-se também notório que os enfermeiros reconhecem que uma continuidade dos cuidados cabal transcende similarmente o trabalho de enfermagem uma vez que o utente necessita também de apoio a nível de outras dimensões como o serviço social, equipa médica, dietistas, entre outros. Foi importante deixar este ponto para reflexão no final, assim como o facto dos enfermeiros terem conseguido identificar tantas estratégias de resolução de problemas, o que pareceu ser uma boa base de trabalho para o futuro.

METODOLOGIA DO GRUPO FOCAL

As características do tipo de pesquisa a utilizar dependem, essencialmente, da questão para a qual o estudo se dirige. Geralmente, quando se pretende investigar uma questão que se relacione com a exploração de uma experiência humana o estudo é desenvolvido de forma qualitativa. Bogdan (1994: 50), considera que *o significado é de importância vital na abordagem qualitativa*, ou seja, os investigadores qualitativos interessam-se por conhecer o modo como as pessoas dão sentido às suas vidas.

Esta técnica qualitativa desenvolve-se através de entrevistas de grupo. Neste caso foi feita uma entrevista de grupo com cinco enfermeiras da Unidade de Cuidados Continuados e que ocorreu a 23 de Junho de 2010. O ideal em termos de número para estas entrevistas é 5 a 10 elementos, pelo que aqui se manteve a adequação das dimensões do grupo (5 elementos).

Estas entrevistas são apropriadas para procurar entender atitudes, preferências, necessidades e sentimentos (VILELAS, 2009, p. 221). É de facto uma forma fácil e relativamente rápida de nos pormos em contacto com a população que queremos estudar (RODRIGUES, 1988, apud VILELAS, 2009, p. 221). Como desvantagens poderá ter a manipulação do discurso por alguns elementos do grupo, com dificuldades para o moderador ou a deseabilidade social, fazendo incidir um viés nos resultados.

Como preparação da entrevista de grupo, a data foi escolhida previamente pelos entrevistados, assim como escolhido o local. Para que fosse uma discussão produtiva, o tempo foi planeado para não ser excessivamente longo (cerca de hora) sob pena dos

participantes começarem a cansar-se e a desinteressar-se. A entrevista foi efectuada pela formanda cujo papel foi de moderadora e facilitadora, e contou com a presença da Sr.^a Enf.^a Maria José Vazão, como observadora e moderadora em caso de necessidade, estando também esta atenta aos meios de gravação áudio. A entrevista foi, pois, gravada em áudio e posteriormente transcrita para se proceder à sua análise de conteúdo.

Foi elaborado previamente um guião da entrevista de grupo, que foi orientador da mesma.

No final da sessão foi dado espaço a cada participante para expressar a sua opinião sobre a reunião.

Quando necessário, fazer uma breve síntese no final da discussão para sistematizar os aspectos mais relevantes identificados no decorrer da entrevista.

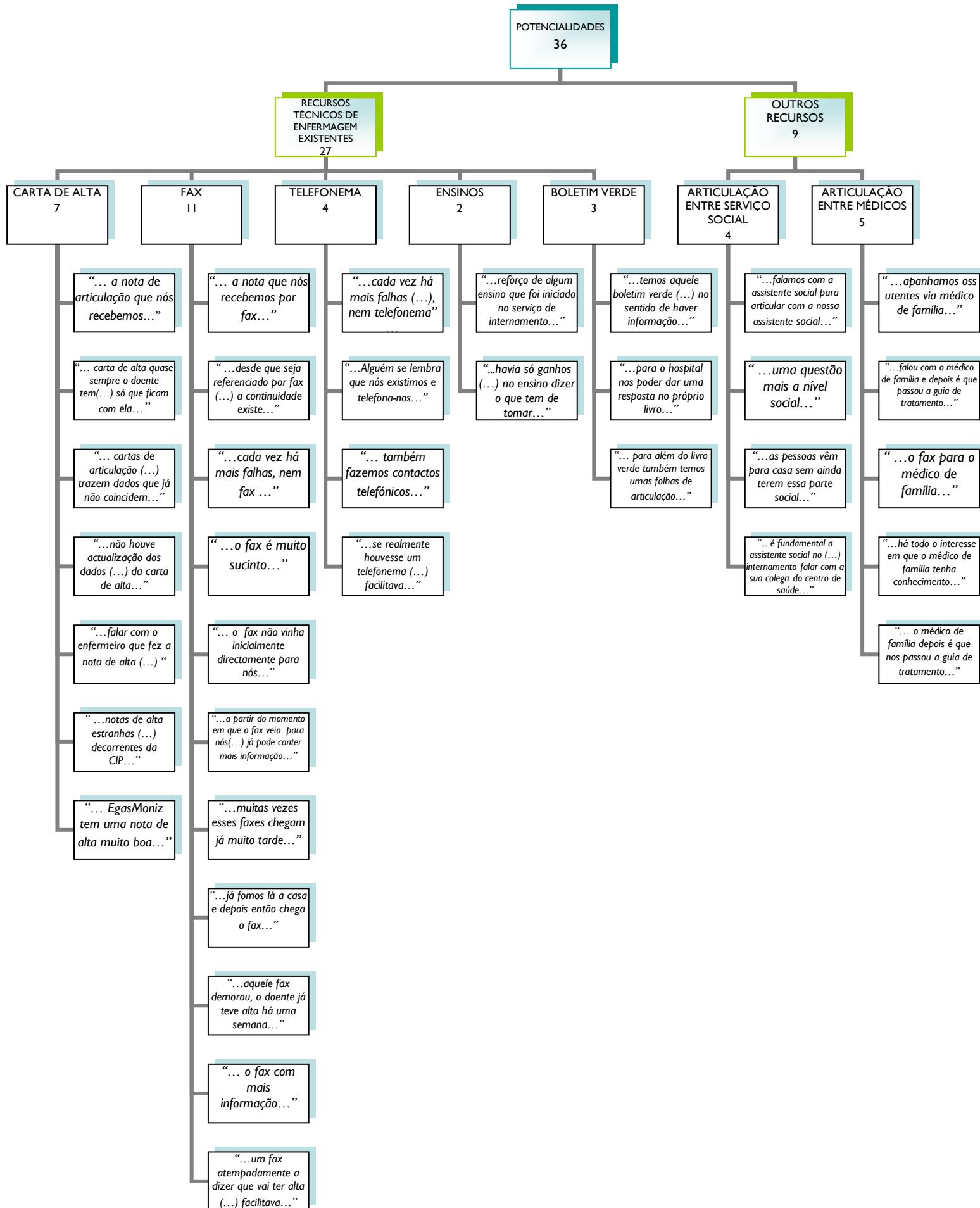
Os procedimentos éticos foram tidos em conta, com explicação dos objectivos da entrevista, possibilidade de desistir se assim o entendessem e pedido de autorização para a gravação áudio, garantindo-se a confidencialidade dos dados à posteriori. A realização da entrevista teve sempre por base os princípios ético-deontológicos, nomeadamente o princípio da confidencialidade, o direito ao anonimato e à autodeterminação. De facto, de acordo com Polit et al. (1995: 137), *uma promessa de confidencialidade ao participante é uma garantia de que qualquer informação que o informante forneça não será publicamente divulgada ou acessível a partes que não as envolvidas na investigação e o anonimato ocorre quando mesmo o investigador não consegue relacionar um participante com os dados daquela pessoa. O direito à autodeterminação baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas enquanto pessoas capazes de decidir por elas, pelo que o entrevistado enquanto pessoa autónoma (...) é convidado a participar no estudo e escolhe voluntariamente nele participar ou não.* (Levine 1986, citado em Fortin 2000: 117).

Depois de transcritos os dados, estes foram trabalhados em análise de conteúdo, à semelhança das entrevistas individuais.

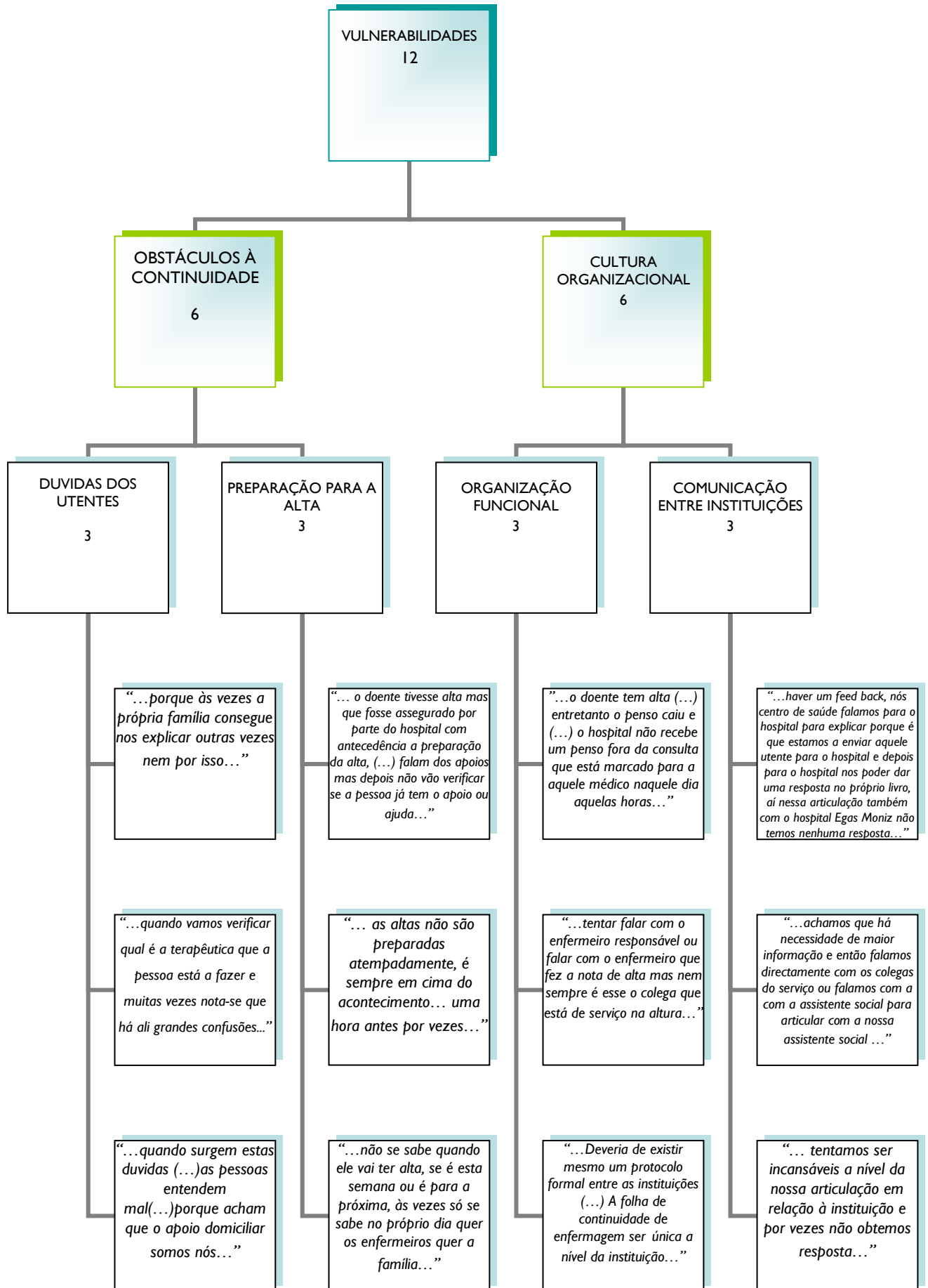
Aqui partiu-se das categorias potencialidades e vulnerabilidades e agruparam-se as unidades de sentido dentro destas duas categorias, tendo-se obtido três diagramas que

serão representados no corpo do texto do relatório e aqui se deixam com a demonstração de inclusão das unidades de análise.

ANEXO I – Diagrama da categoria “Potencialidades”



ANEXO II - Diagrama da categoria “Vulnerabilidades”



ANEXO VIII

(Pedido de Estágio HSJ)

Exmo. Sr.^a Enfermeira Chefe dos Cuidados Continuados do Hospital São José

Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, desenvolvido pela Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio solicitar a vossa excelência, um estágio de observação durante um dia nos Cuidados Continuados do Hospital São José. Inserida na metodologia de trabalho do respectivo projecto, pretende-se promover a articulação entre o Hospital Egas Moniz e o Centro de Saúde de Oeiras.

Este estágio tem como principais objectivos:

- Conhecer o projecto de articulação entre o Hospital São José e o Centro de Saúde.
- Conhecer a dinâmica da equipa dos Cuidados Continuados.
- Identificar procedimentos aquando alta do doente.
- Identificar intervenções que promovem a continuidade dos cuidados.

Desde já, um forte agradecimento pela atenção disponibilizada.

Subscrevo-me com máxima consideração,

Elisabete Baginha

ANEXO IX

(Guião Entrevistas)

Tema da entrevista: Facilitar a articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e o Hospital numa perspectiva da Continuidade dos Cuidados de Enfermagem.

Grupo alvo: Duas enfermeiras envolvidas na equipa de cuidados continuados do HSJ

Local: Sala de Enfermagem da Equipa dos Cuidados de Enfermagem

Duração: Aproximadamente 1 hora

Hora: 14.30horas

Moderador: Elisabete Baginha

Técnica de gravação: Áudio

Procedimentos:

- Legitimação da entrevista em grupo: explicar objectivos; pedir autorização para gravação áudio; garantir confidencialidade dos dados; apresentar/explicar presença do observador como auxiliar do moderador para não inibir o grupo; motivar os entrevistados para o tema do grupo focal.
- Disposição da sala /promoção de um ambiente acolhedor e informal. Validar a ausência de ruídos do exterior.

Objectivos:

- Identificar estratégias que promovam a continuidade dos cuidados.
- Identificar obstáculos à comunicação/articulação entre o Centro de Saúde e o Hospital São José.
- Compreender quais as mais valias e os pontos fortes que os enfermeiros identificam como recursos à articulação entre as instituições.
- Facilitar a discussão relativamente às estratégias a elaborar/ formas de superar as dificuldades relativamente à articulação/comunicação entre as instituições.

Formulário de Questões e Tópicos:

I. Sei que integrou uma equipa que criou um projecto de articulação entre o Hospital S. José e o Centro Saúde, porque surgiu essa necessidade?

2. Como funciona esse projecto?

3. Quais são os procedimentos quando o doente tem alta hospitalar?

4. Quais as dificuldades sentidas aquando da implementação desse mesmo projecto?

5. Quais foram as estratégias implementadas para atingir uma articulação entre HSJ e o CS?

6. Que contributos trouxe para o doente e para a enfermagem essa articulação entre o HSJ e o CS?

ANEXO X

(Análise de Conteúdo das Entrevistas)

Entrevistas

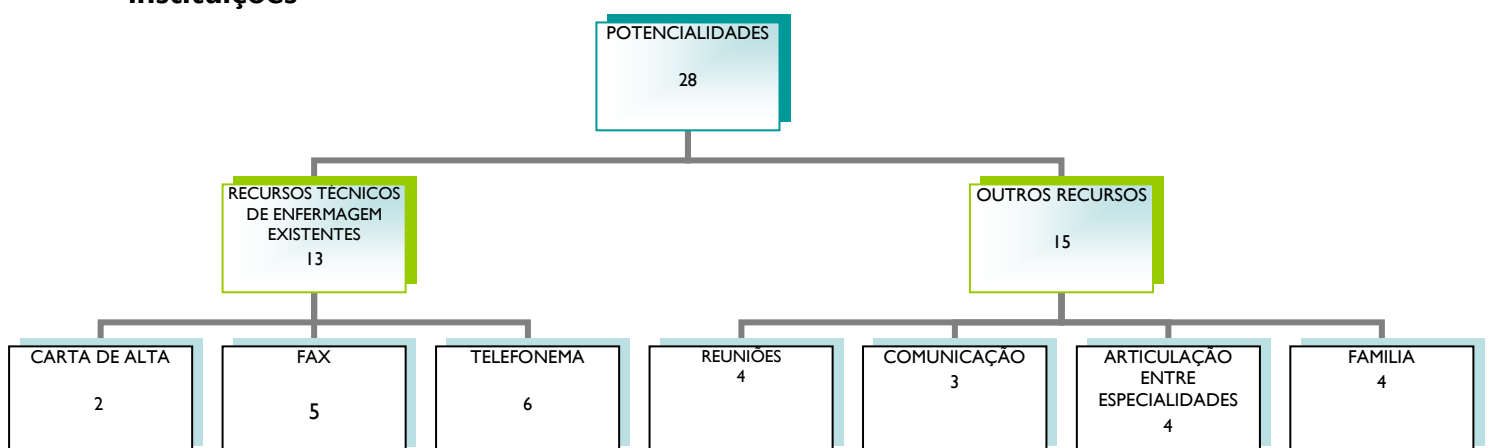
Foram efectuadas duas entrevistas. Uma entrevista a uma enfermeira que pertenceu à Equipa de Cuidados Continuados do Hospital São José, e outra entrevista à enfermeira responsável da mesma equipa. A primeira entrevista ocorreu no dia 8 de Junho pelas 15 horas, a segunda entrevista efectuada à enfermeira responsável pelos Cuidados Continuados do Hospital São José teve lugar no dia 22 de Junho de 2010 pelas 14 horas. Ambas as entrevistas foram gravadas em áudio.

Os objectivos das respectivas entrevistas centraram-se na questão da articulação entre o Centro de Saúde e o Hospital, procurando explorar as potencialidades e vulnerabilidades face à articulação entre estas duas instituições.

