



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
Instituto de Ciências da Saúde

## **RELATÓRIO DO ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA OBRA DIOCESANA DE PROMOÇÃO SOCIAL:**

**Cuidar da pessoa dependente no domicílio – o apoio ao prestador de  
cuidados/auxiliar de acção directa**

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

Por Marta Luís Pimentel e Silva

Porto, Março de 2010





**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
Instituto de Ciências da Saúde

**RELATÓRIO DO ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO  
COMUNITÁRIA NA OBRA DIOCESANA DE  
PROMOÇÃO SOCIAL:**

**Cuidar da pessoa dependente no domicílio – o apoio ao prestador de  
cuidados/auxiliar de acção directa**

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

Por Marta Luís Pimentel e Silva

Sob orientação da Professora Norminda Magalhães

Porto, Março de 2010



## RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária e tem como objectivo descrever e analisar as actividades desenvolvidas ao longo do estágio realizado durante 18 semanas através do Centro de Enfermagem da Católica, na instituição Obra Diocesana de Promoção Social. Mais especificamente, é nosso objectivo reflectir sobre as diferentes competências adquiridas e/ou reforçadas neste período.

Este documento divide-se em **dois capítulos**. O **primeiro** contextualiza e descreve sumariamente o estágio, designadamente os locais por onde passamos e em que datas. O **segundo** reflecte sobre as competências adquiridas em contexto profissional e as adquiridas e/ou reforçadas durante o estágio.

Tendo como referência o conjunto de competências definido pela Universidade Católica Portuguesa para a obtenção da Especialização em Enfermagem Comunitária, bem como do grau de mestre em Enfermagem, a **primeira parte do segundo capítulo deste relatório** centra-se na apresentação das competências adquiridas com a nossa experiência profissional. Por outro lado, a **segunda parte do mesmo capítulo** pretende fazer uma descrição e análise das competências adquiridas em estágio, ao nível dos domínios enquadradores de todas as actividades realizadas, designadamente: o planeamento em saúde e a formação.



## **ABSTRACT**

This report is part of the Communitary Nursing Specialization Post-Degree Course and aims to describe and analyze the activities developed in the training over 18 weeks through the Nursing Center of Católica, in the institution Obra Diocesana de Promoção Social. More specifically, it is my aim to consider the different competencies acquired and/or reforced during this period.

This document is divided in two chapters. The first chapter contextualizes and describes briefly the training, particularly the places where I have passed and in which dates. The second chapter is a reflection over the acquired competencies in professional context and the acquired and/or reforced ones during the training.

Taking as reference the set of competencies defined by Universidade Católica Portuguesa in order to obtain the Specialization in Communitary Nursing, as the Master's Degree in Nursing, the first part of the second chapter focuses the presentation of competencies acquired with our professional experience. On the other hand, the second part of the same chapter pretends to describe and analyze the competencies acquired in training, at the level of all the framed domains of all the activities accomplished, particularly the Planning in Health and the training.



## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu marido Fernando Castro a disponibilidade e apoio sempre presentes.

À minha professora Norminda Magalhães pela compreensão e partilha de conhecimento.

À minha mãe por me amar e aceitar incondicionalmente....

A todos os que directa ou indirectamente me ajudaram os meus sinceros agradecimentos.



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

AAD – Auxiliares de acção directa

CEC – Centro de Enfermagem da Católica

CSCP – Centro Social do Cerco do Porto

EEC – Especialização em Enfermagem Comunitária

ODPS – Obra Diocesana de Promoção Social

UCP – Universidade Católica Portuguesa

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário



*“Não é a prática que ensina...  
é a reflexão sobre a prática”*

Zheichnner, 1993



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO UM - ESTÁGIO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA .....</b>	<b>19</b>
1- MÓDULO I: DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA OBRA DIOCESANA DE PROMOÇÃO SOCIAL.....	24
1.1 - Definição de objectivos.....	24
1.2 - Metas .....	25
1.3 - Indicadores de avaliação .....	25
1.4 - Definição da população alvo .....	26
1.5 - Instrumentos de colheita de dados .....	26
1.6 - Apresentação dos resultados .....	27
1.7 - Necessidades identificadas.....	27
2 - MÓDULO II: INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NO CENTRO SOCIAL DO CERCO DO PORTO .....	28
2.1 - Determinação de prioridades.....	29
2.2 - Objectivos, metas e estratégias.....	29
2.3 - Indicadores de avaliação .....	31
2.4 - Análise e interpretação dos resultados .....	33
<b>CAPÍTULO DOIS - AQUISIÇÃO, REFORÇO E ANÁLISE CRÍTICA DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>35</b>
1 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM CONTEXTO PROFISSIONAL .....	36
2 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E/OU REFORÇADAS EM ESTÁGIO .....	40
2.1 - Domínio do Planeamento em Saúde .....	40
2.2 - Domínio da Formação.....	48
<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO A</b> – Projecto de estágio (Módulo I e Módulo II)	
<b>ANEXO B</b> – Guião da entrevista	
<b>ANEXO C</b> – Questionário	
<b>ANEXO D</b> – Projecto de intervenção comunitária	
<b>ANEXO E</b> – Grelha de observação final e respectivo manual de instruções	
<b>ANEXO F</b> – Planificação pedagógica da formação realizada	



## INTRODUÇÃO

O interesse por realizarmos este Curso de Mestrado em Enfermagem (de Natureza Profissional) com Especialização em Enfermagem Comunitária (2008/2010), da Universidade Católica Portuguesa (UCP) surgiu na continuidade da Pós-Graduação em Enfermagem na Opção de Saúde da Família que terminámos em 2007. As representações actuais sobre enfermagem transmitem-nos a ideia da necessidade de o enfermeiro ser um profissional com conhecimentos particulares da disciplina, bem formado em termos de pessoa, atitudes e valores de respeito e preservação da dignidade dos cidadãos que assiste nos locais de trabalho. Assim sendo o trabalho dos enfermeiros confirma-se cada vez mais complexo, com maior responsabilidade, o que lhes exige uma formação permanente, profissionalizante e competência. Os saberes do enfermeiro repercutem-se na prática dos cuidados, facto que exige da formação uma atenção cuidada e responsável. Ser um bom profissional de enfermagem não nos parece uma tarefa fácil, pelo contrário, “a enfermagem é difícil”, como diria o meu Professor Doutor Abel Paiva.

O exercício da enfermagem, como enfermeira de cuidados gerais, tendo passado pelos cuidados de saúde primários (Centro de Saúde de Oliveira do Douro e Centro de Saúde de Penafiel - Extensão de Paço de Sousa) e pelos cuidados de saúde diferenciados (Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Porto, Serviço de Cirurgia Oncológica Piso 9 e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE, Serviço de Ortopedia - internamento e consulta externa) tem sido o caminho e o percurso que temos vindo a desenvolver, com gosto, desde que terminámos o curso de Bacharelato em Enfermagem em 2001. Actualmente, e por opção, estamos a exercer funções de enfermagem nos cuidados de saúde primários, na Unidade de Saúde de Delães que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde Ave III – Famalicão. Contudo trabalhar num local na comunidade, como é o nosso caso, não significa que a prática seja orientada para a comunidade como cliente. Quando a localização do exercício é na comunidade mas o alvo dos cuidados é o indivíduo ou a família, o cliente mantém-se o indivíduo ou a família e não a comunidade como um todo. Ser enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária implica a obtenção de competências clínicas especializadas na promoção de práticas centradas na população/ comunidade.