Da análise da transcrição emergiram as duas categorias previamente estabelecidas: potencialidades e vulnerabilidades relativas à articulação entre o Centro de Saúde e o Hospital. (Ver fig. 1 e 2)

Quanto às **Potencialidades** (ver fig. 1), verificou-se que dentro dos **Recursos Técnicos de Enfermagem Existentes** surgiram as categorias: *Carta de Alta* (mencionada em 2 vezes), *Fax* (mencionado 5 vezes), e *Telefonema* (citado 6 vezes).

Figura 3 – Potencialidades para uma melhor articulação entre as duas instituições

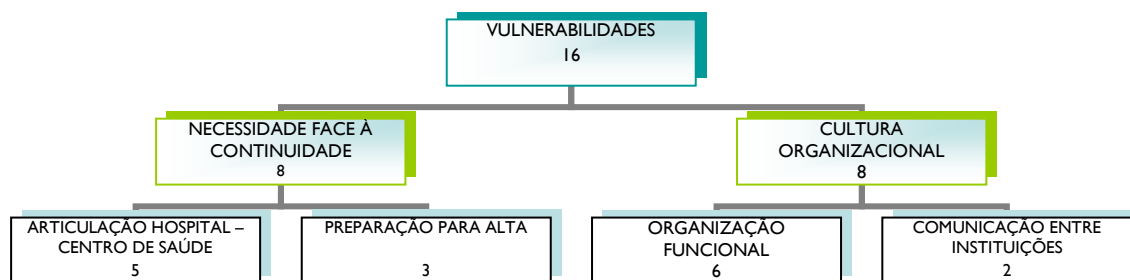


Foram também identificados **Outros Recursos**, externos à dimensão de Enfermagem como a *Reuniões entre parceiros* de ambas as instituições (citada 4 vezes), *Comunicação*

(mencionada 3 vezes), a *Articulação entre Especialidades* de ambas as instituições (mencionada 4 vezes) e *Família* (referida 4 vezes).

Nas **Vulnerabilidades** (ver fig. 2), surgiram as subcategorias **Necessidades face à Continuidade**, e **Cultura Organizacional**.

Figura 4 – Vulnerabilidades na Articulação entre o Centro de Saúde e o Hospital



No que se refere às **Vulnerabilidades** identificadas como **Necessidades face à Continuidade** identificou-se 2 categorias, uma relacionada com a Articulação que existe entre o Hospital e o Centro de Saúde (notificada 5 vezes) e a *Preparação Para a Alta* (citada também 3 vezes). Relacionado com a **Cultura Organizacional** (que se situa tradicionalmente ainda no paradigma biomédico, e cuja mudança para o novo paradigma centrado na família/utente ainda encontra muitas dificuldades), identificou-se quer problemas que têm a ver com a *Organização Funcional* (a forma como se processa a continuidade dos cuidados de enfermagem) (mencionada 6 vezes), quer problemas que têm a ver com a Comunicação entre as Instituições (o trabalho de equipa e a comunicação) (citadas 2 vezes).

Neste estudo, de acordo com o tipo de abordagem, questões orientadoras e objectivos do estudo, optou-se como método de colheita de dados, a entrevista, uma vez que permite ao entrevistado exprimir *as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências*, retirando-se desta *informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados* (Quivy 1992: 193).

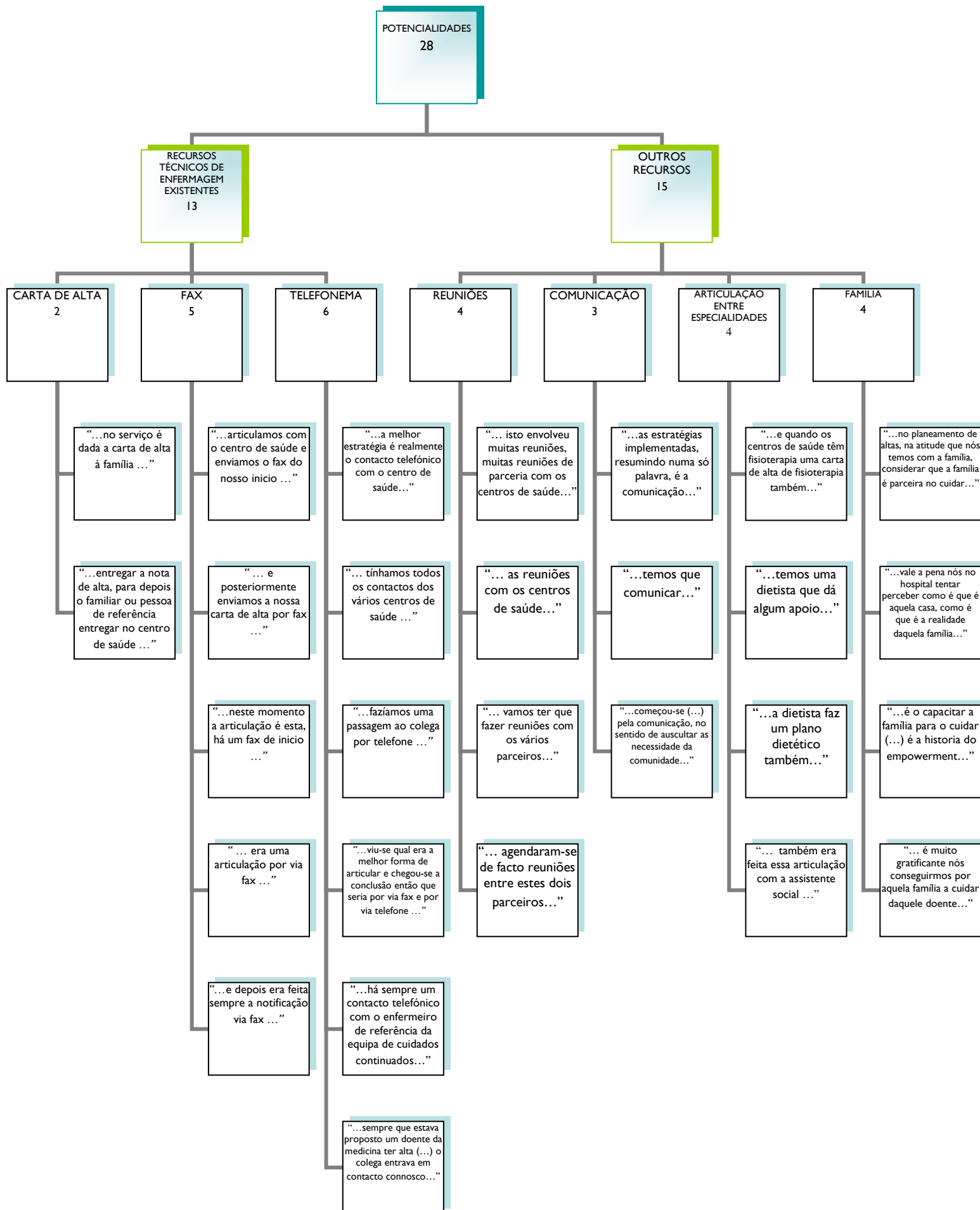
Como preparação da entrevista, a data foi escolhida previamente pelos entrevistados, assim como escolhido o local. Para que fosse uma discussão produtiva, o tempo foi planeado para não ser excessivamente longo (cerca de hora) sob pena dos participantes começarem a cansar-se e a desinteressar-se. A entrevista foi efectuada pela formanda cujo papel foi de moderadora e facilitadora, estando também esta atenta aos meios de gravação áudio. A entrevista foi, pois, gravada em áudio e posteriormente transcrita para se proceder à sua análise de conteúdo.

Os procedimentos éticos foram tidos em conta, com explicação dos objectivos da entrevista, possibilidade de desistir se assim o entendessem e pedido de autorização para a gravação áudio, garantindo-se a confidencialidade dos dados à posteriori. A realização da entrevista teve sempre por base os princípios ético-deontológicos, nomeadamente o princípio da confidencialidade, o direito ao anonimato e à autodeterminação. De facto, de acordo com Polit et al. (1995: 137), *uma promessa de confidencialidade ao participante é uma garantia de que qualquer informação que o informante forneça não será publicamente divulgada ou acessível a partes que não as envolvidas na investigação e o anonimato ocorre quando mesmo o investigador não consegue relacionar um participante com os dados daquela pessoa. O direito à autodeterminação baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas enquanto pessoas capazes de decidir por elas, pelo que o entrevistado enquanto pessoa autónoma (...) é convidado a participar no estudo e escolhe voluntariamente nele participar ou não.* (Levine 1986, citado em Fortin 2000: 117).

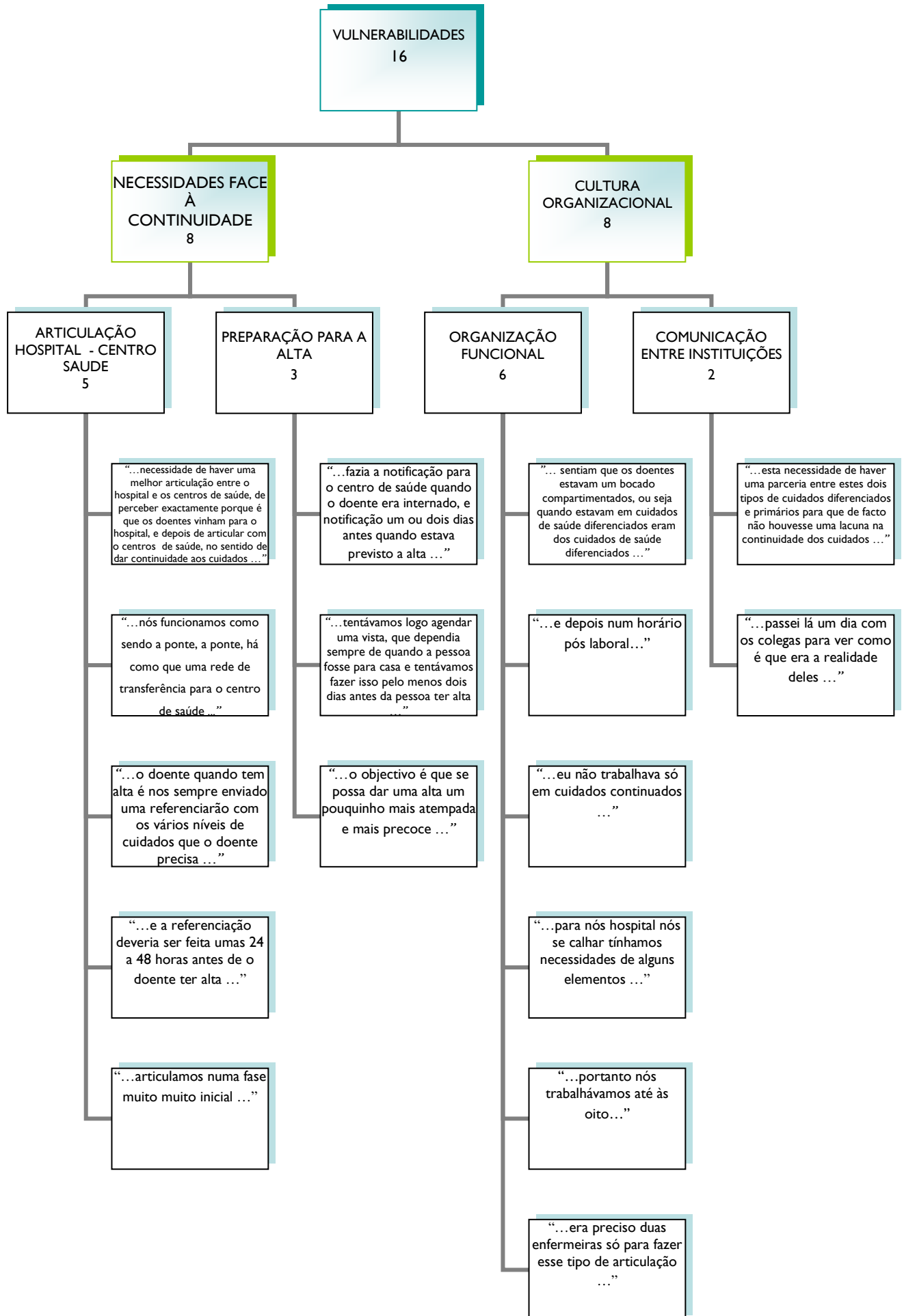
Depois de transcritos os dados, estes foram trabalhados em análise de conteúdo, à semelhança das entrevistas individuais.

Aqui partiu-se das categorias potencialidades e vulnerabilidades e agruparam-se as unidades de sentido dentro destas duas categorias, tendo-se obtido dois diagramas que serão representados no corpo do texto do relatório e aqui se deixam com a demonstração de inclusão das unidades de análise.

ANEXO I – Diagrama da categoria “Potencialidades”



ANEXO II - Diagrama da categoria “Vulnerabilidades”



ANEXO XI

(Procedimientos Alta HEM)

Continuidade de Cuidados
PROCEDIMENTO N.º 1 DA DSE
RELATIVO À POLÍTICA N.º 1 da DSE – 2003

1. NOME: Notificação do Centro de Saúde para Visita / Apoio domiciliário de Enfermagem

2. ÂMBITO: Todos os utentes apresentando dependência à data da alta e cujo destino seja o domicílio

3. PESSOAL ABRANGIDO: Todos os Enfermeiros

4. PONTOS IMPORTANTES:

1. A notificação do Centro de Saúde pressupõe o acordo prévio do utente / família;
2. Devem ser objecto notificação, os utentes que apresentem dependência parcial / total nas NHB limitando a sua ida ao Centro de Saúde, e requerendo vigilância e supervisão de enfermagem tais como:
 - Utente com algália
 - Utente com SNG
 - Utente em risco por ulcera pressão (acamado)
 - Utente com ulcera de pressão
 - Utente com administração de drogas injectáveis ou incapacidade para cumprir esquema terapêutico
 - Utente com pensos que necessitem ser realizados
 - Utente com ventilação assistida / O₂ / aspiração de secreções
3. Em situações particularmente graves deve ser feito também contacto prévio via telefone, se possível com alguma antecedência, para possibilitar o planeamento dos cuidados.

5. SEQUÊNCIA LÓGICA DOS PROCEDIMENTOS:

1. Diariamente, o Enfermeiro Coordenador / Chefe identifica os doentes com alta e afere com o Enfermeiro da prestação, da necessidade de visita / apoio domiciliário;
2. O Enfermeiro da prestação elabora a nota de alta de enfermagem garantindo o seu preenchimento o mais completo e objectivo possível, nomeadamente:
 - Nível dependência (o que é capaz / incapaz de fazer)
 - Cuidados requeridos e reacção aos mesmos
 - Datas colocação de cateteres e sondas
 - Modo realização dos pensos
 - Ensino efectuado
 - Outras necessidades
3. O Enfermeiro Coordenador / Chefe supervisa o registo efectuado providencia 2 cópias e garante que o documento original é entregue ao doente / família;
4. O Enfermeiro Coordenador / Chefe preenche o impresso de notificação e envia-o ao Gabinete de Enfermagem;
5. O Enfermeiro Supervisor assegura a comunicação via Fax com o Centro de Saúde;
6. Assegura que 1 cópia fique no processo do doente e envia a outra ao Gabinete de Enfermagem para tratamento estatístico.

Criado em 2/06/2003 por Isabel Gaspar

Aprovado em 20/06/2003 por Costa Dias

Revisto em 12/12/2008 por Isabel Gaspar

Continuidade de Cuidados

PROCEDIMENTO N.º 3 DA DSE

RELATIVO À POLÍTICA N.º 1 da DSE – 2003

1. NOME: Projecto planeamento altas e continuidade de cuidados

2. ÂMBITO: Todos os doentes com previsão de necessidade de continuidade cuidados no domicílio

3. PESSOAL ABRANGIDO: Todos os Enfermeiros

4. PONTOS IMPORTANTES:

1. O planeamento da alta do doente inicia-se no momento da sua admissão;
2. Face à diminuição das demoras médias, é imprescindível que a previsão da identificação de necessidades e constrangimentos à data da alta, esteja avaliada até às 72h após admissão;
3. No caso do doente dependente de cuidados, o momento da primeira entrevista com a família é crucial e pode comprometer todo o processo. Deve ser assegurado à família que apenas se pretende antecipar futuros problemas, não sendo a situação actual do doente, na maior parte dos casos, definitiva;
4. Os profissionais devem abster-se de juízos de valor face às escolhas das famílias, nomeadamente quanto ao destino provável do doente dependente;
5. Sempre que a situação profissional do familiar de referência o exija, deverão alterar-se as horas de execução de alguns cuidados de enfermagem de forma a poder proporcionar ao familiar a possibilidade da sua observação e treino;
6. A informação a transmitir deve ser adaptada ao nível escolaridade do doente/família e repartida por vários momentos para mais fácil apreensão;
7. Em todos os serviços devem existir guias de referência que orientem o enfermeiro no ensino/informação a transmitir aos doentes/ famílias

. 5. SEQUÊNCIA LÓGICA DOS PROCEDIMENTOS:

1. Diariamente, o Enfermeiro Chefe/Coordenador/Responsável do doente avalia a situação dos doentes com mais de 72h de internamento face à previsão da necessidade futura de continuidade de cuidados;
2. No caso dos doentes com previsão de dependência, o Enfermeiro Chefe/Coordenador promove o contacto com o familiar de referência para entrevista de avaliação/orientação;
3. O Enfermeiro Chefe/Coordenador/Responsável do doente efectua a entrevista com o familiar de referência procurando garantir:
 - A privacidade do encontro
 - A informação sobre necessidades prováveis do doente
 - A recolha de informação sobre recursos existentes na família
 - O encaminhamento para outros recursos (Assistente Social)
 - A disponibilidade para ensino e treino de actividades que se provejam necessárias continuar no domicílio
4. Sempre que se justifique o Enfermeiro Chefe/Coordenador/Responsável do doente contacta o serviço Social para resolução/minimização dos problemas identificados (Ex. necessidade de Apoio Domiciliário nas áreas de higiene, refeições e manutenção do Lar);
5. O Enfermeiro Chefe/ Coordenador/ Responsável do doente programa o ensino a efectuar com o doente/ família procurando seleccionar os dias e momentos mais convenientes;
6. Diariamente (e se houver familiar para tal), o Enfermeiro Coordenador orienta os enfermeiros no ensino a efectuar ao doente/família;
7. Sempre que procede a ensino programado, o enfermeiro consulta e efectua o registo no impresso próprio ou, na sua ausência, nas notas evolução;
8. No caso do doente dependente, o enfermeiro elabora a nota de alta enfermagem dirigida aos enfermeiros do Centro de Saúde e se necessário notifica o doente para visita domiciliária (ver procedimento n.º 1 da DSE sobre continuidade de cuidados, relativo à política n.º 1 da DSE de 2003).

Criado em 25/08/2003 por Isabel Gaspar
Aprovado em 26/08/2003 por Costa Dias
Revisto em 12/12/2008 por Isabel Gaspar

ANEXO XII

(FAX – Notificação para os Cuidados Continuados -
HEM)

Fax

Para: Centro de Saúde de Ac: Equipa de Cuidados Continuados	DE:	Direcção do Serviço de Enfermagem	
	HOSPITAL DE EGAS MONIZ		
	Telefone:	21 043 24 23	
	Fax:	21 043 24 30	
FAX –	DATA:		
	Número de páginas incluindo esta folha introdutória:		1

Assunto:

Junto se envia uma situação para visita domiciliária de Enfermagem.

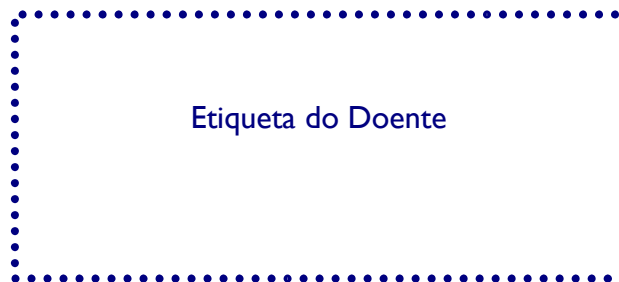
Com os melhores cumprimentos.

A DIRECTORA DE ENFERMAGEM

(Maria Isabel Gaspar)

ANEXO XIII

(Proposta novo modelo FAX)



Etiqueta do Doente

Serviço: _____

Contacto do Serviço: _____

Data da Referenciação: _____

Critérios	
Doente em situação de doença crónica	Qual? _____
Doente dependente nas actividades de vida diária	Ajuda total <input type="checkbox"/> Ajuda parcial <input type="checkbox"/> Quais AVD's? _____ _____
Doente com doença avançada ou terminal – cuidados paliativos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Doente com necessidade de continuidade de tratamento	Ensino/supervisão cumprimento terapêutico <input type="checkbox"/> Tratamento feridas <input type="checkbox"/> Reabilitação <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> _____
Doente <input type="checkbox"/> / cuidador <input type="checkbox"/> com necessidade de ensino	Aspiração de secreções <input type="checkbox"/> Administração de O2 <input type="checkbox"/> Traqueotomia <input type="checkbox"/> Alimentação SNG <input type="checkbox"/> Drenagem vesical <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> _____
Doente acamado	Antes do internamento <input type="checkbox"/> Depois do internamento <input type="checkbox"/>
Necessidade de apoio social	Qual <input type="checkbox"/> _____
Outros <input type="checkbox"/> _____	

Enfermeiro de Referência _____

ANEXO XIV

(Relatório Anual – Projecto Altas - HEM)

HOSPITAL DE SAZAGUENS
DIRECCION SOCIO-SANITARIA
ENFERMERIA



Projecto de Planeamento de Altas e Continuidade de Cuidados

Relatório de actividade de enfermagem de 2010

*Enf.ª Isabel Gaspar
Enf.ª Isabel Westwood*

Jan

2011

ÍNDICE

<i>0 - INTRODUÇÃO</i>	<i>4</i>
<i>1 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE UTENTES DEPENDENTES COM ALTA PARA O DOMICÍLIO</i>	<i>5</i>
<i>2 - CONCLUSÃO</i>	<i>14</i>
<i>3 - SUGESTÕES</i>	<i>15</i>

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1 – Distribuição das notificações pelos Centros de Saúde.....	5
Quadro n.º 2 – Caracterização da população dependente com alta para o domicílio.....	6
Quadro n.º 3 – Comparação entre demoras médias globais e as demoras médias dos doentes saídos com dependência para o domicílio.....	7
Quadro n.º 4 – Distribuição dos principais diagnósticos na população dependente com alta para o domicílio.....	8
Quadro n.º 5 - Caracterização da população relativamente à dependência nas necessidades humanas básicas.....	10
Quadro n.º 6 - Recursos referidos como mobilizados.....	11
Quadro n.º 7 – Motivos para mobilização de recursos anteriores.....	12
Quadro n.º 8 – Relação entre doentes c/ grandes necessidades e n.º familiares sujeitos a ensino.....	13

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 – Distribuição das notificações pelos Centros de Saúde.....	6
Gráfico n.º 2 – Comparação entre demoras médias globais e as demoras médias dos doentes saídos com dependência para o domicílio.....	7
Gráfico n.º 3 – Distribuição dos principais diagnósticos na população dependente com alta para o domicílio.....	8
Gráfico n.º 4 - Caracterização da população relativamente à dependência nas necessidades humanas básicas.....	11
Gráfico n.º 5 - Recursos referidos como mobilizados.....	11

0 – INTRODUÇÃO

Entende-se por Planeamento de Altas “*um processo centralizado, coordenado e interdisciplinar em que os diferentes profissionais colaboram com os utentes e suas famílias, antecipando as necessidades destes após a alta, desenvolvendo um plano que os ajude a adquirir independência e manter os resultados alcançados durante a estadia hospitalar (AHA – 1973)*”.

Há vários anos que é prática no HEM elaborar e entregar ao doente uma nota de alta de enfermagem, afim de garantir a continuidade de cuidados por parte dos Centros de saúde. Este registo nem sempre chega ao seu destinatário pelo que as nossas colegas sugeriram o envio desta nota por mail, a ter início em 2011.

O relatório do Projecto de Planeamento de Altas / Continuidade de Cuidados do HEM, tem por base a análise dos registos de enfermagem. Mantemos o formato de relatórios anteriores sem prejuízo de estarmos disponíveis para apresentar outros factores de análise que se considerem relevantes e passíveis de serem analisados pelos registos de enfermagem.

Como qualquer trabalho baseado em registos está dependente da qualidade dos mesmos, bem como da acessibilidade àqueles. Com esta finalidade tem sido solicitado o envio de uma cópia da nota de alta à Direcção de Enfermagem. No futuro, a manter este relatório, iremos apenas caracterizar a população notificada. Face à grande rotatividade e sobreutilização do pessoal de enfermagem, o projecto mantém-se muito dependente dos enfermeiros coordenadores sofrendo com as suas ausências e impedimentos.

A avaliação que fazemos da implementação do PPA é positiva. As principais dificuldades residem na deficiente articulação médico / enfermeiro (previsão da alta); não assunção desta responsabilidade pelo enf. prestador (processo muito centrado no enf. especialista / coordenador); indisponibilidade do familiar cuidador; e dificuldade de resposta dos Centros de Saúde.

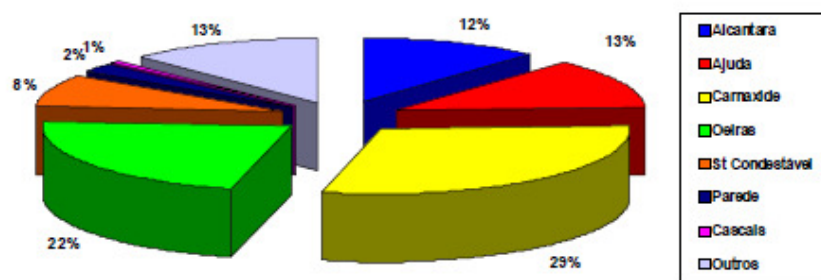
I – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE UTENTES DEPENDENTES COM ALTA PARA O DOMICÍLIO

No ano de 2010, integraram o projecto 552 utentes, para além de 253 que vieram de lares e foram novamente transferidos para essas instituições; 93 utentes vindos do domicílio foram encaminhados para lares; 459 utentes foram reintegrados no domicílio. Foram enviadas 328 notificações para cuidados continuados (59 do total de dts dependentes identificados, com alta para domicílio). Continuámos a solicitar a visita de enfermagem na maioria das situações, (mesmo nas carentes apenas de apoio de ajudante domiciliária), visando a avaliação das necessidades e supervisão das actividades das ajudantes domiciliárias.

Quadro n.º 1 – Distribuição das notificações pelos Centros de Saúde

CENTROS DE SAÚDE	MED I	MED II	Gastro /Vasc	CARD	NC	NT	Med IB/IIB	CIR II	CIR PL	U R O L	TOTAL
ALCANTARA	15	16	2				3	1	1		38
AJUDA	19	12	1	2	1		4	1	1		41
CARNAXIDE	47	24	9	4			12	2			98
OEIRAS	30	24	7	4			6	2	1		74
SANTO CONDESTÁVEL	13	6		1			6				26
PAREDE	1		5						1		7
CASCAIS	2									1	3
OUTROS	14	4	10	1	4		5	2	1		41
TOTAL	141	86	34	12	5	0	36	8	5	1	328

Gráfico n.º 1 – Distribuição das notificações pelos Centros de Saúde



Iremos seguidamente caracterizar a amostra da população dependente com alta para o domicílio, dados esses obtidos através da análise das cópias das folhas de alta enviadas pelos serviços no mesmo período. Foram analisadas 467 folhas de alta. Pela análise do quadro n.º 2, verificamos que dos 467 dependentes analisados, se distribuem 57% pelo sexo feminino e 43% pelo sexo masculino. Relativamente à média de idades foi encontrado um valor médio de 80.6 anos, com um valor máximo de 100 anos e um valor mínimo de 51 anos, com uma mediana nos 82 anos e desvio padrão de 9.3.

Quadro n.º 2 – Caracterização da população dependente com alta para o domicílio

Serviço	Saídos c/ alta (ano 2010)	doentes dependentes c/ alta planeada p/ dom.	Perc dependentes com alta dom. relativa/ a saídos	SEXO		Média idades	Média dias internamento	Dependência anterior
				Masc	Fem			
Medicina I	804	139	17.3	67	72	78.8	15.3	98
Gastro/Vasc	883	11	1.2	7	4	80	24.5	9
Medicina II	920	212	23	79	133	81.4	15.2	186
Card/Pneumo	594	34	5.7	15	19	81.9	13.5	31
Cir II	1160	4	0.3	1	3	78	27.3	4
Neuroc	755	3	0.4	1	2	-	94	1
Med IB/IIB	688	52	7.6	25	27	84.5	12.6	45
Neurot	343	1	0.3		1	-	15	1
Cir Plástica	1700	5	0.3	3	2	66	32.8	3
Neurologia	329	6	1.8	4	2	74	13	6
GLOBAL	8176	467	5.7	202	265	80.6	15.8	384

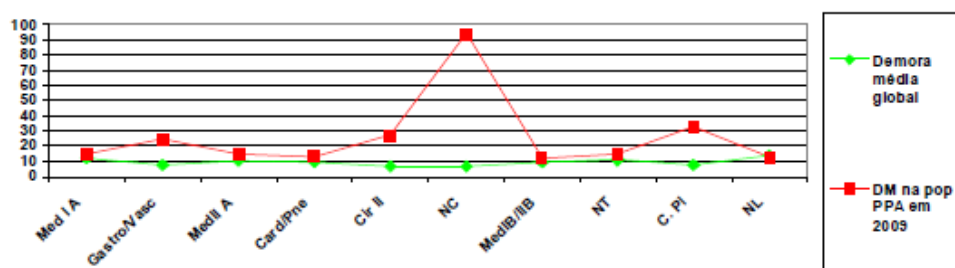
Através do Quadro n.º 3, iremos comparar as demoras médias encontradas nestes doentes com as demoras médias dos respectivos serviços. A média global foi de 15.8 dias com a mediana nos 11 dias, um mínimo de 1 dia, um máximo de 243 dias e um desvio padrão de 18.5.

Constata-se o aumento da demora média nos doentes dependentes, justificado principalmente pela complexidade e instabilidade das situações clínicas. Apesar desta demora, a necessidade de preparar o familiar cuidador é pouco valorizado pela equipa médica e os enfermeiros referem dificuldade em articular as actividades com a equipa médica e planearem as actividades de orientação e ensino com o familiar cuidador.

Quadro n.º 3 – Comparação entre demoras médias globais e as demoras médias dos doentes saídos com dependência para o domicílio

Serviço	Demora média global	2010	Demora média na população identificada					
			2009	2008	2007	2006	2005	2004
Medicina I	11.7	15.3	20	17	16.5	16.4	22	30.3
Gastro/Vasc	8	24.5	19	30	17.7	17.5	22	27.5
Medicina II	10	15.2	21	16	18.1	14.6	14	15.0
Card/Pneumo	10	13.5	29	19	22.7	22	24	17.3
Cir II	7	27.3	21	13	16	15	-	-
Neuroc	7	94	20	22	39.3	45	-	-
Med IB/IIB	11	12.6	14	29			-	-
Neurot	11	15	23	19	28.1	33	-	-
Cir Plástica	7.7	32.8	45	41	22.5	15	-	-
Neur.	14	13	50	42	37	-	-	-

Gráfico n.º 2 – Comparação entre demoras médias globais e as demoras médias dos doentes saídos com dependência para o domicílio

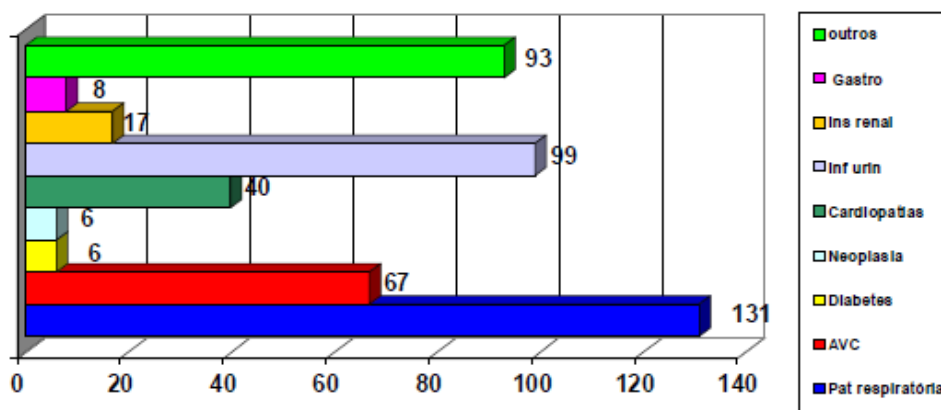


Verificamos que os diagnósticos mais frequentes na população identificada foram a patologia respiratória (pneumonia; infecção respiratória); as doenças renais, cardiopatias, o AVC e as infecções urinárias. No entanto é difícil esta análise a partir dos registos que mencionam com maior frequência sintomatologia ou hipóteses diagnósticas de entrada.

Quadro n.º 4 – Distribuição dos principais diagnósticos na população dependente com alta para o domicílio

Principais diagnósticos	F	%
Pat. Respiratória	131	28
AVC	67	14
Diabetes	6	1
Neoplasia	6	1
ICC/ Cardiopatias	40	9
Inf. Urinária	99	21
Ins renal	17	4
Pat. Gástrica	8	2
Outros	93	20
Total	467	100

Gráfico n.º 3 – Distribuição dos principais diagnósticos na população dependente com alta para o domicílio



No entanto, as principais razões da inclusão desta população no projecto continuam a ser a sua dependência nas necessidades humanas básicas, como podemos verificar pela análise do Quadro n.º 5.

Verificamos que tiveram alta para domicílio, trinta e dois utentes com dispneia e secreções; 181 utentes com necessidade de ajuda total para se alimentarem; 65 utentes com alimentação entérica; 275 utentes apresentavam incontinência e 98 foram algaliados.

Apresentavam grande adinamia 283 doentes. Não foi possível pelos registos diferenciar correctamente as situações de paresias, plegias ou atrofas. No entanto 43 doentes são assim referenciados.

Apresentavam necessidade de ajuda total na higiene 353 utentes; e 148 utentes para além dessa necessidade, apresentavam úlceras de pressão.

Foram identificados 149 utentes com limitações sensoriais (31 Afásicos + 25 Disártricos + 93 confusos e desorientados).