Este relatório surgiu como o culminar de um percurso que se iniciou com o programa teórico seguido do estágio “*intervenção comunitária na Obra Diocesana de Promoção Social*” para a obtenção das competências requeridas a enfermeiro com Especialização em Enfermagem Comunitária (EEC) e Grau de mestre em Enfermagem. Por conseguinte, este documento tem como objectivos contextualizar e descrever o estágio e, por sua vez, reflectir sobre as competências previamente adquiridas em contexto profissional e as adquiridas e/ou reforçadas com a realização do mesmo.

O estágio está organizado em 3 Módulos.

- Módulo I (10 ECTS) – Diagnóstico de saúde de uma comunidade específica tendo sido efectuado o diagnóstico das necessidades em cuidados de enfermagem da Obra Diocesana de Promoção Social (ODPS).
- Módulo II (10 ECTS) – Elaboração e implementação de um projecto de intervenção comunitária de acordo com as necessidades encontradas. Neste estágio foi concebido e implementado o projecto “*Cuidar da pessoa dependente no domicílio – o apoio ao prestador de cuidados/auxiliar de acção directa*”, sendo este um projecto de intervenção comunitária no âmbito do apoio orientado para os auxiliares de acção directa da ODPS.
- Módulo III (10 ECTS) – Opcional, a desenvolver em contexto a definir decorrente das opções registadas. No entanto, uma vez que quando iniciámos este curso já tínhamos completado seis anos de experiência profissional obtivemos creditação a este módulo.

Os Módulos I e II do estágio foram realizados através do Centro de Enfermagem da Católica (CEC), na ODPS (instituição particular de solidariedade social). Esta instituição desenvolve a sua actividade em 12 Centros Sociais espalhados por 12 bairros sociais da cidade do Porto. O CEC tem como missão o ensino, a investigação e a prestação de serviços à comunidade na área de enfermagem tendo como população-alvo os grupos mais vulneráveis (e.g., sem abrigo, grávidas adolescentes). Assim sendo, o CEC estabeleceu uma parceria com a ODPS onde estão a ser desenvolvidos projectos de intervenção comunitária em grupos populacionais carenciados. A escolha deste local de estágio justifica-se pelo desafio em conhecer uma instituição diferente daquela onde nos encontramos a exercer funções e onde podemos ter uma experiência de campo muito

diversificada. Por sua vez, na ODPS existia a necessidade de desenvolver um diagnóstico da situação de saúde que reflectisse as necessidades, assim como as prioridades em cuidados de saúde em geral e cuidados de enfermagem em particular, para a definição e implementação de projectos de intervenção comunitária com vista à promoção desses cuidados a esta comunidade. Tendo em conta a priorização das necessidades identificadas com o diagnóstico de saúde realizado concebemos e implementámos um projecto de intervenção comunitária num dos Centros Sociais da ODPS. Este projecto permitiu-nos capacitar o grupo dos auxiliares de acção directa (AAD) do Centro Social do Cerco do Porto (CSCP) para melhor cuidar dos seus clientes dependentes no domicílio.

O trabalho desenvolvido neste estágio seguiu uma metodologia de Planeamento em Saúde. Tal metodologia pressupõe: identificação das necessidades, estabelecimento de prioridades, definição de objectivos, selecção de estratégias, desenvolvimento das actividades e avaliação do (s) projecto (s) (através dos indicadores de avaliação).

O Enfermeiro com Especialização em Enfermagem Comunitária e Grau de mestre, de acordo com o regulamento geral do Mestrado em Enfermagem de natureza profissional da UCP, actualmente em vigor, deverá demonstrar um conjunto de competências que passamos a descrever:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área de EEC. Estes conhecimentos foram por nós adquiridos durante a parte teórica do curso.
- 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 EEC. O estágio permitiu-nos articular a teoria com a prática. Assim sendo resultou em novas aprendizagens que, por sua vez, permitiram a melhoria das nossas práticas, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades da comunidade em estudo.

- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem. O trabalho de campo durante a realização do estágio permitiu-nos confrontar com uma realidade complexa, por nós desconhecida, tendo sido por isso promotora de várias reflexões sobre as implicações do nosso estudo.
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os seus conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialista quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades. A redacção deste relatório permitiu-mos comunicar o trabalho desenvolvido durante este estágio e analisar criticamente as competências adquiridas e ou reforçadas durante este período.
- Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. Este Curso de Mestrado em Enfermagem constituiu-se um verdadeiro conjunto de ferramentas para que possamos continuar nesta viagem, que é o conhecimento.

Este documento está organizado em dois capítulos; o primeiro contextualiza e descreve sumariamente as etapas de ambos os módulos (Módulo I – Diagnóstico das necessidades em cuidados de enfermagem na ODPS e Módulo II – Elaboração e implementação de um projecto de intervenção comunitária) do estágio e o segundo capítulo reflecte sobre as competências adquiridas em contexto profissional e as adquiridas e/ou reforçadas durante o estágio; termina com a conclusão e as referências bibliográficas. Os trabalhos mais significativos elaborados durante o estágio, ou seja, o projecto de estágio inicial, os instrumentos de colheita de dados elaborados (guião da entrevista, questionário, grelha de observação e respectivo manual de instruções), o projecto de intervenção comunitária no CSCP e a planificação pedagógica das sessões de formação apresentadas são remetidos para anexos.

## CAPÍTULO UM - ESTÁGIO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Este relatório corresponde a uma *linha imaginária* no tempo, tempo esse em que nos fomos transformando, através da interiorização do que desenvolvemos face aos objectivos descritos no **Projecto de Estágio** (ver Anexo A). Este projecto foi elaborado antes do início do estágio pretendendo-se operacionalizar os objectivos específicos e as actividades a realizar de acordo com os locais de estágio e o nosso projecto individual.

O estágio dos Módulos I e II foi realizado através do CEC, na ODPS. O CEC é uma unidade de extensão do Instituto de Ciências da Saúde Porto, que pertence à UCP e que visa a aplicação das evidências científicas produzidas pela e para a Enfermagem.