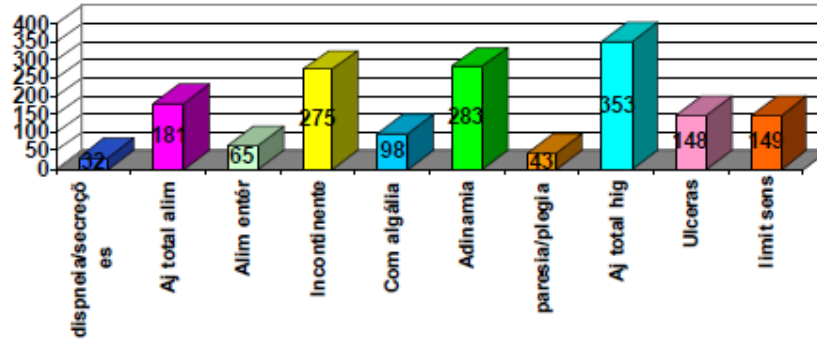
No PPA a previsão da situação de dependência à saída deve ser feita até ao 3º dia, situação por vezes complicada dada a instabilidade clínica do doente. Por outro lado passada esta fase rapidamente é anunciada a alta, comprometendo o planeamento e a programação das actividades de ensino com a família.

A tomada de consciência e aceitação da família para assumir o cuidado de uma pessoa dependente e que até ao momento do internamento hospitalar era autónoma exige tempo e preparação específica que a pressão para a diminuição das demoras médias limita.

Quadro n.º 5 - Caracterização da população relativamente à dependência nas necessidades humanas básicas

NHB	Dependência	Med I	Gastro /Vasc	Med II	Card/ Pneumo	Cir II	NC	MedIB /IIB	NT	Cir PI	NL	TOTAL
R E S P	Autónomo	129	9	191	32	3	3	47	1	5	5	425
	Presença de tosse/secções	4		2	1			2			1	10
	Dispneia	6	2	19	1	1		3				32
	Familiars sujeitos a ensino	6		3	2	0		1			1	13
A L I M	Autónomo	42	3	24	1	1	1	8		1		81
	Ajuda Parcial	37	5	61	11	3		15	1	3	4	140
	Ajuda Total	36	3	103	19		2	17		1		181
	Alimentação entérica	24		24	3			12			2	65
	Familiars sujeitos a ensino	33		42	10	1	3	8				97
E L I M	Autónomo	18		9	1		1	2		1		32
	Ajuda Parcial	22	2	28	6			3		0	1	62
	Incontinente	55	8	146	23	4	2	31	1	1	4	275
	Presença algália	44	1	29	4			16		3	1	98
	Familiars sujeitos a ensino	25		34	7	1		8	1	1		77
M O B I L I	Ambulatório	27		13				4		1		45
	Ajuda Parcial	34	6	32	6	2	1	9	1	3	2	96
	Aj total por grande adinamia	69	5	143	27	2	2	32		1	2	283
	Paresia, Plegia ou atrofas	9		24	1			7		0	2	43
	Familiars sujeitos a ensino	17		30	6		3	6		1		63
H I G	Autónomo	25		6						1		32
	Ajuda Parcial	29	4	28	8	1	1	7	1	3		82
	Ajuda Total	85	7	178	26	3	2	45		1	6	353
	Familiars sujeitos a ensino	14		27	6		2	5		1		55
P E R I G O	Confusão	24		51	5			10	1		2	93
	Afasia/disartria	23		14	2		2	13			2	56
	Dtes com Ulceras de pressão	58	4	55	12	0	1	16	0	1	1	148
	Outros Pensos	31	5	30	1	2		6		1		76

Gráfico n.º 4 - Caracterização da população relativamente à dependência nas necessidades humanas básicas



Cerca de 384 utentes apresentavam dependência prévia sendo a família a principal cuidadora. Os familiares cuidadores identificados foram principalmente os filhos (facto explicado pela idade dos nossos utentes) e o cônjuge. Cerca de 144 utentes recorriam já a outro apoio

Quadro n.º 6 - Recursos referidos como mobilizados

Recursos	TOTAL
Só família	242
Enfermeiro	63
Ajudante saúde	81
Total	386

Gráfico n.º 5 - Recursos referidos como mobilizados



Sendo importante a mobilização, envolvimento e preparação do familiar cuidador nas actividades de suporte às NHB, este envolvimento e capacitação é crucial nas situações em que o estado do utente implica procedimentos mais diferenciados como a entubação nasogástrica, a algália e a existência de úlceras de pressão ou outros tratamentos.

Os principais motivos registados para justificar a mobilização de recursos para além da família como o pedido de visita domiciliária foram, de acordo com os registos efectuados no campo existente para o efeito no impresso de alta e como apresentamos no Quadro n.º 7, a realização de pensos; a vigilância e substituição da algália; a vigilância e substituição da sonda naso-gástrica a monitorização e vigilância de glicémias e respectiva administração de insulina assim como o despiste de outras situações de descompensação.

Quadro n.º 7 – Motivos para mobilização de recursos anteriores

Actividades	Med I	Gastro /Vasc	Med II	Card/ Pm	Cir II	NC	MedIB /IIB	Cir Pl	TOTAL 2010	TOTAL 2009	TOTAL 2008	TOTAL 2007	TOTAL 2006
Subst/Vigilância algália	37	1	15	2	1		6	2	64	59	31	44	47
Subst/Vigilância SNG	22		8	2			4		36	22	18	34	23
Realização pensos úlceras pressão	56	4	33	6			8		107	56	76	65	79
Realização outros pensos	27	3	15		2		3		50	46	39	54	33
Vigilância e cuidados básicos	16	1	10	1		2	2	1	33	92	24	57	55
O2 e terapêutica	5			1	1		1		8	4	2	14	1

A pressão para a diminuição da estadia hospitalar torna difícil quer as oportunidades de contacto e o planeamento da alta com o familiar cuidador como induz a uma certa fuga da parte destes, levando a que do actual programa de ensino pouco mais seja possível concretizar que uma demonstração dos cuidados, limitando as ocasiões para o treino assistido por parte do familiar cuidador.

No quadro n.º 8 ilustramos o desfazamento entre o n.º de doentes com necessidades prioritárias e o n.º de familiares sujeitos a alguma preparação. Estes dados estão influenciados quer pela experiência prévia dos familiares, quer pela maior ou menor qualidade dos registos analisados.

Verificaram-se situações de conhecimento prévio (204 familiares) quer por situação crónica quer por ensino efectuado em anteriores internamentos.

Quadro n.º 8 – Relação entre doentes c/ grandes necessidades e n.º familiares sujeitos a ensino

SERVIÇOS	Doentes notificados	Familiares sujeitos a preparação	Preparação em internamento anterior
MED I	141	44	67
GASTRO/VASC	34	0	3
MED II	86	59	108
CARD	12	11	8
CIR II	8	3	0
NEUROC	5	3	0
MEDIB/IIB	36	16	14
NEUROT		1	0
NEUROL		0	4
CIR PLÁSTICA	5	1	0

Efectivamente pela análise das notas de alta, das 467 só em 342 casos está documentado o ensino efectuado. Em 123 casos está referido como completo e em 22 é indicada necessidade de reforço

Quadro n.º 9 – ÁREAS DE ENSINO DOCUMENTADAS

ÁREAS DE ENSINO DOCUMENTADO NAS NOTAS DE ALTA							
SERVIÇOS	higiene	alimentação	mobilização	SNG	Algália	terapêutica	tratamentos
MED I	2	5	18	10	12	2	
GASTRO/VASC							
MED II			25	12	10	12	
CARD		1	6	1	1	1	1
CIR II		1				1	1
NEUROC			3		1		
MEDIB/IIB	2		6	3	4	2	
NEUROT							1
NEUROL							
CIR PLÁSTICA			1				

2 - CONCLUSÃO

Analisando a evolução dos dados obtidos constata-se uma certa estabilização no número de utentes envolvidos sendo de 437, 429, 440, 466, 436, 547, 535, 521,494 e 552 respectivamente em 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 , 2008, 2009 e 2010.

As notificações para os Centros de Saúde também apresentam valores semelhantes a anos anteriores, sendo de 248, 230, 180, 237, 233, 259, 230, 227, 245 e 328 respectivamente em 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 e 2010.

O critério de exclusão para a notificação para o Centro de Saúde passou a ser a capacidade para deslocação do doente até ao mesmo.

Por outro lado, observa-se aumento do recurso a lares por parte das famílias sendo 52, 70, 66, 50, 63, 63, 72, 53 e 93 os casos de doentes originalmente no domicílio que foram encaminhados para lares em respectivamente 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 e 2010.

O impresso de registo da nota de alta foi reformulado em 2008. Contempla os indicadores previstos no impresso para cuidados continuados a fim de possibilitar uma futura introdução de dados destes doentes. Com a informatização do processo de enfermagem no aplicativo SAPE, pretendemos reavaliar o impresso de articulação com os cuidados de Saúde Primários.

3 - SUGESTÕES

As crescentes exigências que se colocam às instituições de saúde referentes à optimização do seu desempenho, a crescente procura pelos utentes e escassez da oferta instalada, obrigam a uma redução das demoras médias. Por outro lado, o envelhecimento da população que servimos, tem como consequências uma maior dependência e complexidade das situações clínicas, a que se juntam factores sociais como a ausência de familiares de recurso e a carência de apoios comunitários aos idosos.

Creemos que finalmente houve a tomada de consciência deste problema e a criação de serviços para apoio dos doentes em situação de convalescença, internamento longa duração e cuidados paliativos vem suportar um projecto que as equipas de enfermagem vêm pondo no terreno há já vários anos.

Mantemos como actividades:

- O envolvimento progressivo das equipas prestadoras de cuidados na condução das actividades previstas (*identificação precoce dos constrangimentos; planeamento e capacitação do familiar cuidador em tempo útil*)
- A notificação para o Centro de Saúde das situações carecendo apoio de enfermagem
- A avaliação da qualidade da informação de enfermagem transmitida aos Centros de Saúde
- A monitorização das situações que foram objecto de notificação por FAX e a elaboração de relatório anual

Reforçamos a necessidade de dinamizar actividades sugeridas anteriormente:

- O alargamento das actividades do projecto a todos os serviços
- A realização em cada serviço de reuniões multidisciplinares periódicas para análise e discussão das situações identificadas
- Reuniões com os centros de saúde envolvidos para aferir da pertinência da informação e melhorias a introduzir
- Estágios dos elementos de enfermagem dos serviços mais envolvidos no Projecto, nos Centros de Saúde da área, na actividade de visita domiciliária
- Elaboração / melhoria dos instrumentos de apoio à informação / educação do doente / família (*revisão / actualização*)

ANEXO XV

(Nota de Alta de Enfermagem - HEM)



		NOME _____	
		RESIDÊNCIA _____	
		TELEF _____ Nº PROCESSO _____	
SERVIÇO DE ENFERMAGEM		Nº UTENTE	
NOTA DE ALTA / TRANSFERÊNCIA		CENTRO SAÚDE	
SERVIÇO		MÉDICO FAMÍLIA	
TELEFONE		D. ADMISSÃO ___/___/___ D. ALTA ___/___/___	
ENFº REFERÊNCIA			
PROVENIÊNCIA (SITUAÇÃO ANTERIOR HOSPITALIZAÇÃO)		DESTINO	
DOMICÍLIO		DOMICÍLIO	
LAR		LAR	
OUTRO		OUTRO	
PLANEAMENTO DE ALTA			
SEM PREVISÃO DEPENDÊNCIA À SAÍDA		MOTIVO	
DEPENDÊNCIA ANTERIOR			
CUIDADOS ASSEGURADOS ANTERIORMENTE POR			
FAMÍLIA			
ENFERMEIRO			
AJUDANTE SAÚDE			
CONTACTOS			
CONTACTO COM FAMÍLIA (<i>motivo e data</i>)		EM ___/___/___	
ENCAMINHAMENTO PARA ASSISTENTE SOCIAL		EM ___/___/___	
PROPOSTO PARA INGRESSO NA REDE NACIONAL CUIDADOS INTEGRADOS			
NOTIFICADO POR FAX AO CENTRO SAÚDE		EM ___/___/___	
MOTIVOS DE SOLICITAÇÃO			
IDOSO (≥ 80 ANOS) EM SITUAÇÃO DE FRAGILIDADE		DOENÇA CRÓNICA COM EPISÓDIO AGUDIZAÇÃO	
Dependência em AVDs		Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	
Deterioração cognitiva		Insuficiência Cardíaca Congestiva	
Desnutrição		Hepatopatia	
Outros		Outros	
NECESSIDADE CONTINUIDADE CUIDADOS DOMICÍLIO		NECESSIDADE VIGILÂNCIA / TRATAMENTOS COMPLEXO	
Tratamento feridas/úlceras pressão		Úlceras pressão múltiplas	
Reabilitação		Pós cirúrgicos	
Manutenção de dispositivos		Pós Traumáticos	
Gestão regime terapêutico		Portadores de SNG / PEG	
Outros		Ventilação assistida	
NECESSIDADE ENSINO DOENTE/ CUIDADORES		CUIDADOS PALIATIVOS	

DIAGNÓSTICO / HISTÓRIA ACTUAL (*motivo do internamento, evolução e intercorrências significativas verificadas*)

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Risco de aspiração	Risco de desidratação	
Risco de obstipação	Risco de úlcera de pressão	Comunicação alterada
Risco de Maceração	Risco de queda	Stress do prestador de cuidados
Risco de rigidez articular	Confusão	Adesão ao regime terapeutico não demonstrada

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Aspirar secreções	Estimular a pessoa para autocuidado	Trocar fralda
Trocar saco drenagem de ferida	Executar técnica de exercício muscular e articular passivo	
Executar tratamento a ferida traumática	Executar tratamento a úlcera de pressão	
Executar tratamento a ferida cirurgica	Estimular pessoa para adesão regime terapeutico	
Executar tratamento ao estoma	Trocar cateter venoso periférico	
Trocar saco colostomia	Trocar sonda nasogástrica Nº _____ Colocada em ____/____	
Trocar saco de ileostomia	Trocar algália Nº ____ Colocada em __/__/__	

ENSINO DOENTE/ CUIDADORES

CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR

OBSERVAÇÕES: (Ensino efectuado)

Em ____/____/____

Execução técnicas	Ensino completo e objectivos atingidos	
Regime terapêutico	Necessidade reforço	
Autocuidados	Não foi efectuado ensino	
Hábitos de risco		
Outros		

TERAPIA

Inaloterapia	Oxigenoterapia	Terapia c/ dispositivos auxiliares
Terapia com fluidos ou electrólitos	Terapia intravenosa	Terapia nutricional

DISPOSITIVO DE CORRECÇÃO

Lentes de contacto	Prótese dentária	Membro artificial	Óculos
--------------------	------------------	-------------------	--------

NHB	AUTONOMIA FÍSICA	OBSERVAÇÕES		AUTONOMIA FÍSICA	OBSERVAÇÕES
Respirar	<input type="checkbox"/> Sem alterações <input type="checkbox"/> Com alterações <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Retenção secreções		Eliminar	<input type="checkbox"/> Incapaz, não usa <input type="checkbox"/> Dependente de 3ºs <input type="checkbox"/> Utiliza meios auxiliares <input type="checkbox"/> Independente	
Comunicar	<input type="checkbox"/> Meios auxiliares <input type="checkbox"/> Sem alterações			<input type="checkbox"/> Incapaz, não controla <input type="checkbox"/> Dependente de 3ºs <input type="checkbox"/> Incontinência esporádica <input type="checkbox"/> Independente	
Alimentar-se	<input type="checkbox"/> Incapaz, não se alimenta <input type="checkbox"/> Dependente de 3ºs <input type="checkbox"/> Meios /Prótese dentária <input type="checkbox"/> Independente			<input type="checkbox"/> Incapaz, não controla <input type="checkbox"/> Dependente de 3ºs <input type="checkbox"/> Incontinencia esporádica <input type="checkbox"/> Independente	
Mover-se / Cama	<input type="checkbox"/> Incapaz, não se levanta <input type="checkbox"/> Dependente de 3ºs <input type="checkbox"/> Utiliza meios auxiliares <input type="checkbox"/> Independente		Higiene	<input type="checkbox"/> Incapaz, não se lava <input type="checkbox"/> Dependente de 3ºs <input type="checkbox"/> Utiliza meios auxiliares <input type="checkbox"/> Independente	

	Cadeira	<input type="checkbox"/> Incapaz, não se senta <input type="checkbox"/> Dependente de 3ºs <input type="checkbox"/> Utiliza meios auxiliares <input type="checkbox"/> Independente		Vestir/despir	<input type="checkbox"/> Incapaz, não se veste <input type="checkbox"/> Dependente de 3ºs <input type="checkbox"/> Utiliza meios auxiliares <input type="checkbox"/> Independente	
--	---------	--	--	---------------	--	--

NOTAS ENFERMAGEM

--

ANEXO XVI

(Versão Breve – Projecto)



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Projecto de Estágio

Facilitar a articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e o Hospital numa perspectiva da Continuidade dos Cuidados de Enfermagem

Aluno: Elisabete Baginha

**Sob orientação de: Prof. Ana Resende
Enf.^a Luísa Horta e Costa**

Lisboa, Outubro de 2010

Enquadramento Teórico:

O objectivo da enfermagem comunitária é promover e preservar a saúde da população, sendo a sua prática global.

A dicotomia entre os cuidados de saúde primários e diferenciados revela-se inadequada e geradora de disfunções organizativas, impondo-se a articulação entre vários níveis de cuidados de saúde, com uma intervenção mais equilibrada e cooperante (Augusto, 2005).