A ODPS é uma instituição particular de solidariedade social, criada por iniciativa da Diocese do Porto e que tem por objectivos prestar apoio aos cidadãos na velhice e invalidez, às crianças e jovens e às famílias em ordem à promoção integral da pessoa, mediante a promoção da solidariedade e da justiça. O seu âmbito de acção abrange a Cidade e Concelho do Porto. No entanto, a ODPS desenvolve concretamente a sua actividade em 12 Centros Sociais (Centro Social do Carriçal, Centro Social Cerco do Porto, Centro Social Fonte da Moura, Centro Social do Lagarteiro, Centro Social da Pasteleira, Centro Social Rainha D. Leonor, Centro Social do Regado, Centro Social S. João de Deus, Centro Social S. Roque da Lameira, Centro Social Machado Vaz, Centro Social de Pinheiro Torres, Centro Social de São Tomé) espalhados por 12 bairros sociais da Cidade do Porto e conta com cerca de 3000 utentes e 402 funcionários. Para a realização dos seus objectivos, esta instituição criou as seguintes valências nos Centros Sociais: Centro de Apoio Familiar e Acompanhamento Parental, Creche, Pré-escolar, Centro de Actividades de Tempos Livres, Centro de Convívio, Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário.

Cada um dos Centros Sociais da ODPS é coordenado por um assistente social que elabora um relatório social mensal e o reporta ao Conselho de Administração. Desse modo faz-se uma actualização dos utentes inscritos em cada valência e gere-se os acordos financeiros com a Segurança Social.

A instituição ODPS sofreu algumas alterações aos longo dos 42 anos de existência, que levaram a alguns ajustes em termos de organização e logística dos serviços, mas nunca perdeu a linha condutora da promoção social que pauta o seu exercício e que se manifesta nas diversas actividades que desenvolve e que são descritas na revista trimestral “ Espaço Solidário” desde 2006.

Numa entrevista por nós realizada, Américo Ribeiro, o presidente do Conselho de Administração da ODPS apresentou-nos os projectos de desenvolvimento para a instituição. Por conseguinte constatámos que as prioridades recaem sobre projectos que permitam melhorar as competências dos profissionais, nomeadamente dos AAD, e aumentar a qualidade do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). Assim sendo estão a ponderar à certificação de competências através do Programa “Novas Oportunidades”.

O SAD consiste na prestação de cuidados individualizados, no domicílio, a indivíduos e famílias que, por motivo de doença ou outro impedimento, não possam satisfazer as suas necessidades básicas. Este serviço é prestado pela equipa dos AAD.

No diagnóstico da situação de saúde realizado verificámos que os AAD são as pessoas com quem os idosos com SAD, mais contactam no dia-a-dia, muitas vezes a única família que têm, são as “únicas pessoas” com quem podem contar. Segundo dados recolhidos no diagnóstico, na maioria dos Centros Sociais da ODPS, 50% dos utentes em SAD estão sozinhos no domicílio sendo os AAD os únicos cuidadores. Os utentes/clientes do SAD são essencialmente idosos dependentes. Segundo a CIPE (2006, p.107) **dependente** significa um “*Estado de estar dependente de alguém ou de alguma coisa, para ajuda e apoio*”.

O aumento da esperança média de vida da população tem contribuído para o envelhecimento e conseqüentemente para o acréscimo de pessoas idosas incapazes de satisfazer as exigências do autocuidado e de viver autonomamente na comunidade, problemática agravada pelas alterações que ocorrem na estrutura familiar. Por conseguinte, no contexto actual, as políticas sociais e de saúde preconizam a manutenção dos idosos no seu domicílio. Esta transição tem aumentado a consciência da importância da família com cuidadora. Contudo, nos dias de hoje, a função de cuidar

das pessoas idosas, tem deixado de acontecer no interior das famílias e sido confiada a outros grupos sociais ou instituições. No entanto, apesar das mudanças operadas, a família não perdeu a importância da sua acção. Por conseguinte, a capacidade da família para assumir a responsabilidade a longo prazo por familiares idosos depende de um conjunto de circunstâncias e motivações. O desejável será que, desde que estejam asseguradas as condições necessárias formais e informais, o idoso permaneça no seu domicílio. Importa aqui distinguir entre cuidado formal e informal. O **cuidado informal** é a prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte da família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas, não remunerados pela ajuda oferecida. O **cuidado formal**, por sua vez, é definido como aquele que é providenciado numa forma estruturada, por serviços estatais da Segurança Social ou do poder local, serviços privados, com ou sem fins lucrativos, e/ou mediante a contratação de alguém para “tomar conta” da pessoa dependente. Trata-se de um cuidado essencialmente instrumental e desempenhado por profissionais, que inclui também o *Complemento por Dependência*<sup>1</sup>.

No contexto em que vivemos, o Plano Nacional de Saúde 2004/2010 (p.16) identifica a situação actual da pessoa idosa, referindo que, relativamente, aos “**cuidados inadequados às necessidades dos idosos**”

- *Não se faz, a nível dos cuidados de saúde primários, um rastreio suficiente dos factores de fragilidade nos idosos.*
- *Os cuidados de saúde, a todos os níveis, não estão organizados de forma a darem melhor resposta a uma população cada vez mais envelhecida e são apoiados por pessoal com insuficiente formação específica (incluindo os prestadores formais e informais).*
- *Regista-se também insuficiência na prestação dos cuidados aos idosos no domicílio e dificuldade na equidade de acesso aos serviços de saúde, o que leva a internamentos evitáveis ou em locais não adequados.*
- *Verifica-se uma insuficiente articulação entre os múltiplos sectores implicados na prestação de cuidados aos idosos, tendo em conta que muitos determinantes estão fora do sector da saúde”.*

---

<sup>1</sup> Subsídio introduzido em 1989 para idosos ou adultos deficientes que dependem da assistência permanente de terceiros.

Por conseguinte, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004, p.4) diz-nos que:

*“ Do ponto de vista da colectividade, sendo o envelhecimento um fenómeno que diz respeito a todos os seres humanos, implica necessariamente todos os sectores sociais, exigindo a sua intervenção e corresponsabilização na promoção da autonomia e da independência das pessoas idosas e o envolvimento das famílias e de outros prestadores de cuidados, directos conviventes e profissionais”.*

Sendo assim, tal facto representa um grande desafio e responsabilidade para os serviços de saúde, na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária. Destaca-se aqui o papel do enfermeiro na prevenção e acompanhamento de situações de dependência ligadas ao envelhecimento, e na promoção da autonomia das pessoas. Por conseguinte, o enunciado do Programa vai convergir também com os objectivos do SAD (Conforme o Regulamento Interno desta valência).

Na sequência do diagnóstico de saúde realizado na ODPS, em se determinaram as necessidades em cuidados de enfermagem nesta instituição, surgiu a necessidade de implementar um projecto de intervenção comunitária no âmbito do apoio orientado para os prestadores de cuidados da ODPS e, indirectamente, para as pessoas dependentes em apoio domiciliário. Segundo a CIPE (2006, p.172) **prestador de cuidados** é *“Aquele que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente”.*

Através da realização do referido diagnóstico constatámos que a colaboração de enfermeiros com a ODPS é necessária e desejável. Por sua vez, verificámos que uma das necessidades de intervenção com resolução é o acompanhamento/ apoio aos prestadores de cuidados – auxiliares de acção directa – dos utentes em apoio domiciliário (valência da terceira idade), tendo em vista promover uma maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades dos referidos utentes.