Neste sentido para que haja uma articulação efectiva têm que se formalizar suportes e circuitos de informação por todos os serviços de saúde implicados, no sentido de facultar a continuidade de cuidados, recorrendo-se à utilização de uma linguagem comum inerente à prática de enfermagem. (Augusto, 2005)

A carta de alta ou transferência é exemplo disso. Esta deverá possuir um formato estandardizado incluindo toda a informação necessária à continuidade dos cuidados, nomeadamente os acontecimentos que motivaram a admissão do doente, bem como os cuidados a continuar no domicílio (Cunha, 1999).

Deste modo torna-se fundamental o envolvimento e cooperação de toda a equipa e também de todos os parceiros sociais, permitindo a optimização e continuidade dos cuidados de saúde.

Os utentes dos serviços de saúde que possam usufruir de cuidados primários e diferenciados de qualidade, correctamente articulados entre si, usufruirão certamente de cuidados continuados cada vez mais personalizados e humanizados.

Diagnóstico da Situação:

Foi efectuada uma entrevista de grupo (focus group) com o objectivo de fazer um levantamento ou identificação das necessidades sentidas pela equipa de cuidados continuados do centro de saúde de Oeiras, relativamente à temática da articulação entre o hospital e o centro de saúde. Algumas sugestões da equipa UCC (entrevista grupo focal): *“Que o doente tivesse alta mas que fosse assegurado por parte do hospital com antecedência a preparação da alta...”*; *“...acho que a parte social também é preciso agilizar o mais rapidamente possível...”*; *“O fax com mais informação e para o médico de família...”*; *“Deveria de existir mesmo um protocolo formal entre as instituições, para já isto não é só o Egas Moniz nem o Santa Cruz, é o CHLO...”*; *“A folha de continuidade de enfermagem ser única a nível da instituição, ser igual para todos os serviços e vir actualizada...”*; *“...acho que havia só ganhos a nível do doente e da família se realmente houvesse um reforço no dia da alta do hospital em dizer ao doente o que é que ele realmente tem de tomar...”*; *“...se realmente houvesse um telefonema ou um fax atempadamente a*

dizer este senhor vai ter alta hoje mesmo para os familiares facilitava, mesmo um telefonema...”; “...se calhar poderia haver um folheto com essa informação inclusivamente com os apoios domiciliários, da higiene, disto e daquilo...”

Actividades Propostas:

Após a análise da entrevista (grupo focal) efectuada às Srs.^a Enfermeiras da equipa de cuidados continuados do CSO surgiram várias sugestões/propostas a considerar:

- Reunião com a Direcção de Enfermagem do HEM (apresentar o projecto, solicitar cooperação, escutar considerações)
- Reunião com Assistente Social do HEM para colaboração em eventual brochura/folheto destinado aos doentes aquando da alta com informações relativas ao apoio social disponível na comunidade.
- Acção de formação dirigida aos Enfermeiros do serviço de Medicina do HEM para sensibilização/promoção da comunicação/articulação entre as Instituições.

Actividades Efectuadas:

- Reunião com assistente social Ana do hospital Egas Moniz (estudo da possibilidade de brochura/folheto com recursos da comunidade para entrega aos doentes). Dr.^a menciona incoerente uma vez que o serviço social é quem articula com tais estruturas e escassas são as que podem dar resposta na respectiva área geográfica.
- Reunião com a Enf.^a Directora Isabel Gaspar do hospital Egas Moniz para apresentação do respectivo projecto e apresentação de algumas propostas baseadas na análise de grupo focal/entrevistas. Nomeadamente: novo modelo de fax (mais informação) – foi declinado pois coloca em causa a segurança dos dados/confidencialidade; passagem do doente aquando da alta por telefone – proposta válida (mas à consideração das equipas dos serviços de medicina); enviar carta de alta de enfermagem por e-mail aos centros de saúde – aprovado e incentivado pela Direcção.

Estratégias a Implementar:

- Notificar morada electrónica da equipa de cuidados continuados do centro de saúde Oeiras.
- Acção de formação/sensibilização dirigida aos Enfermeiros do serviço de Medicina do HEM para apresentação do projecto e dar início ao método de envio por e-mail a nota de alta de enfermagem. Primariamente os dois métodos em simultâneo (suporte papel entregue à família e suporte informático enviado pelo enfermeiro responsável para a

equipa de enfermagem do centro de saúde). Concomitantemente o envio do fax também será mantido numa fase inicial.

- Notificação dos enfermeiros do Hospital Egas Moniz e do Centro Saúde Oeiras para receber *feed back* sobre a implementação do projecto.

ANEXO XVII

(Grelha Contactos ACES-O)

Contactos das Equipas dos Cuidados Continuados ACES-O

Utente inscrito no Centro de Saúde de Oeiras, Paço de Arcos e Barcarena				
Unidades	e-mail	Enf. de Referência	Telefone	Fax
Unidade Cuidados Continuados (UCC)	c.continuados@csoeiras.min-saude.pt	Enf. ^a Teresa Gadanho/ Enf. ^a Natália/ Enf. ^a Paula	214400194	214400170
Unidade de Saúde Familiar Conde de Oeiras (USF)	luz.emilia@csoeiras.min-saude.pt	Enf. ^a Emília Luz	214400150	214400135
Unidade de Saúde Familiar São Julião (USF)	maria.dias@csoeiras.min-saude.pt	Enf. ^a Maria Castelo Branco	21440128/9 214400911	214540910
Utente inscrito no Centro de Saúde de Carnaxide, Linda-a-Velha e Algés				
Unidade Cuidados Continuados (UCC)	uccuidar@gmail.com	Enf. ^a Lina Pereira	961898854	Não possui

ANEXO XVIII

(PowerPoint Medicinas)

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Facilitar a articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e o Hospital numa perspectiva da continuidade dos Cuidados de Enfermagem

ACES-Oeiras Ocidental

- O Centro de Saúde Oeiras é composto por duas USF, uma UCSP, uma UCC, uma USP e uma URAP
- As unidades funcionais são constituídas por equipas multidisciplinares, com autonomia organizativa e técnica, actuando em inter-cooperação com as demais unidades funcionais do ACES.

ACES

- O decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro criou os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, abreviadamente designados por ACES.
- Os ACES são constituídos por várias unidades funcionais que integram um ou mais centros de saúde.





Diagnóstico da Situação



- Foi efectuada uma entrevista de grupo (focus group) com o objectivo de fazer o levantamento das necessidades sentidas pela equipa de cuidados continuados do centro de saúde de Oeiras, relativamente à temática da articulação entre o hospital e o centro de saúde.



Algumas sugestões...

- *“...se realmente houvesse um telefonema ou um fax atempadamente a dizer este senhor vai ter alta hoje mesmo para os familiares facilitava, mesmo um telefonema...”*
- *“...o Egas Moniz tem uma nota de alta muito boa e é uma pena desperdiçar essa ajuda...”*



Algumas sugestões...

- *“Que o doente tivesse alta mas que fosse assegurado por parte do hospital com antecedência a preparação da alta...”*



Actividades Propostas



- Reunião com a Direcção de Enfermagem do HEM (apresentar o projecto, solicitar cooperação, escutar considerações).
- Acção de formação dirigida aos Enfermeiros do serviço de Medicina do HEM para sensibilização/promoção da comunicação/articulação entre as Instituições.



Actividades Efectuadas

- Reunião com a Enf.^a Directora Isabel Gaspar do hospital Egas Moniz onde ficou definido:
- ◊ Passagem do doente aquando da alta por telefone (sempre que possível);
- ✉ Enviar carta de alta de enfermagem por e-mail para os centros de saúde.



E-mail

- ✿ Abrir o Outlook (Webmail CHLO)
- ✿ Anexar nota de alta
- ✿ Escrever o endereço electrónico
- ✿ Escrever o nome do Médico de Família
- ✿ Aviso de leitura
- ✿ Enviar



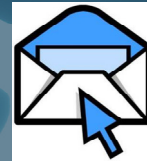
Procedimentos - Alta

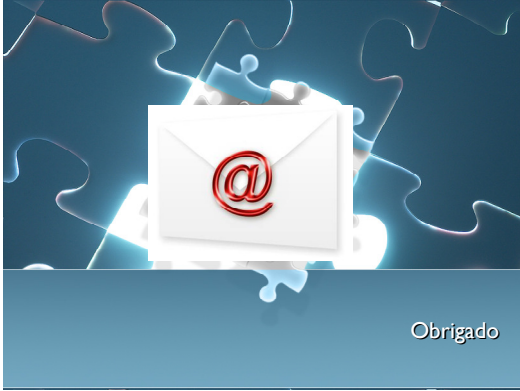
- Questionar o doente:
- ✿ “A que Centro de Saúde pertence?”
- ✿ “Pertence a alguma USF?”
- ✿ “Sabe o nome do seu Médico de Família?”



Procedimentos - Alta

- Entregar nota de alta em suporte papel ao Doente/Cuidador
- Envio da notificação por Fax
- Envio da nota de alta por e-mail





ANEXO XIX

(Plano Sessão da Formação)

Plano da Sessão de Sensibilização para o Projecto “Cuidar em Rede”

Local de Apresentação:

- Serviços de Internamento do Hospital Egas Moniz

Data:

- De 27 de Setembro de 2010 a 28 de Janeiro de 2011

Duração:

- Aproximadamente 30 minutos

Formadora:

- Elisabete Baginha (aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, especialização em Enfermagem Comunitária);

Objectivo Geral:

- Sensibilizar para o projecto “Cuidar em Rede”

Objectivo Especifico:

- Dar a conhecer a actuação dos enfermeiros dos cuidados continuados
- Transmitir as necessidades sentidas
- Apresentar os procedimentos de articulação concertados entre as duas instituições

Recursos:

- Computador com acesso a internet
- Retroprojector *Datashow*
- Sala de formação

Actividades	Tempo
Apresentação da formadora Apresentação da actividade	5 min.
Composição do ACES Descrição do Centro Saúde Oeiras	4 min.
Diagnóstico da situação / análise grupo focal	5 min.
Explicação das diligências efectuadas Apresentação do cronograma do projecto	6 min.

Exposição dos procedimentos aquando da alta hospitalar	7 min.
Espaço para dúvidas	3 min.

Avaliação

- Entrevista com os enfermeiros responsáveis com o objectivo de conhecer a sensibilidade das equipas de enfermagem de adopção dos procedimentos
- Aplicação de um questionário de avaliação.

ANEXO XX

(Questionário de Avaliação da Formação)

Questionário de Avaliação

Tema da Formação: Articulação entre o Centro de Saúde e o Hospital

Data de Realização ____ / ____ / ____

Local: _____

Este questionário destina-se à avaliação desta acção de formação. Os dados são confidenciais e serão tratados estatisticamente.

Escala de Avaliação

1- Insuficiente 2- Suficiente 3- Bom 4- Muito Bom

Assinale com um X a quadrícula correspondente à sua opinião

Itens de Avaliação:

A) Utilidade Prática e Profissional 1 2 3 4

B) Sensibilização a novos procedimentos 1 2 3 4

C) Qualidade da Comunicação 1 2 3 4

D) Metodologia 1 2 3 4

E) Duração/Horário 1 2 3 4

Sugestões

Obrigado
Enf.^a Elisabete Baginha

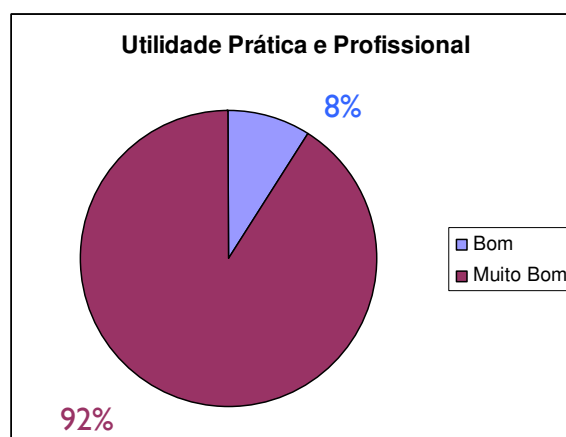
ANEXO XXI

(Avaliação da Formação nos Serviços de Internamento do
HEM)

Foram efectuadas 12 sessões a 12 serviços no HEM. Foram assim abrangidos todos os serviços de medicina (6), cirurgia (5) e infecciologia (1). Ficaram de fora as unidades de cuidados intensivos e blocos operatórios por estes não encaminharem doentes para os cuidados continuados. Inicialmente deu-se primazia aos serviços de medicina pois são estes quem mais articula com os cuidados continuados. As sessões tinham como objectivo dar a conhecer o projecto às equipas de enfermagem e expor os novos procedimentos aquando da alta acompanhada carta de alta de enfermagem. Inicialmente era estabelecido um contacto com o enfermeiro chefe de cada serviço a fim de apresentar o projecto e proceder ao agendamento das referidas sessões para os restantes enfermeiros do respectivo serviço. Cada sessão tinha aproximadamente a duração de 30 minutos e era apoiada na exibição de 15 diapositivos em PowerPoint que era concomitantemente entregue em suporte papel. No final eram anunciados os contactos dos centros de saúde já adquiridos à data da sessão e ocorria então um espaço para esclarecimento de dúvidas. No final de cada sessão era entregue um questionário para avaliação da respectiva sessão formativa. Foi entregue um questionário a cada enfermeiro chefe de cada serviço. No total foram aplicados 12 questionários.

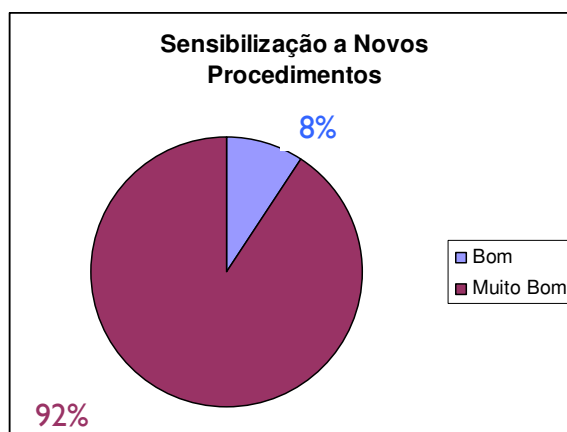
Relativamente à “Utilidade Prática e Profissional” do respectivo projecto, tendo como escala de avaliação “Insuficiente – Suficiente – Bom – Muito Bom”, apenas um enfermeiro chefe qualificou com “Bom”, os restantes 11 elementos classificaram com “Muito Bom”.

Gráfico I



Comparativamente a “Sensibilização a Novos Procedimentos” também apenas um enfermeiro chefe classificou com “Bom” e os restantes 11 enfermeiros responderam “Muito Bom”.

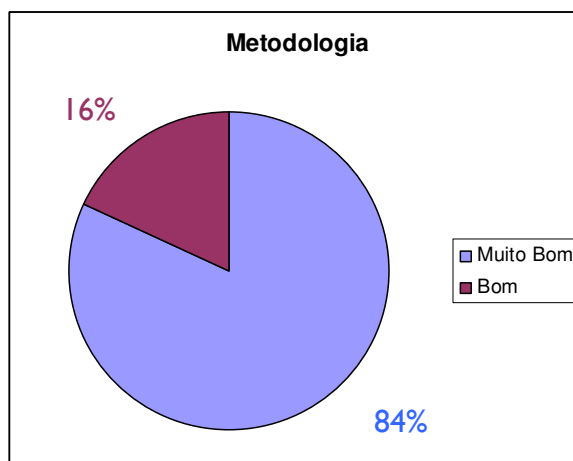
Gráfico 2



Relativamente à "Qualidade da Comunicação" todos classificaram como "Muito Bom".

Comparativamente a "Metodologia" 2 enfermeiros chefes classificaram com "Bom" e os restantes 10 responderam "Muito Bom".

Gráfico 4



Todas as respostas acima mencionadas tiveram uma concretização de 100%. O mesmo não se verificou com o espaço aberto para sugestões, tendo este uma concretização de 58%. Assim, no que concerne às sugestões mencionadas destaca-se o seguinte: *Penso que esta articulação entre o centro de saúde e o hospital é bastante importante para não haver perda de informação e para que haja continuidade dos cuidados; Este projecto permite abrir portas e agilizar o processo de gestão de altas e o respectivo encaminhamento*

para o centro de saúde; Sentimos que assim existe uma maior proximidade com os colegas dos centros de saúde; De grande interesse e utilidade prática para o serviço; É de relevar iniciativas deste âmbito para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e reconhecimento do papel do enfermeiro na comunidade/hospital; Este projecto assenta na necessidade sentida pela equipa de enfermagem envolvida no planeamento de alta, e por isso classifico este projecto como premente, actual e perfeitamente contextualizado; Exposição de grande clareza na apresentação de um projecto de carácter objectivo e operacional.