O projecto intitulado “*Cuidar da pessoa dependente no domicílio – o apoio ao prestador de cuidados/auxiliar de acção directa*”, por nós implementado, visou supervisionar e complementar a acção já desenvolvida, e em desenvolvimento pela equipa dos AAD de um dos Centros Sociais da ODPS. Neste sentido seleccionámos estratégias para melhor **cuidar da pessoa dependente no domicílio**, proporcionando aos AAD um espaço de formação onde se pode adquirir capacidades, conhecimentos úteis para a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos utentes com SAD. O Centro Social da ODPS escolhido para a implementação deste projecto foi o CSCP.

O trabalho desenvolvido neste estágio assenta numa metodologia de Planeamento em Saúde. Segundo Tavares (1990) Planeamento em Saúde é um processo contínuo que visa a previsão/racionalização de recursos para atingir os objectivos fixados segundo a prioridade estabelecida permitindo assim escolher as melhores soluções entre várias alternativas.

Planear torna-se fundamental perante os recursos escassos e infra-estruturas caras sendo que, as intervenções isoladas têm custos elevados e por vezes irrecuperáveis. Por outro lado, o Planeamento em Saúde segundo Tavares (1990, p.37):

*“(...) procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações, tal como o planeamento na educação procura um estado de conhecimento, através de um processo de ensino/aprendizagem”.*

Segundo o mesmo autor este processo contínuo inicia-se com o diagnóstico da situação de uma determinada comunidade, seguido da determinação de prioridades, fixação de objectivos, selecção de estratégias, preparação operacional (programação de projectos) e por fim a avaliação. O diagnóstico de situação é a primeira etapa do processo de planeamento em saúde devendo corresponder às necessidades da população. Sendo que a “*existência de um projecto entende-se na medida em que proporcione a satisfação de uma necessidade identificada nesta etapa*” (Tavares, 1990, p.51). Donabedian citado por Tavares (1990, p.52) diz que “*a necessidade em saúde é traduzida nos seus*

*“equivalentes” de serviços e de recursos: os recursos produzem serviços; os serviços satisfazem as necessidades”.*

Em resumo, perante a necessidade emergente de um diagnóstico de situação da população abrangida pela ODPS, foi-nos proposto no **módulo I** realizar o diagnóstico das necessidades em cuidados de enfermagem desta comunidade. Em seguida, no **módulo II**, face às necessidades em cuidados de enfermagem detectadas no diagnóstico, concebemos e implementámos o projecto de intervenção comunitária *“Cuidar da pessoa dependente no domicílio – o apoio ao prestador de cuidados/auxiliar de acção directa”*. Em cada um dos módulos de estágio foram também realizados um Portefólio e a reflexão crítica quinzenal de todas as actividades desenvolvidas.

Ambos os módulos I e II tiveram a duração de 250 horas totais, sendo 180 horas de contacto (horas presencias no local de estágio) e 70 horas de trabalho individual do aluno. A unidade curricular Relatório contemplou 75 horas tutorais.

## **1- MÓDULO I: DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA OBRA DIOCESANA DE PROMOÇÃO SOCIAL**

O módulo I foi realizado no período compreendido entre 20 de Abril e 20 de Junho de 2009. Este estágio consistiu na realização, por nós, em parceria com a colega de estágio, de um diagnóstico das necessidades em cuidados de enfermagem na ODPS. As necessidades encontradas são de particular interesse quer para o CEC quer para a ODPS, para que se possam estabelecer prioridades, tendo em vista a realização de projectos de intervenção comunitária a curto e a médio prazo.

### **1.1 - Definição de objectivos**

Para o módulo I definimos como **objectivo geral**, determinar as necessidades em cuidados de enfermagem na ODPS através da elaboração de um diagnóstico de situação até 20 de Junho de 2009.

Para tal, sentimos a necessidade de traçar **objectivos específicos**, nomeadamente:

- Caracterizar a ODPS na resposta aos seus utentes;
- Identificar necessidades em cuidados de Enfermagem dos utentes da ODPS;
- Determinar necessidades de formação dos colaboradores, em cuidados de saúde, à criança e ao idoso;
- Estabelecer as prioridades de intervenção na ODPS.

Contudo, devemos ter presente que a realização de um diagnóstico da situação de saúde de uma comunidade, não deverá constituir, por si só, um objectivo final, mas apenas um instrumento que permite recolha de informação necessária à tomada de decisões estratégicas em tempo útil. Sendo assim, para avaliar a consecução dos objectivos propostos definimos **metas e indicadores**.

## 1.2 - Metas

Para a elaboração do diagnóstico definimos como **metas** até 20 de Junho de 2009:

- Realizar a 100% dos coordenadores da ODPS uma entrevista;
- Atingir 90% de participação dos outros colaboradores da ODPS (das profissões pré-definidas no ponto 1.4) no preenchimento de um questionário.

## 1.3 - Indicadores de avaliação

Os **indicadores** utilizados para a avaliação das actividades realizadas foram:

**Indicador de actividade** – Adesão à entrevista:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de entrevistas respondidas}}{\text{N}^\circ \text{ total de coordenadores}} \times 100$$

**Indicador de actividade** – Participação no questionário:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de questionários respondidos pelos outros colaboradores}}{\text{N}^\circ \text{ total de outros colaboradores}} \times 100$$

#### 1.4 - Definição da população alvo

No estudo realizado a nossa comunidade é composta pelos cerca de 3000 utentes e por 402 funcionários da ODPS. Contudo, atendendo ao número elevado de elementos da comunidade, à sua dispersão geográfica pelos doze bairros da Cidade do Porto, aos condicionalismos de tempo para a sua execução (nove semanas), a nossa **população-alvo** é constituída pelos coordenadores da ODPS, num total de 12 e pelos outros 266 colaboradores que lidam directamente com os utentes, ou seja, das seguintes profissões: Ajudante/Auxiliar/Agente de Acção Educativa, Educador de Infância, Técnico de ATL, Ajudante de Acção Directa, Animador Sócio-Cultural, Educador Social, Enfermeiro, Ajudante/Agente de Educação Familiar, Psicólogo e Professor.

#### 1.5 - Instrumentos de colheita de dados

Tendo em consideração que no trabalho comunitário é preciso ter uma metodologia rigorosa que permita seleccionar informação relevante sobre a comunidade com a qual se vai trabalhar, os métodos de recolha da informação escolhidos para a construção do diagnóstico foram a **entrevista** (ver Anexo B) e o **questionário** (ver Anexo C). A entrevista aos coordenadores foi usada para recolher informação junto de informadores qualificados (líderes formais identificados – assistentes sociais com funções de direcção técnica nos Centros Sociais) sendo recomendável assumir um formato não demasiado estruturado, a fim de não se perder informação importante. A escolha do questionário para aplicação aos outros colaboradores, que lidam directamente com os utentes, prendeu-se com o factor tempo; ou seja, para conseguirmos aplicar o instrumento a todos em pouco tempo e obtermos resultados que pudessem ser extrapolados a toda a população daquela instituição. Consequentemente também permitiu maior liberdade nas respostas, em razão do anonimato.

As entrevistas realizadas aos coordenadores dos Centros Sociais da ODPS permitiram a caracterização dos mesmos e os questionários possibilitaram a caracterização profissional e biográfica dos colaboradores. Por conseguinte, as entrevistas permitiram a caracterização sumária da formação dos colaboradores que depois foi aprofundada com

a aplicação dos questionários. Tanto a entrevista como os questionários possibilitaram a caracterização dos recursos da ODPS disponíveis embora em aspectos diferentes. A caracterização mais exaustiva do Apoio Domiciliário foi efectuada a partir do resumo das entrevistas. Relativamente às necessidades em cuidados de saúde dos utentes, a informação obtida nas entrevistas é complementada pela caracterização dos utentes obtida através dos questionários.

### **1.6 - Apresentação dos resultados**

Em suma, num universo de 266 colaboradores foram aplicados 220 questionários, sendo que 17% corresponde às ausências observadas e 83% representa a taxa de participação no questionário. Sendo assim, podemos considerar que a população estudada é representativa da população-alvo. Por outro lado, podemos afirmar que ficámos aquém da meta estabelecida no início do estudo por 7%. Relativamente às entrevistas a meta foi alcançada, na medida em que, foram realizadas entrevistas a todos os coordenadores; logo, a taxa de adesão à entrevista foi de 100%.

### **1.7 - Necessidades identificadas**

Resumidamente, o diagnóstico de situação realizado permitiu identificar os principais problemas de saúde dos utentes/famílias, bem como as necessidades de formação dos colaboradores, caracterizar a resposta da ODPS aos seus utentes, de forma a identificar as necessidades em cuidados de enfermagem permitindo justificar a presença de enfermeiros nesta instituição. Assim sendo concluímos que, as razões apresentadas/necessidades identificadas, por ordem de importância, pelos *coordenadores* dos Centros sociais da ODPS, para justificar a presença de um enfermeiro em cada um dos Centros Sociais são:

- Em **1º lugar** (58% dos coordenadores) a **avaliação/ encaminhamento da situação de saúde dos utentes** (intervenção impossível de satisfazer atendendo aos recursos disponíveis);
- Em **2º lugar** (50% dos coordenadores) o **acompanhamento/ supervisão do trabalho das auxiliares de acção directa**;
- Em **3º lugar** (50% dos coordenadores) o **tratamento de feridas** (intervenção impossível de satisfazer atendendo aos recursos disponíveis);

- Em **4º lugar** (42% dos coordenadores) a **formação em cuidados de saúde aos colaboradores**.

Relativamente aos *outros colaboradores*, a justificação para a presença de enfermeiros na ODPS recai:

- Em **1º lugar** (36% dos inquiridos) para o **despiste/encaminhamento/primeiros socorros** (intervenção impossível de satisfazer atendendo aos recursos disponíveis);
- Em **2º lugar** (32% dos inquiridos) para a **melhoria da qualidade de cuidados/serviços prestados**;
- Em **3º lugar** (17% dos inquiridos) para o **tratamento de feridas/administração de medicação** (intervenção impossível de satisfazer atendendo aos recursos disponíveis);
- Em **4º lugar** (13% dos inquiridos) a **formação em cuidados de saúde aos colaboradores**.

Sendo assim, as necessidades expressas em 1º lugar quer pelos coordenadores quer pelos outros colaboradores são excluídas, na medida em que, a intervenção é impossível de satisfazer atendendo aos recursos disponíveis. Portanto, logo a seguir, em 2º lugar, são identificadas as necessidades de *acompanhamento/ supervisão do trabalho das auxiliares de acção directa e melhoria da qualidade de cuidados/serviços prestados*.

## **2 - MÓDULO II: INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NO CENTRO SOCIAL DO CERCO DO PORTO**

O módulo II decorreu no período compreendido entre 6 de Outubro e 4 de Dezembro de 2009, uma vez que, por motivos pessoais não conseguimos cumprir as horas de estágio presenciais até 27 de Novembro de 2009, data prevista para término do estágio. Neste estágio concebemos e implementámos o **projecto de intervenção** “*Cuidar da pessoa dependente no domicílio – o apoio ao prestador de cuidados/auxiliar de acção directa*” (ver Anexo D) no CSCP.

Este projecto partiu do diagnóstico das necessidades em cuidados de enfermagem da ODPS, realizado no módulo I, onde surgiu a necessidade de intervir no âmbito do apoio orientado para os prestadores de cuidados/auxiliares de acção directa da ODPS e, indirectamente para as pessoas dependentes em Apoio Domiciliário.

## **2.1 - Determinação de prioridades**

A determinação de prioridades resultou das reuniões de consenso de peritos com a Enfermeira Chefe do CEC e a orientadora do estágio, e com esta e a Directora de Recursos Humanos e Jurídicos da ODPS com o conhecimento da Coordenadora Geral dos Mestrados em Enfermagem da UCP. Nestas reuniões foram analisados os dados do diagnóstico de saúde e concluiu-se que seria prioritário desenvolver um projecto com ênfase no acompanhamento/ apoio aos auxiliares de acção directa (AAD) na prestação de cuidados aos utentes em Apoio Domiciliário, cuja finalidade seria melhorar a qualidade de cuidados/serviços prestados. Também numa dessas reuniões ficou decidido que este projecto seria implementado no Centro Social do Cerco do Porto (CSCP).

A escolha deste Centro Social para a implementação do projecto prendeu-se com o facto de a coordenadora mostrar uma grande receptividade na recolha de dados para o diagnóstico assim como para colaborar no nosso projecto, e ter uma localização próxima da UCP (boa acessibilidade). Na entrevista efectuada à coordenadora do CSCP constatámos que na justificação para a presença de um enfermeiro nesta instituição são referenciadas as necessidades de formação em cuidados de saúde aos colaboradores e o acompanhamento/supervisão do trabalho das auxiliares de acção directa. Por outro lado, neste Centro Social, na valência da 3ª idade, existe um elevado grau de dependência dos idosos, mesmo em Centro de dia. No entanto, a dotação das equipas de Apoio Domiciliário é feita consoante o número de utentes protocolado com a Segurança Social, e não de acordo com o grau de dependência dos mesmos.

## **2.2 - Objectivos, metas e estratégias**

Com a realização deste projecto de intervenção comunitária pretendeu-se dar resposta aos seguintes **objectivos gerais**: capacitar os AAD para melhor cuidar da pessoa

dependente no domicílio e prevenir o aparecimento de lesões músculo-esqueléticas nos AAD relacionadas com o seu trabalho.