ANEXO XXII

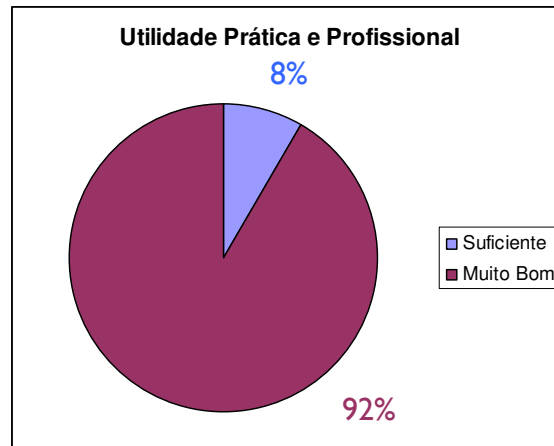
(Avaliação Global da Aplicação do Questionário nos
Centros de Saúde)

Primariamente foi estabelecido um contacto telefónico com a responsável da cada equipa dos cuidados continuados dos vários centros de saúde, onde era feita uma breve apresentação do projecto e agendada uma reunião para discutir os pormenores do respectivo projecto pessoalmente. Posteriormente nessa reunião era entregue um documento escrito que continha uma versão breve do projecto e o PowerPoint que seria apresentado aos enfermeiros do HEM afim de os mesmos conhecerem o projecto e poderem consequentemente implementá-lo. Nessa mesma reunião, e após explanação de alguns detalhes do projecto, era então renovado o convite à participação no correspondente projecto e oralmente as enfermeiras responsáveis anunciaram uma resposta positiva. No final de cada reunião era aplicado um questionário afim de avaliar o parecer de cada enfermeira responsável relativamente ao projecto. Para participar no projecto as respectivas enfermeiras responsáveis pelos cuidados continuados teriam de facultar vários dados entre eles a morada electrónica para onde o e-mails seriam enviados (o acesso da respectiva morada electrónica deveria estar restrito apenas à equipa dos cuidados continuados e não uma morada geral, por exemplo a morada electrónica geral do centro de saúde, isto para salvaguardar o sigilo e confidencialidade dos dados que a informação da NA de enfermagem contempla). Teriam de facultar um contacto telefónico fixo ou móvel directo à respectiva equipa dos cuidados continuados e o nome de um ou mais enfermeiros de referência. Após 24 horas era enviado um e-mail para a respectiva morada com recibo de leitura para confirmar a validade da respectiva morada e se a morada estivesse correcta era então estabelecido um contacto telefónico com a respectiva equipa a informar que a partir daquele momento já poderiam receber as NA de enfermagem por e-mail. No total foram facultadas 3 moradas inválidas pelo que após novo contacto telefónico, rectificação das mesmas e novo “teste” nenhuma morada se mostrou inválida à data da implementação do projecto. Das 12 equipas convidadas, apenas uma (USF) declarou não ter interesse em participar no projecto. No total foram recolhidos 11 moradas electrónicas de 11 Unidades de Cuidados Continuados. Foram então aplicados 12 questionários às enfermeiras responsáveis pelas respectivas equipas. O questionário destinou-se a avaliar o grau de satisfação relativamente ao projecto.

Relativamente à “Utilidade Prática e Profissional” do respectivo projecto, tendo como escala de avaliação “Insuficiente – Suficiente – Bom – Muito Bom”, apenas um

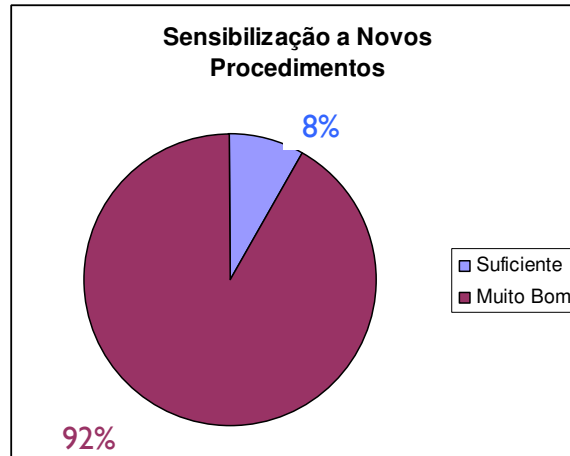
enfermeiro qualificou com “Suficiente”, os restantes 11 elementos classificaram com “Muito Bom”.

Gráfico 1



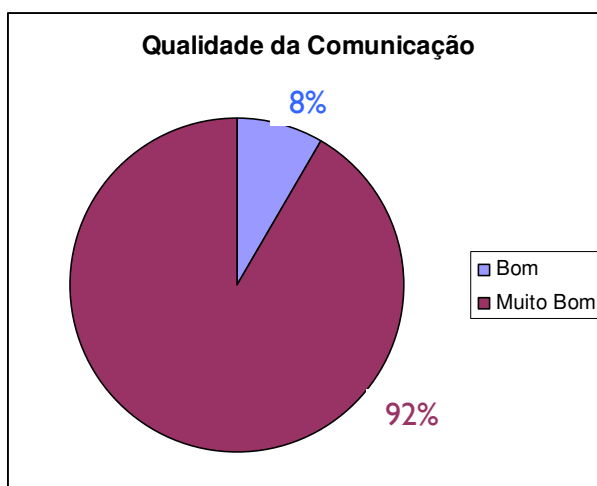
Comparativamente a “Sensibilização a Novos Procedimentos” também apenas um enfermeiro classificou com “Suficiente” e os restantes 11 enfermeiros responderam “Muito Bom”.

Gráfico 2



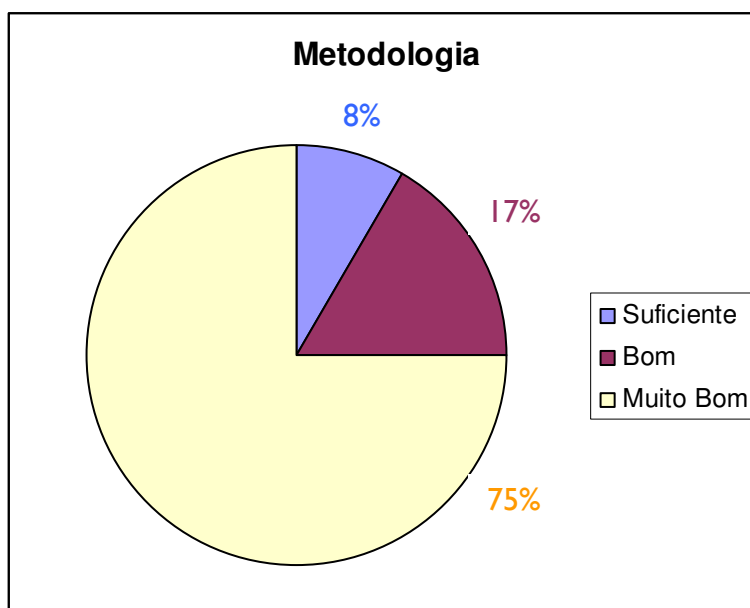
Relativamente à “Qualidade da Comunicação” 11 classificaram como “Muito Bom” e 1 enfermeiro classificou com “Bom”.

Gráfico 3



Comparativamente a “Metodologia” I enfermeiro classificou com “Suficiente”, dois enfermeiros classificaram com “Bom” e os restantes 9 enfermeiros responderam “Muito Bom”.

Gráfico 4



Todas as respostas acima mencionadas tiveram uma concretização de 100%. O mesmo não se verificou com o espaço aberto para sugestões, tendo este uma concretização de 66%. Assim, no que concerne às sugestões mencionadas destaca-se o seguinte: *O nosso problema é que as cartas de alta vêm ter às nossas mãos muito atrasadas, pelo que este projecto nos parece uma boa ideia; Temos muitos papéis, quando vamos abolir este? Este projecto vai-nos facilitar o nosso trabalho; Queremos muito participar, obrigada pelo*

convite; É uma excelente ideia, sem dúvida uma mais valia; Vai-nos facilitar imenso porque o fax chega-nos tardiamente bem como a nota de alta; Temos todo o interesse em participar, este projecto já veio tarde; Pertinente, esperamos que assim se possa melhorar realmente a comunicação entre as equipas de enfermagem; Não nos parece valer a pena criar um e-mail para receber a informação de apenas um hospital.

ANEXO XXIII

(Lista Contactos HEM)

Medicina I A (2º Piso)		Contactos
Enf. ^a Chefe/ Gabinete Enfermagem		21043 2170/1
Secretário Unidade		21043 2169
Enfermeiro de Referência: Manuela Mateus, Cristina Henriques e Ana Chaparro		
Medicina I/II (3º Piso)		
Gabinete Enfermagem		21043 2106
Enf. ^a Chefe		21043 2105
Secretário Unidade		21043 2103
Balcão		21043 2104
Enfermeiro de Referência: Lúcio Alves, Raquel Gama		
Medicina II (4º Piso)		
Gabinete Enfermagem		21043 2075
Enf. ^a Chefe		21043 2074 / 964422239
Secretário Unidade		21043 2073
Enfermeiro de Referência: Rosa Azemel, França Segura, Dora Brito		
Cirurgia (5º Piso)		
Gabinete Enfermagem		21043 2086
Enf. ^a Chefe		21043 2085
Secretário de Unidade		21043 2081/2
Enfermeiro de Referência: Rosa Costa, Alice		
Urologia/ Cirurgia Cardioracica (6º Piso)		
Gabinete Enfermagem		21043 2074
Secretário de Unidade		21043 2072
Enfermeiro de Referência: Isabel Elias, João Damásio		

Endocrinologia/Gastro/Cir. Vascular (7° Piso)	
Gabinete Enfermagem /Enf. ^a Chefe	21043 2066
Secretário de Unidade	21043 2062/3
Enfermeiro de Referência: Ana Bastos, António Corseiro	
Cirurgia Plástica/ORL/OFT (8° Piso)	
Gabinete Enfermagem	21043 2051
Enf. ^a Chefe	21043 2058
Secretário de Unidade	21043 2050/60
Enfermeiro de Referência: Rita Brito, Ana Teresa Sales, Sissi Martins	
UDIP	
Gabinete Enfermagem	21043 2352/59
Enf. ^a Chefe	21043 2355
Secretário de Unidade	21043 2354
Enfermeiro de Referência: Ivo Saramago, Remédios Fonte	
Neurocirurgia (3° Piso)	
Gabinete Enfermagem	21043 2117/8
Enf. ^a Chefe	21043 2116
Secretário de Unidade	21043 2115
Enfermeiro de Referência: Rosário Gonçalves, Lídia Ferreira	
Neurotrauma (3° Piso)	
Enf. ^a Chefe	21043 2124
Gabinete Enfermagem	21043 2125
Secretário de Unidade	21043 2123
Enfermeiro de Referência: Elisabete Costa, Lina Sanchas	
Cardio-Pneumo (2° Piso)	
Enf. ^a Chefe	21043 2190
Gabinete Enfermagem	21043 2191/4
Secretário de Unidade	21043 2189


Enfermeiro de Referência: Sofia Sales, Rosário Pinheiro	
Neurologia (2° Piso)	
Enf. ^a Chefe	21043 2181
Gabinete Enfermagem	21043 2185/6
Secretário de Unidade	21043 2179
Enfermeiro de Referência: Enf.º Responsável, Teresa	

ANEXO XXIV

(PowerPoint Serviços de Internamento)

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Facilitar a articulação entre os Cuidados de Saúde Primários e o Hospital numa perspectiva da continuidade dos Cuidados de Enfermagem

Diagnóstico da Situação 


- Foi efectuada uma entrevista de grupo (focus group) com o objectivo de fazer o levantamento das necessidades sentidas pela equipa de cuidados continuados do centro de saúde de Oeiras, relativamente à temática da articulação entre o hospital e o centro de saúde.


ACES

- O decreto-lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro criou os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, abreviadamente designados por ACES.
- Os ACES são constituídos por várias unidades funcionais que integram um ou mais centros de saúde.

Algumas sugestões...

- “Que o doente tivesse alta mas que fosse assegurado por parte do hospital com antecedência a preparação da alta...”





ACES-Oeiras Ocidental 

- O Centro de Saúde Oeiras é composto por duas USF, uma UCSP, uma UCC, uma USP e uma URAP
- As unidades funcionais são constituídas por equipas multidisciplinares, com autonomia organizativa e técnica, actuando em inter-cooperação com as demais unidades funcionais do ACES.

Algumas sugestões...

- “...se realmente houvesse um telefonema ou um fax atempadamente a dizer este senhor vai ter alta hoje mesmo para os familiares facilitava, mesmo um telefonema...”
- “...o Egas Moniz tem uma nota de alta muito boa e é uma pena desperdiçar essa ajuda...”




Actividades Propostas 

- Reunião com a Direcção de Enfermagem do HEM (apresentar o projecto, solicitar cooperação, escutar considerações).
- Acção de formação dirigida aos Enfermeiros do serviço de Medicina do HEM para sensibilização/promoção da comunicação/articulação entre as Instituições.



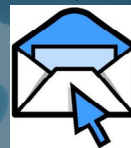
Actividades Efectuadas

- Reunião com a Enf.^a Directora Isabel Gaspar do hospital Egas Moniz onde ficou definido:
 - ☞ Passagem do doente aquando da alta por telefone (sempre que possível);
 - ☒ Enviar carta de alta de enfermagem por e-mail para os centros de saúde.



Procedimentos - Alta

- Entregar nota de alta em suporte papel ao Doente/Cuidador
- Envio da notificação por Fax
- Envio da nota de alta por e-mail



Fase I

- Implementar o envio da nota de alta por e-mail, nos Serviços de Medicina, dirigida ao CSO (até 19 Novembro, 2010).



E-mail

- ☞ Abrir o Outlook (Webmail CHLO)
- ☞ Anexar nota de alta
- ☞ Escrever o endereço electrónico
- ☞ Escrever o nome do Médico de Família
- ☞ Aviso de leitura
- ☞ Enviar



Fase II

- Implementar o envio da nota de alta por e-mail, nos restantes serviços do HEM, para todos os Centros de Saúde da área de abrangência do HEM. (22 Novembro a 31 Janeiro)



Obrigado



Procedimentos - Alta

- Questionar o doente:
 - ☞ "A que Centro de Saúde pertence?"
 - ☞ "Pertence a alguma USF?"
 - ☞ "Sabe o nome do seu Médico de Família?"

ANEXO XXV

(Lista de Contactos de todas ECC)

Contactos das Equipas dos Cuidados Continuados

Unidades	E-mail	Enf. de Referência	Telefone
Utente inscrito no Centro de Saúde de Oeiras, Paço de Arcos e Barcarena			
Unidade Cuidados Continuados (UCC)	c.continuados@csoeiras.min-saude.pt	Enf. ^a Teresa Gadanho/ Enf. ^a Natália/ Enf. ^a Paula	214400194 961898862
Unidade de Saúde Familiar Conde de Oeiras (USF)	vazao.almeida@csoeiras.min-saude.pt	Enf. ^a Emília Luz Enf. ^a Maria José Vazão	214400150
Unidade de Saúde Familiar São Julião (USF)	maria.dias@csoeiras.min-saude.pt	Enf. ^a Maria Castelo Branco	21440128/9 214400911
Unidade de Saúde Familiar Delta (USF)	carla.melo@csoeiras.min-saude.pt	Enf. ^a Carla Melo	214540816
Utente inscrito no Centro de Saúde de Carnaxide e Linda-a-Velha			
Unidade Cuidados Continuados (UCC)	cccuidarmais@gmail.com	Enf. ^o João Nunes Enf. ^a Lina Pereira	961898854
Utente inscrito no Centro de Saúde de Algés			
Unidade Cuidados Continuados (UCC)	vdalges@gmail.com		
Utente inscrito no Centro de Saúde de Santo Condestável			
Unidade de Cuidados Continuados (UCC)	rsilva@csscondestavel.min-saude.pt	Enf. ^a Fátima Carvalho	213913220
Utente inscrito no Centro de Saúde de Ajuda			
Unidade de Cuidados Continuados (UCC)	conceicao.vilela@csajuda.min-saude.pt	Enf. ^a Conceição/ Enf. ^a Helena Martins	213600260
Utente inscrito no Centro de Saúde de Alcântara			
Unidade de Cuidados Continuados (UCC)	alcantara.cc@csalcantara.min-saude.pt	Enf. ^a Maria João Antunes	962077325
Utente inscrito no Centro de Parede, Carcavelos e São Domingos de Rana			
Unidade de Cuidados Continuados (UCC)	paula.coelho@csparede.min-saude.pt	Enf. ^a Paula Coelho	
Utente inscrito no Centro de Cascais, Estoril e Alcabideche			
Unidade de Cuidados Continuados (UCC)	ilsabel.fontelas@cscascais.min-saude.pt	Enf. ^a Isabel Fontelas	

ANEXO XXVI

(Grelha de Observação de Planeamento de Altas)

Grelha de Observação Medicina I A

Nota de Alta

Nome do Doente	
Data de entrada	_____ / _____ / _____
Data da observação	_____ / _____ / _____
Internamento Anterior	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhece <input type="checkbox"/>
Iniciou nota de alta à data da observação	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se não, devido a <input type="checkbox"/> Aguardou caracterização do quadro clínico <input type="checkbox"/> Aguardou caracterização do contexto familiar/social <input type="checkbox"/> Grau de dependência (nas 48h) não fazia prever essa necessidade <input type="checkbox"/> Não se prevê necessidade de nota de alta <input type="checkbox"/> Outros _____
Data prevista da alta	_____ / _____ / _____
Notificação do Serviço Social	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Desconhece <input type="checkbox"/>
Enfermeiro responsável	
Observações	<hr/>

ANEXO XXVII

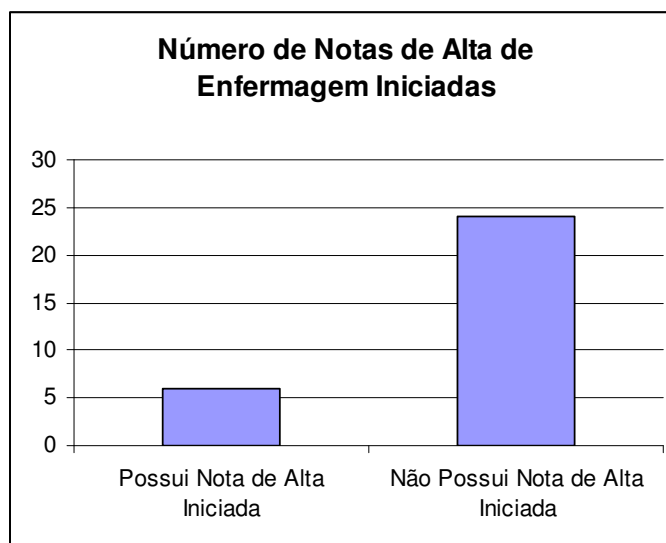
(Análise dos Três Momentos de Observação do
Planeamento de Altas)

Primeiro Momento de Observação

No dia 3 de Dezembro de 2010 foi aplicada uma grelha de observação no Serviço Medicina IA com o objectivo de conhecer quantitativamente o planeamento de altas. A planificação da alta pode ser iniciada de diversas formas. Nesta grelha de observação foram apenas contempladas duas dessas dimensões, o registo da nota de alta de enfermagem e a notificação do serviço social. Foram analisados no total 30 processos.