O projecto desenvolveu-se em duas fases. A fase I, ou seja, a fase de diagnóstico preliminar, em que se pretendeu identificar os cuidados prestados pelos AAD aos utentes em Apoio Domiciliário para posteriormente, na fase II, se poder intervir no sentido de colmatar as falhas dos AAD e aperfeiçoar/apoiar o seu trabalho. Ainda na fase I foi elaborado um instrumento de colheita de dados, a **grelha de observação e o respectivo manual de instruções** para preenchimento da referida grelha (ver Anexo F). A grelha de observação concebida assenta em cinco unidades de análise, designadamente: a) a comunicação com o utente; b) a administração da alimentação; c) os cuidados de higiene ao utente dependente; d) as medidas de prevenção de úlceras de pressão; e) as posturas corporais adoptadas pelos AAD. Por conseguinte foram definidos itens de observação das actividades inerentes a cada uma das unidades de análise. Para cada um dos itens a observar foram definidos critérios de êxito, ou seja, *guidelines* orientadores de boas práticas para os AAD. Para cada um dos itens consideramos que o profissional tinha um desempenho adequado quando cumpria todas as orientações enunciadas excepto uma, e um desempenho não adequado quando não cumpria duas ou mais das orientações descritas para o referido item.

Por conseguinte definimos como **objectivos específicos**:

#### **Fase I: Diagnóstico**

- Identificar os cuidados prestados pelos AAD aos utentes em Apoio Domiciliário;

#### **Fase II: Implementação**

- Educar os AAD sobre medidas de prevenção das úlceras de pressão na pessoa dependente;
- Instruir os AAD sobre técnicas de mobilização da pessoa dependente;
- Instruir os AAD sobre posturas correctas na mobilização da pessoa dependente.

Em seguida são enunciadas as **metas** para atingir os objectivos específicos. Sendo assim, pretendeu-se até 4 de Dezembro de 2009:

---

- Aplicar uma grelha de observação (ver Anexo F) a 75% dos AAD;
- Atingir 70% de participação dos AAD na formação (ver planificação pedagógica no Anexo G) realizada sobre as necessidades encontradas;
- Obter 90% de classificações positivas na avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos AAD na formação realizada.

De acordo com as metas que se pretendeu atingir foram definidas as seguintes **estratégias de intervenção**:

- Primeira estratégia: Realização de visitas domiciliárias para aplicação da grelha de observação aos AAD;
- Segunda estratégia: Formação às AAD adaptada às necessidades encontradas.

### 2.3 - Indicadores de avaliação

Para cada uma das estratégias de intervenção foram definidos os respectivos **indicadores de actividade** e **indicadores de resultado** que nos permitem avaliar se as estratégias foram ou não eficazes. Em seguida são apresentados os resultados obtidos através do cálculo dos indicadores de avaliação (indicadores de actividade e de resultado).

#### Primeira estratégia

**Indicador de actividade** – Observação dos cuidados prestados pelos AAD durante a visita domiciliária

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de AAD a quem foi aplicado a Grelha de Observação (7)} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Total de AAD (8)}} = 87,5\%$$

**Indicador de resultado** – Percentagem de AAD que prestam cuidados adequados ao nível da comunicação com o utente

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de AAD com comportamento adequado ao nível da comunicação com o utente (7)}}{\text{N}^\circ \text{ Total de AAD observados (7)}} \times 100 = 100\%$$

**Indicador de resultado** – Percentagem de AAD que prestam cuidados adequados ao nível da administração da alimentação aos utentes

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de AAD com comportamento adequado ao nível da administração da alimentação aos utentes (7)}}{\text{N}^\circ \text{ Total de AAD observados (7)}} \times 100 = 100\%$$

**Indicador de resultado** – Percentagem de AAD que prestam cuidados adequados ao nível dos cuidados de higiene

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de AAD com comportamento adequado ao nível dos cuidados de higiene (5)}}{\text{N}^\circ \text{ Total de AAD observados (7)}} \times 100 = 71\%$$

**Indicador de resultado** – Percentagem de AAD que prestam cuidados adequados ao nível das medidas de prevenção de úlceras de pressão

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de AAD com comportamento adequado ao nível das medidas de prevenção de úlceras de pressão (4)}}{\text{N}^\circ \text{ Total de AAD observados (7)}} \times 100 = \mathbf{57\%}$$

**Indicador de resultado** – Percentagem de AAD que adoptam posturas corporais adequadas

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de AAD com comportamento adequado ao nível das posturas corporais (0)}}{\text{N}^\circ \text{ Total de AAD observados (7)}} \times 100 = \mathbf{0\%}$$

### **Segunda estratégia**

**Indicador de actividade** – Participação dos AAD na formação

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de AAD presentes na formação realizada (8)}}{\text{N}^\circ \text{ de total de AAD (8)}} \times 100 = \mathbf{100\%}$$

**Indicador de resultado** – Percentagem de classificações positivas na avaliação dos conhecimentos adquiridos pelos AAD na formação realizada

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de classificações positivas (8)} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de total de testes realizados (8)}} = 100\%$

Nº de total de testes realizados (8)

#### **2.4 - Análise e interpretação dos resultados**

Em relação à primeira estratégia (realização de visitas domiciliárias para aplicação da grelha de observação aos AAD), o indicador de actividade permitiu-nos aferir que foram observados os cuidados prestados por 87,5% dos AAD, sendo que a meta era 75%; logo esta foi ultrapassada. Ainda em relação à primeira estratégia, os indicadores de resultado demonstram que, 100% dos AAD prestam cuidados adequados ao nível da comunicação com o utente e da administração da alimentação aos utentes e, 71% dos AAD prestam cuidados adequados ao nível dos cuidados de higiene. No entanto, ao nível das medidas de prevenção das úlceras de pressão 43% dos AAD adoptam um comportamento inadequado e também se verifica que todos praticam posturas corporais inadequadas.

Por conseguinte, tendo como ponto de partida as necessidades encontradas através da aplicação da grelha de observação surge como segunda estratégia de intervenção a formação aos AAD, numa perspectiva de desenvolver sessões de promoção/educação para a saúde sobre medidas de prevenção das úlceras de pressão, princípios de Mecânica Corporal e mobilização correcta nas mudanças posturais. Assim sendo foi elaborada uma sessão de formação sobre o tema “*Cuidar da pessoa dependente no domicílio*” abordando os conteúdos anteriormente identificados. Esta sessão foi leccionada a três grupos de AAD (dois grupos com três elementos cada e um último grupo com dois elementos) tendo sido realizada a todos os elementos da equipa. Sendo assim obtivemos 100% de participação dos AAD na formação realizada e a meta era 70%; logo, esta foi superada. Ainda em relação à segunda estratégia, o indicador de resultado permitiu concluir que os AAD obtiveram 100% de classificações positivas na avaliação dos conhecimentos adquiridos na formação realizada. Assim sendo, os resultados obtidos com a implementação deste projecto permitiram atingir as metas propostas inicialmente.



## CAPÍTULO DOIS - AQUISIÇÃO, REFORÇO E ANÁLISE CRÍTICA DE COMPETÊNCIAS

A enfermagem comunitária é uma área da especialidade que combina a teoria de enfermagem com a da saúde pública numa prática centrada na população e cujo objectivo é promover e preservar a saúde da comunidade. Trabalhar num local na comunidade, como é o nosso caso, não é suficiente para se dizer que a prática é orientada para a comunidade como cliente. Quando a localização do exercício é na comunidade mas o alvo dos cuidados é o indivíduo ou a família, o cliente mantém-se o indivíduo ou a família e não a comunidade como um todo.

Ser Enfermeiro com Especialização em Enfermagem Comunitária implica ter uma prática profissional em que predominam competências clínicas especializadas adequadas às necessidades específicas em cuidados de enfermagem da população, ou seja, na promoção de práticas centradas na população. Segundo Stanhope e Lancaster (1999, p.25) a

*“(...) noção básica na **prática focada na população** é que os problemas são definidos (diagnósticos) e as soluções (intervenções) são propostas para populações ou subpopulações definidas, em oposição ao diagnóstico e intervenção/tratamento levados a cabo a nível do doente ou cliente”.*

Por outro lado, a especialização em enfermagem é também promotora de outras competências (competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas) demonstradas através de uma elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados, assim como no âmbito da assessoria, formação e investigação.

Ao longo do exercício da nossa profissão vamos adquirindo várias competências pela via da experiência. Quanto maior o tempo de experiência maior a probabilidade de desenvolvimento de competências. Ao falar de “probabilidade” temos como intenção acentuar a noção de que nem sempre o tempo significa mais qualidade ou mais aquisições. Contudo, desenvolvem-se sempre competências mas as mesmas poderão não corresponder necessariamente às exigidas por um plano de estudos. Portanto justifica-se uma análise do referido plano de estudos pelo aluno, no sentido de o

confrontar com aquilo que é a sua prática profissional e as experiências que percorreu promotoras das competências requeridas. A conclusão da referida análise é muito gratificante, pois ficamos com uma noção completa e fundamentada das competências já adquiridas ao longo da experiência profissional e do modo como as conseguimos obter.

Quando anteriormente mencionámos o “tempo” como um “provável” impulsionador do desenvolvimento de competências, queríamos ainda referir que, tudo depende do que se faz com o mesmo. O “tempo” é um bem precioso que deve ser bem gerido para o desenvolvimento não só profissional mas também pessoal. É prioritário agilizar e articular conhecimentos, desenvolver habilidades na tomada de decisão com base na evidência científica, desenvolver capacidades de reflexão crítica, avaliação, planeamento e sistematização.

## **1 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM CONTEXTO PROFISSIONAL**

Antes de iniciar o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, em Outubro de 2008, contávamos já com cerca de 6 anos e 9 meses de experiência profissional, dos quais, 1 ano na área da cirurgia oncológica, 5 anos na área da ortopedia (internamento e consulta externa) e o restante tempo na área dos cuidados de saúde primários. Neste momento encontrámo-nos a exercer funções na Unidade de Saúde de Delães que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde Ave III – Famalicão.

As competências apresentadas em seguida fazem parte do plano de estudos da EEC, no entanto foram sendo gradualmente adquiridas por nós ao longo da nossa experiência profissional e formação pós-graduada em Enfermagem de Saúde da Família, entre outras formações. No entanto, o estágio deu-nos a oportunidade de as reforçar e otimizar como veremos no sub-capítulo seguinte (ponto 2). Em seguida procurámos fazer evidência das competências adquiridas em contexto profissional.

### **COMPETÊNCIAS:**

- 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;
- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- 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;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Colaborar na integração de novos profissionais;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- Reflectir na e sobre a sua prática, de forma crítica;
- Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.

### **ACTIVIDADES REALIZADAS PARA ATINGIR AS COMPETÊNCIAS**

Durante o **período de 08/08/2001 a 07/11/2001** exercemos funções de enfermeira de nível I na Administração Regional de Saúde do Norte / Ex-Sub-Região de Saúde do Porto – Centro de Saúde de Oliveira do Douro. Neste Centro de Saúde desempenhámos funções de enfermagem nas seguintes áreas: Vacinação, Saúde Materna, Saúde Infantil, Planeamento Familiar, Saúde de Adultos, Consulta de Diabéticos, Consulta de Hipertensos, Tratamento de feridas, administração de injectáveis e Visitação Domiciliária.

Durante o **período de 09/04/2002 a 10/04/2003** exercemos funções de enfermeira, no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional do Porto, no Serviço de Cirurgia Oncológica - Piso 9. Durante este período em que exercemos funções no IPO procurou-se aprofundar os conhecimentos teórico – práticos em Enfermagem Oncológica, nomeadamente desenvolvemos competências no âmbito das especialidades de cirurgia da mama, neurocirurgia, urologia e ainda aumentámos os conhecimentos no âmbito da quimioterapia e radioterapia. Durante este período de actividade profissional no IPO frequentámos o Curso de Formação Profissional “Enfermagem Oncológica Fundamental” com a duração de 35 horas.

Durante o **período de 11/04/03 a 23/07/08** exercemos funções de enfermeira, no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE no Serviço de Ortopedia (internamento e consulta externa) -Unidade II. Neste serviço desenvolvemos competências na prestação e optimização de cuidados de enfermagem ao doente do foro ortopédico, nomeadamente nas cirurgias da coluna, da mão, do joelho, da anca, dos membros inferiores e superiores, do ombro, do pé, incluindo também doentes politraumatizados, com aparelhos gessados, com fixadores externos, com tracção esquelética e com tracção cutânea (incluindo colocação de tracção cutânea).

Durante o período de **24/07/08 a 02/08/09** exercemos funções no Agrupamento de Centros de Saúde Tâmega II – Vale do Sousa Sul, no Centro de Saúde de Paço de Sousa. Neste período desenvolvemos a nossa actividade (durante 9 meses exclusivamente) sobretudo na visitação domiciliária. Contudo, o objectivo principal da visitação domiciliária era a vertente curativa.

Actualmente, desde **03/08/09** estamos a exercer funções na Unidade de Saúde de Delães que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde Ave III – Famalicão.

No âmbito da prestação de cuidados de enfermagem, como enfermeira de cuidados gerais, adquirimos experiência no desempenho das seguintes funções:

- Colheita de dados para identificação das necessidades em cuidados de enfermagem dos utentes, através da avaliação inicial do utente em suporte

informático no SAPE (Sistema de informação de apoio à prática de enfermagem) com base na CIPE (Classificação Internacional para a prática de enfermagem);

- Formulação de diagnósticos de enfermagem;
- Planeamento de cuidados em função dos diagnósticos de enfermagem identificados;
- Implementação dos cuidados de enfermagem planeados;
- Avaliação dos cuidados de enfermagem prestados, efectuando os respectivos registos no SAPE e analisando os factores que contribuíram para os resultados obtidos;
- Integração, no planeamento e execução dos cuidados de enfermagem ao utente e à família, da preparação do regresso a casa após alta hospitalar, actividade amplamente desenvolvida por nós em contexto hospitalar.