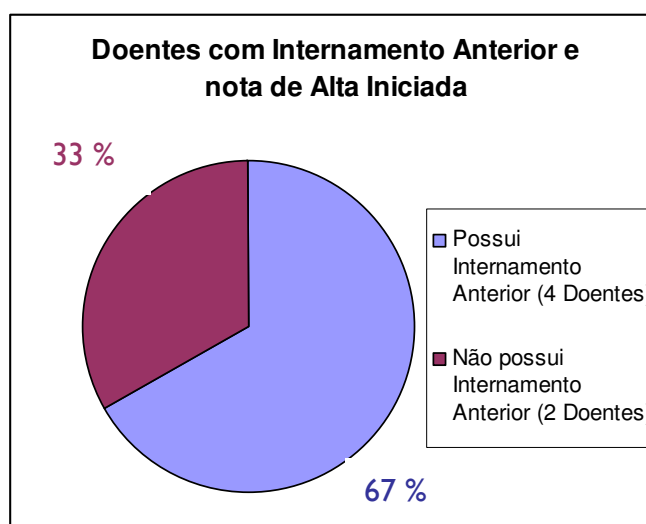
Verificou-se que dos 30 doentes internados 6 já possuíam nota de alta iniciada (há data da observação), pelo que os restantes 24 não tinham nota de alta de enfermagem iniciada.

Gráfico 1



Dos 6 doentes com nota de alta iniciada, 4 deles já possuíam internamentos anteriores (com nota de alta já feita?).

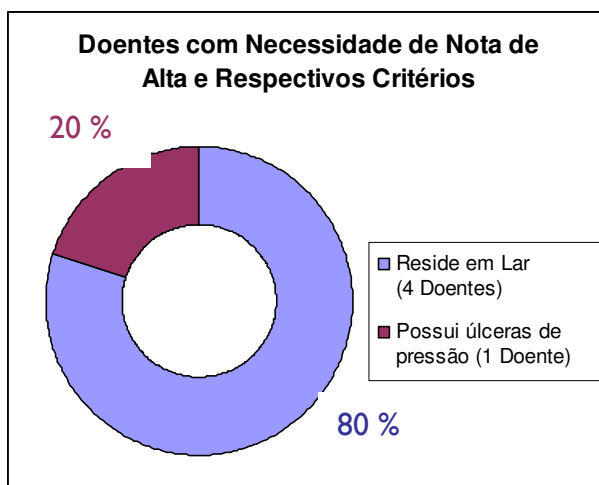
Gráfico 2



Dos 24 doentes que ainda não possuem nota de alta de enfermagem 5 deles previu-se (no momento da aplicação da grelha de observação) que iriam necessitar de nota de

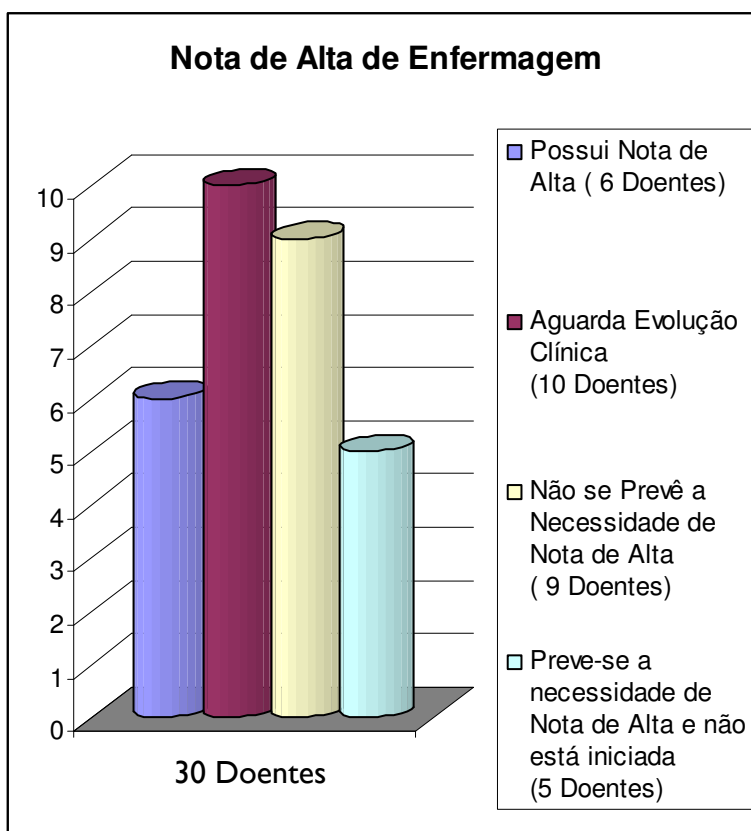
alta. Desses 5 doentes com essa previsão, 4 vivem em Lar e 1 possui úlceras de pressão (critérios para notificação de enfermagem).

Gráfico 3



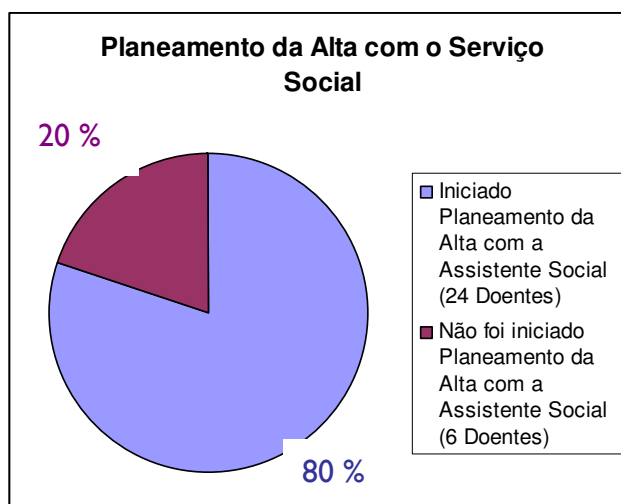
Dos 19 em que não se prevê a necessidade de nota de alta de enfermagem (no momento da aplicação da grelha de observação), 10 deles aguardava-se caracterização/evolução do quadro clínico. Nos 9 doentes restantes nada fazia prever naquele momento que iriam necessitar de nota de alta de enfermagem.

Gráfico 4



Relativamente à notificação do Serviço Social, dos 30 doentes 24 haviam sido notificados em reunião com a Assistente Social do serviço.

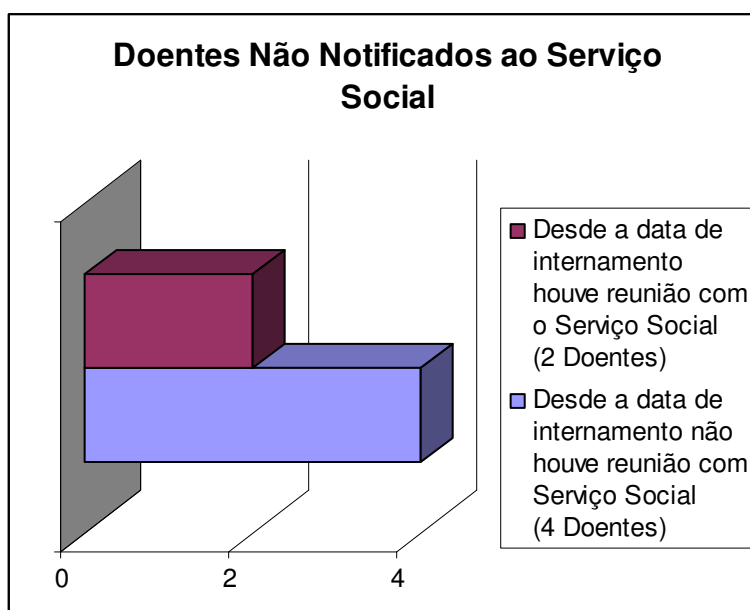
Gráfico 5



Fazem-se 2 reuniões semanais no serviço com a Assistente Social onde são notificados os doentes com necessidade de planeamento da alta.

Dos seis doentes não notificados ao Serviço Social, 4 deles (internados há poucas horas/dias), não tiveram hipótese de serem notificados pois a reunião com a Assistente Social ainda não tinha ocorrido (no momento da observação).

Gráfico 6

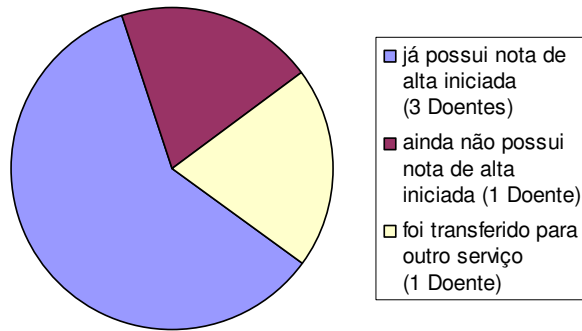


Dia 7/12/2010 fez-se nova observação relativamente aos processos onde se prevê a nota de alta e que ainda não estava iniciada. (Gráfico3)

Dos 5 processos analisados 3 já haviam iniciado nota de alta, 1 doente foi transferido para outro serviço e o outro processo continua sem nota de alta iniciada.

Gráfico 7

Nota de Alta 5 dias após a Observação

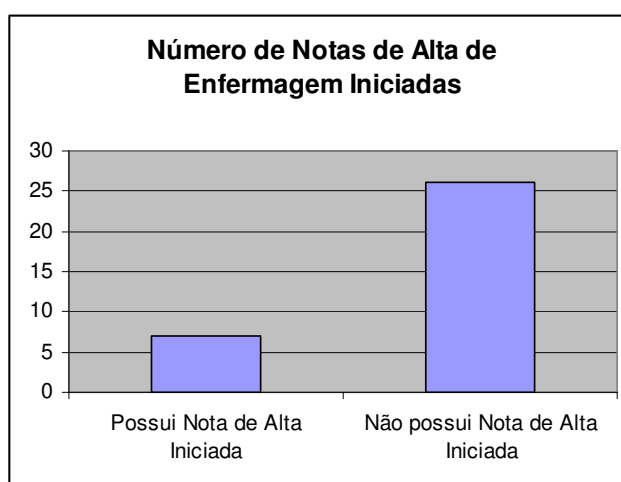


Segundo Momento de Observação

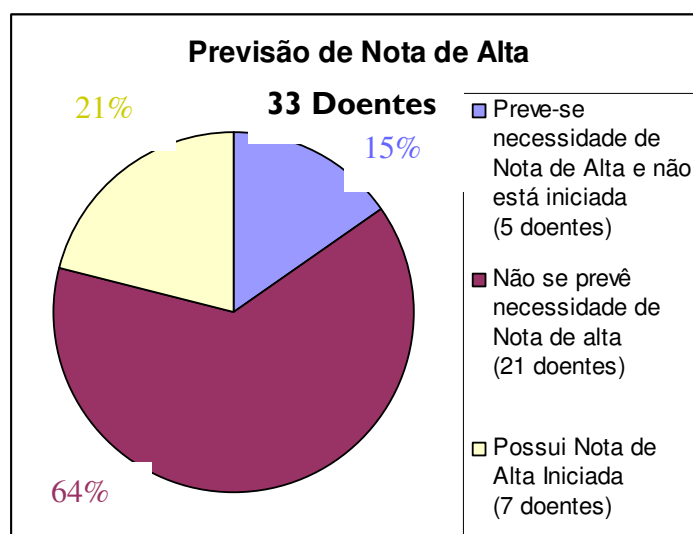
No dia 7 de Janeiro de 2011 foi aplicada a grelha de observação (segundo momento de observação) no Serviço Medicina IA com o objectivo de conhecer quantitativamente o planeamento de altas. Foram analisados no total 33 processos.

Verificou-se que dos 33 doentes internados 7 já possuíam nota de alta iniciada (há data da observação), pelo que os restantes 26 não tinham nota de alta de enfermagem iniciada. Dos 7 doentes com nota de alta iniciada nenhum deles possuía internamento anterior.

Gráfico I

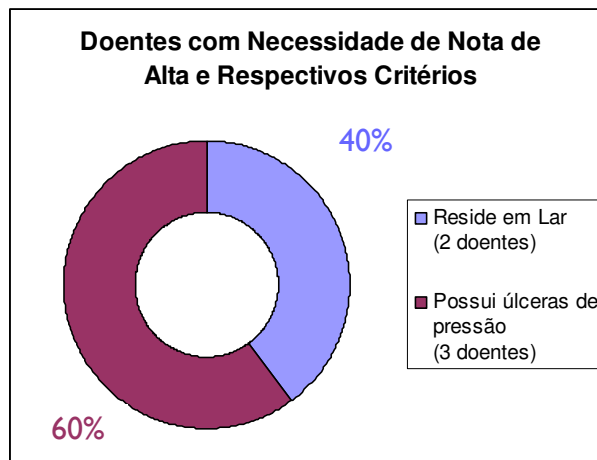


Dos 26 doentes que ainda não possuíam nota de alta de enfermagem 5 deles previu-se (no momento da aplicação da grelha de observação) que iriam necessitar de nota de alta.



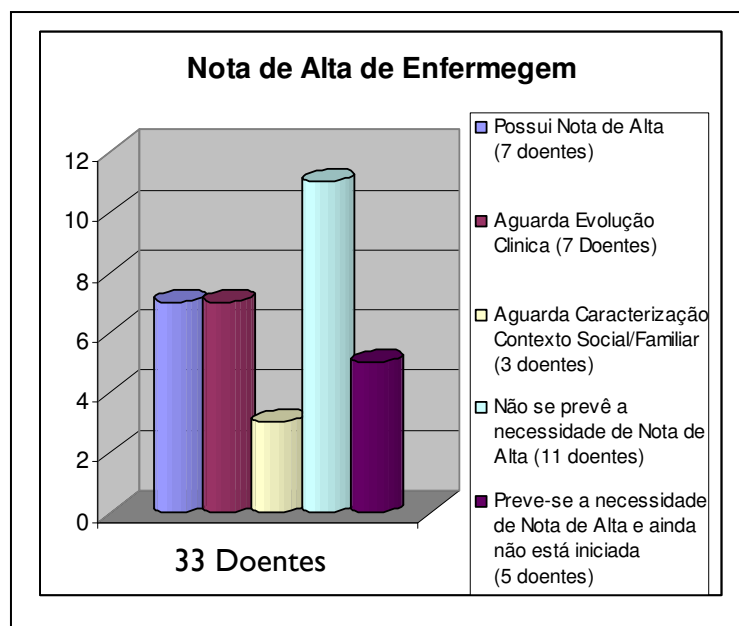
Dos 5 doentes com previsão de necessidade de nota de alta, 2 vivem em Lar e 3 possuem úlceras de pressão (um dos doentes com úlceras de pressão possui ainda SNG e penrose) (critérios para notificação de enfermagem).

Gráfico 2



Dos 21 em que não se prevê a necessidade de nota de alta de enfermagem (no momento da aplicação da grelha de observação), 7 deles aguardava-se caracterização/evolução do quadro clínico, e em 3 doentes aguardava-se caracterização do contexto familiar/social. Nos 11 doentes restantes nada fazia prever naquele momento que iriam necessitar de nota de alta de enfermagem.

Gráfico 3



Fazem-se 2 reuniões semanais no serviço com a Assistente Social onde são notificados os doentes com necessidade de planeamento da alta.

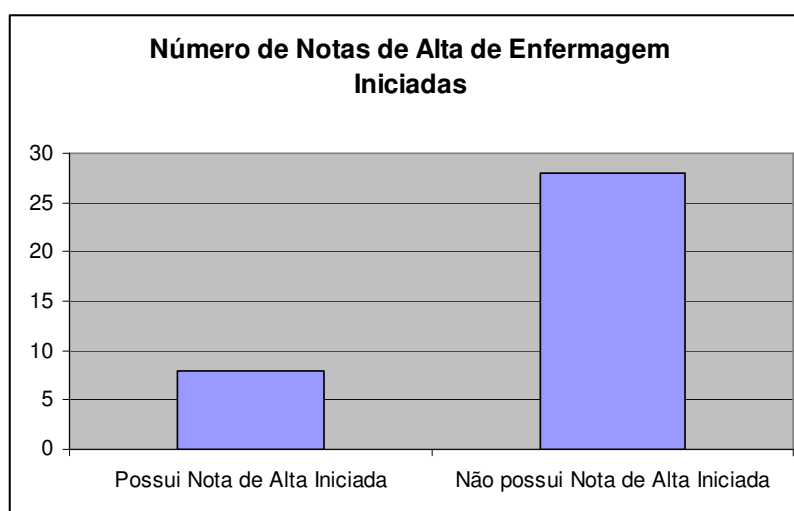
Relativamente à notificação do Serviço Social, dos 33 doentes analisados, todos eles haviam sido notificados em reunião com a Assistente Social do serviço.

Terceiro Momento de Observação

No dia 25 de Janeiro de 2011 foi aplicada a grelha de observação (terceiro momento de observação) no Serviço Medicina IA com o objectivo de conhecer quantitativamente o planeamento de altas. Foram analisados no total 36 processos.

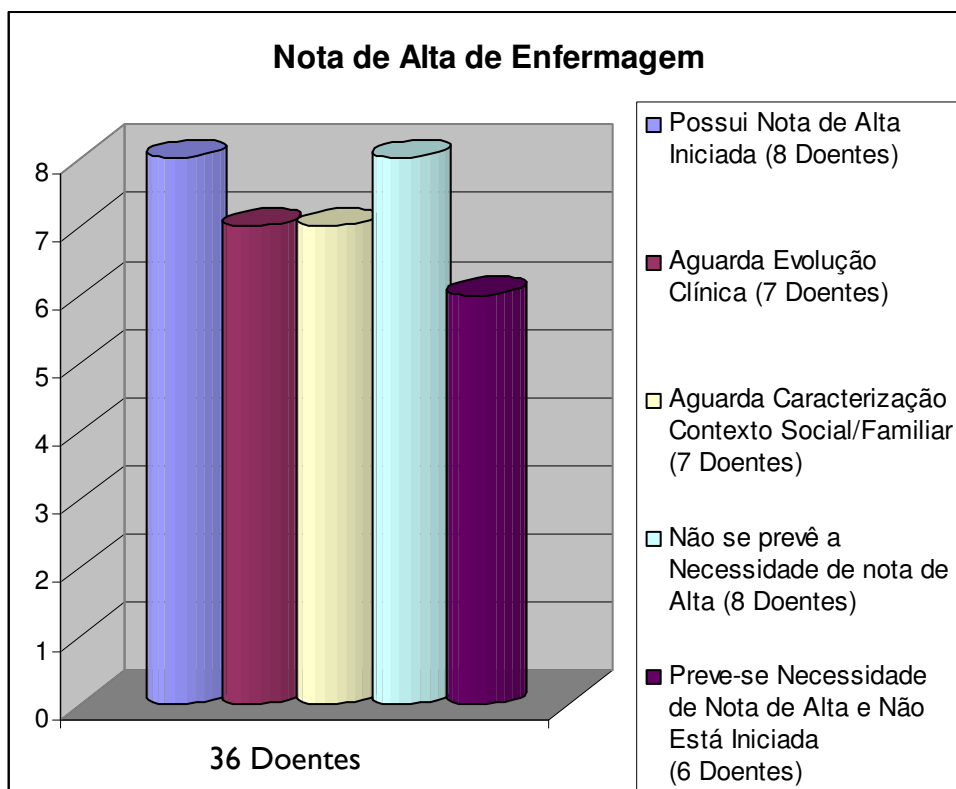
Verificou-se que dos 36 doentes internados 8 já possuíam nota de alta iniciada (há data da observação), pelo que os restantes 28 não tinham nota de alta de enfermagem iniciada. Dos 8 doentes com nota de alta iniciada, apenas 1 deles possuía internamento anterior.

Gráfico I



Dos 28 doentes que ainda não possuíam nota de alta de enfermagem (no momento da aplicação da grelha de observação), 6 deles previu-se que iriam necessitar de nota de alta pois residem em lar.

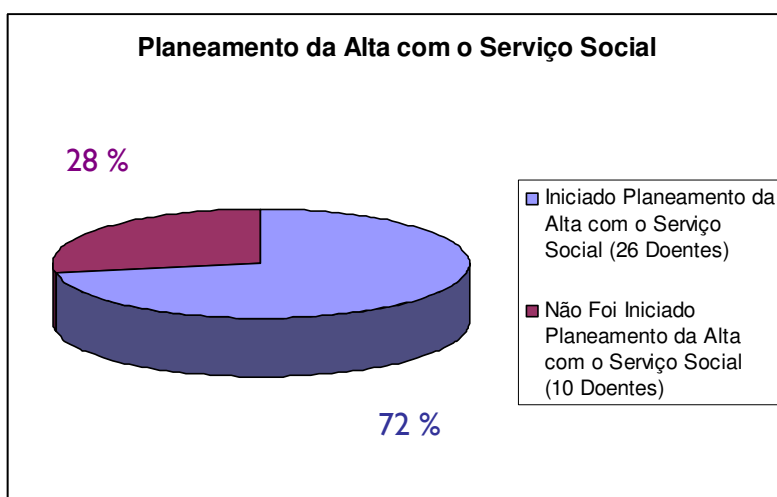
Gráfico 2



Fazem-se 2 reuniões semanais no serviço com a Assistente Social onde são notificados os doentes com necessidade de planeamento da alta.

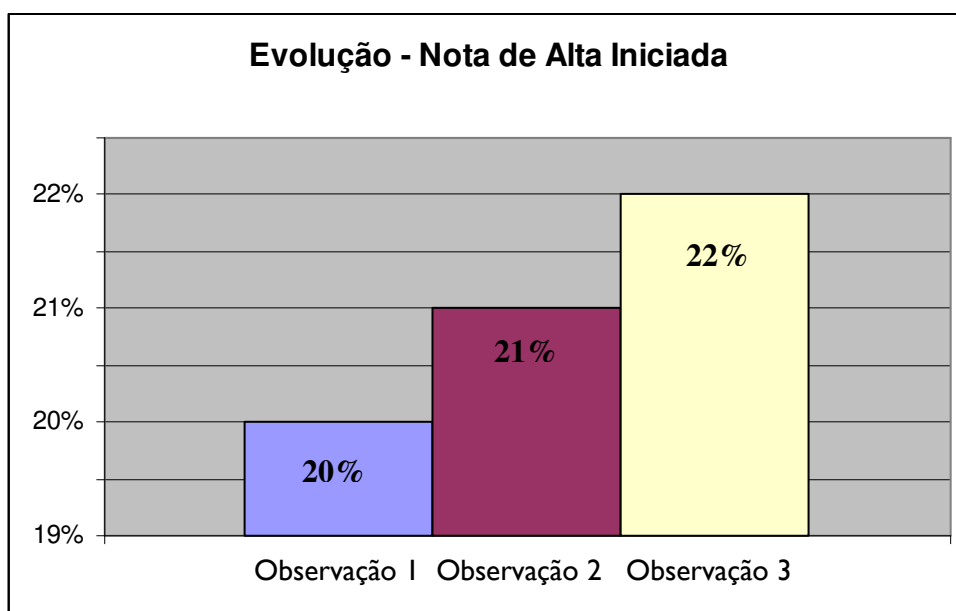
Relativamente à notificação do Serviço Social, dos 36 doentes analisados, 10 deles ainda não tinham sido notificados em reunião com a Assistente Social do serviço. Os respectivos 10 doentes haviam entrado a partir do dia 21/01/2011 (sexta-feira) e a observação foi efectuada na terça-feira de manhã (25/01/2011). À data ainda não havia ocorrido a reunião com a Assistente Social.

Gráfico 3



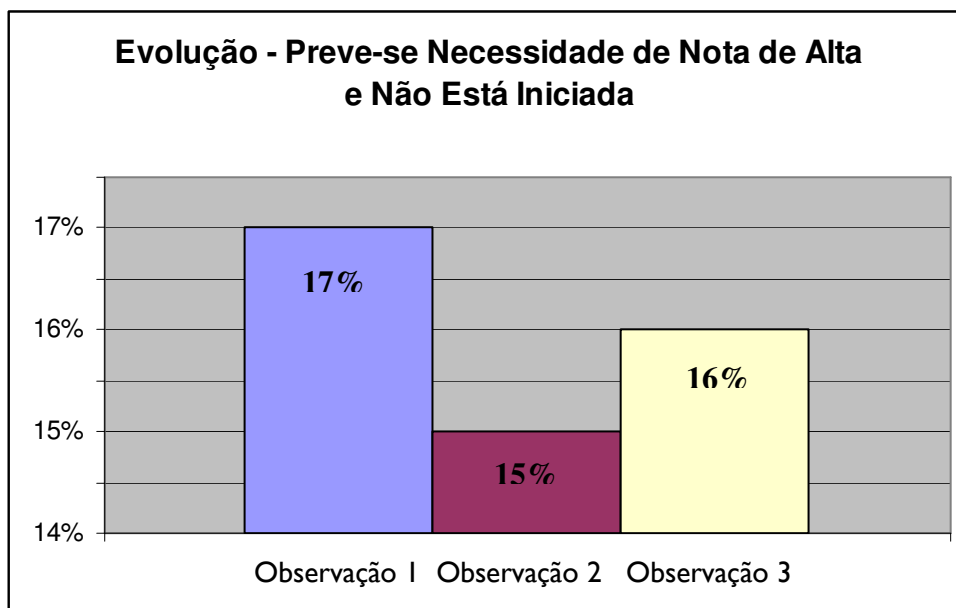
Fazendo uma síntese dos três momentos de observação observou-se uma evolução positiva relativamente ao início das notas de alta.

Gráfico 4



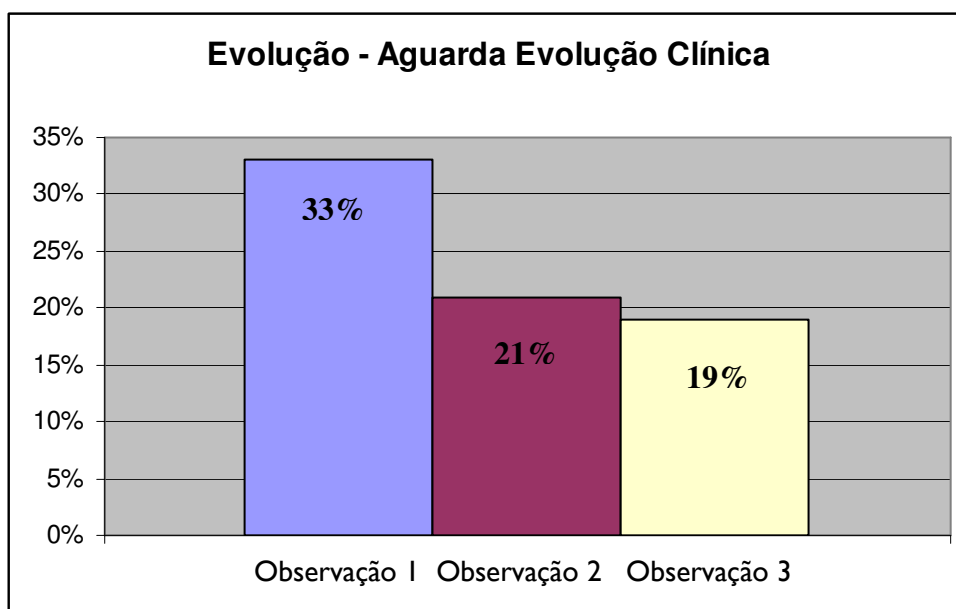
Relativamente ao número de notas de alta não iniciadas cuja necessidade era previsível, constatou-se valores próximos.

Gráfico 5



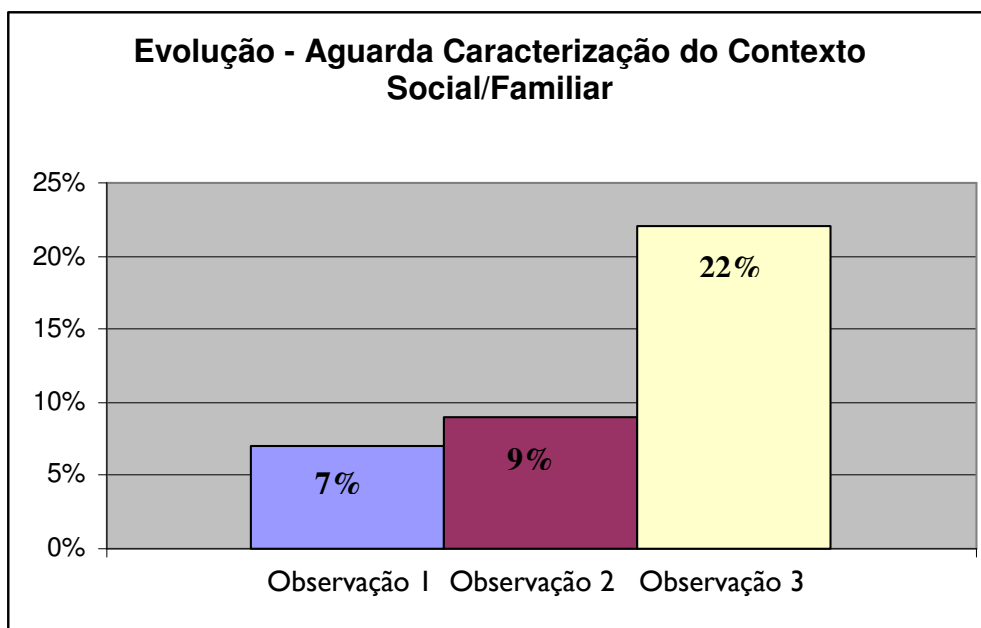
Relativamente ao número de doentes que aguardavam evolução clínica, verificou-se um decréscimo das respectivas percentagens ao longo dos três momentos de observação.

Gráfico 6



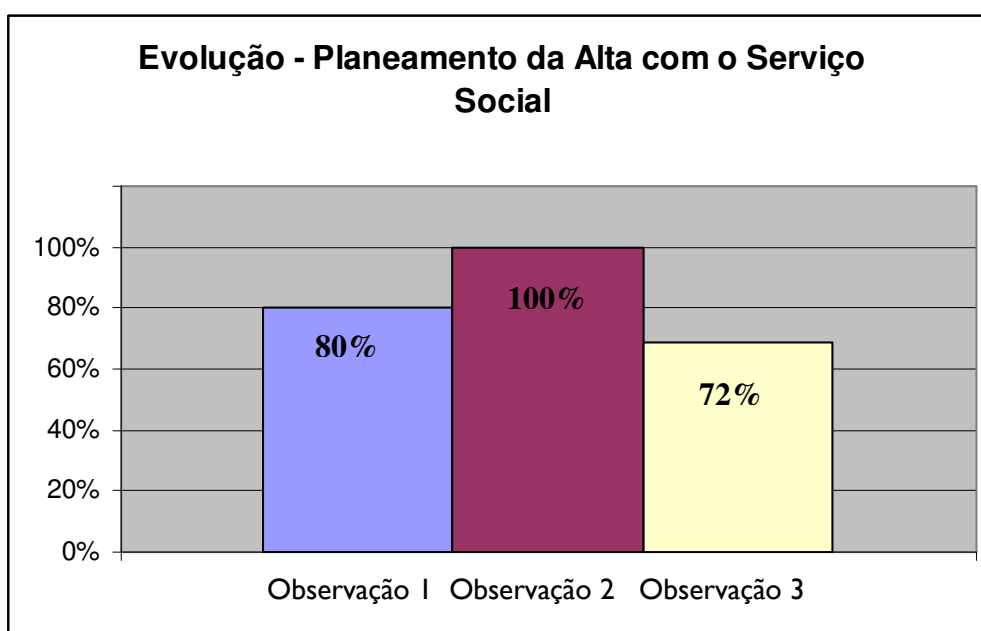
Relativamente ao número de doentes que aguardavam caracterização do contexto social/familiar, verificou-se um aumento das respectivas percentagens ao longo dos três momentos de observação.

Gráfico 7



Relativamente ao número de doentes notificados ao o serviço social, verificou-se valores sempre acima dos 70% ao longo dos três momentos de observação.

Gráfico 8



ANEXO XXVIII

(Matriz de Codificação)

MATRIZ DE CODIFICAÇÃO GLOBAL

TEMAS

Potencialidades

Vulnerabilidades

Recursos Técnicos de
Enfermagem Existentes

Outros Recursos

Necessidades Face à
Continuidade

Cultura Organizacional

CAL – Carta de Alta
FAA – FAX
TEL – Telefonema

REU – Reuniões
COM – Comunicação
ART – Articulação entre
Especialidades
FAM – Família

HCS – Articulação entre
Hospital e Centro de Saúde
PPA – Preparação para a
Alta

ORF – Organização Funcional
CEI – Comunicação entre
Instituições

ANEXO XXIX

(Questionário de avaliação de entrevista entre parceiros)

Questionário de Avaliação da Reunião

Tema da Reunião: Articulação entre o Centro de Saúde e o Hospital

Data de Realização ____ / ____ / ____

Este questionário destina-se à avaliação desta reunião de formação. Os dados são confidenciais e serão tratados estatisticamente.

Escala de Avaliação

1- Insuficiente 2- Suficiente 3- Bom 4- Muito Bom

Assinale com um X a quadrícula correspondente à sua opinião

Itens de Avaliação:

A) Objectivos da Reunião 1 2 3 4

B) Sensibilização a novos procedimentos 1 2 3 4

C) Utilidade Prática e Profissional 1 2 3 4

D) Metodologia 1 2 3 4

E) Qualidade da Comunicação 1 2 3 4

Sugestões

Obrigado
Enf.^a Elisabete Baginha