### **REFLEXÃO GLOBAL DAS ACTIVIDADES**

Ao longo do nosso percurso profissional procurámos manter de forma contínua a actualização dos conhecimentos teóricos aplicando a evidência científica na nossa prática.

Durante o período de exercício profissional (5 anos) no serviço de ortopedia colaborámos na integração de novos profissionais, na orientação de alunos em estágio e desenvolvemos um “Programa de Integração de novos Enfermeiros/Estagiários de Enfermagem”, o que contribuiu para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

Outro dos aspectos que atribuímos maior importância foi promover o ensino ao utente e ao seu cuidador como a preparação do regresso a casa. Este último aspecto foi também desenvolvido quando ingressámos na consulta externa, uma vez que, uma preparação do regresso a casa com qualidade vai diminuir o número de reinternamentos e permitir a obtenção de ganhos em saúde.

Durante todo o nosso percurso profissional procurámos atingir a excelência do cuidar, sendo esta a meta que desejámos cumprir e alcançar como forma de promover a qualidade dos cuidados de enfermagem.

## **2 - COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E/OU REFORÇADAS EM ESTÁGIO**

O estágio é uma forma de adquirir e consolidar diversos conhecimentos permitindo uma boa articulação entre a teoria e a prática. Por outro lado, do confronto com realidades profissionais diferentes das vivenciadas ao longo do nosso percurso profissional resultam aprendizagens que promovem novos saberes e a melhoria de algumas práticas por nós executadas.

Neste sub-capítulo pretendemos fazer uma descrição e análise das competências adquiridas/reforçadas em estágio, ao nível dos domínios enquadradores de todas as actividades realizadas, designadamente: o planeamento em saúde e a formação. Relativamente às actividades realizadas, algumas foram descritas e reflectidas em conjunto e de um modo global. Para outros grupos de actividades foi decidida a reflexão em particular de acordo com a sua pertinência.

### **2.1 - Domínio do Planeamento em Saúde**

#### **COMPETÊNCIAS:**

- 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;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EEC;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas complexas, no âmbito da área da EEC;

- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EEC;
- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Identificar as necessidades formativas na área da EEC.

#### **ACTIVIDADES REALIZADAS PARA ATINGIR AS COMPETÊNCIAS**

No módulo I para a consecução do diagnóstico das necessidades em cuidados de Enfermagem na ODPS foram realizadas as seguintes actividades:

- Revisão bibliográfica sobre a ODPS, nas áreas do Planeamento em Saúde e investigação em enfermagem;
- Caracterização da população alvo;
- Previsão dos recursos necessários;
- Elaboração dos instrumentos de colheita de dados (questionário e entrevista);
- Aplicação dos instrumentos de colheita de dados – Trabalho de campo;
- Organização e tratamento dos dados;
- Análise dos resultados;
- Redacção do diagnóstico.

No módulo II para a concepção e implementação do projecto de intervenção comunitária “*Cuidar da pessoa dependente no domicílio – o apoio ao prestador de cuidados/auxiliar de acção directa*” no CSCP foram realizadas as seguintes actividades:

- Apresentação das conclusões do diagnóstico de saúde realizado (módulo I) à orientadora do estágio, à Enfermeira Chefe do CEC e à Directora de Recursos Humanos e Jurídicos da ODPS;
- Determinação de prioridades;
- Pesquisa bibliográfica;

- Previsão dos recursos necessários;
- Elaboração do projecto de intervenção comunitária;
- Selecção e construção do instrumento de recolha de dados;
- Avaliação dos resultados da intervenção.

Outras actividades realizadas durante o módulo II:

- Colaborar na elaboração do Regulamento interno para a implementação de um Gabinete de Enfermagem no Centro Social do Cerco do Porto (Projecto de intervenção da colega de estágio);
- Colaborar com a colega de estágio na realização de um Poster, para dar a conhecer os serviços prestados pelo Gabinete de Enfermagem, que incluem a supervisão dos cuidados prestados pelos AAD.

### **REFLEXÃO INDIVIDUALIZADA DE ALGUMAS ACTIVIDADES**

#### **Aplicação dos instrumentos de colheita de dados – entrevista e questionário**

Os métodos de recolha da informação escolhidos para a construção do diagnóstico foram a entrevista aos coordenadores dos Centros Sociais da ODPS e a aplicação do questionário aos outros colaboradores que lidam directamente com os utentes.

A realização das entrevistas decorreu durante uma semana, ao ritmo de duas da parte da manhã, em conjunto com a colega de estágio; e uma da parte da tarde, no total de três que foram realizadas apenas por um entrevistador. Esta experiência foi muito enriquecedora, na medida em que, procurou-se conhecer todos os coordenadores de todos os Centros Sociais, visitar as suas instalações e assim apercebermo-nos dos elementos fundamentais da cultura desta grande comunidade que é a ODPS.

A aplicação dos questionários também decorreu durante uma semana. No entanto, tivemos que nos dividir pelos Centros Sociais, uma vez que tínhamos que rentabilizar o tempo e aplicar os questionários em todos os Centros até ao fim dessa semana. Esta experiência permitiu-nos identificar na realidade as necessidades sentidas pelos profissionais e pelos utentes da obra. Sobretudo as ajudantes de acção educativa e os ajudantes de acção directa apresentavam baixo nível de escolaridade, pelo que foi

necessário preencher com eles o questionário. Nestes grupos profissionais surgiram muitas dúvidas que tiveram que ser esclarecidas caso a caso, e é nesses momentos que percebemos a representação social do enfermeiro e o quanto este profissional é necessário.

Por outro lado, a aplicação dos instrumentos de recolha de dados permitiu-nos desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz e um conjunto de competências quer metodológicas quer relacionais. No decorrer destas actividades tivemos sempre presente o sigilo profissional actuando de forma ética e deontologicamente correcta de acordo com as várias situações que foram surgindo. Outro aspecto a ter em conta e que não pode ser descurado é o respeito pelas diferenças étnicas, ideológicas, raciais ou outras de todos os intervenientes no estudo.

### **Elaboração do projecto de intervenção comunitária**

A elaboração deste projecto de intervenção comunitária foi a fase mais importante para a aquisição de competências ao nível do planeamento em saúde permitindo-nos colocar em prática o conhecimento apreendido na teoria. O projecto foi reformulado em função das condições de realização (recursos) cedidas pela ODPS no CSCP.

Este projecto visou supervisionar e complementar a acção já desenvolvida, e em desenvolvimento pela equipa dos AAD do CSCP, no sentido do aperfeiçoamento de estratégias para melhor cuidar da pessoa dependente no domicílio, proporcionando um espaço de formação onde se pode adquirir capacidades, conhecimentos úteis para a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos utentes com SAD.

### **Seleção e construção do instrumento de recolha de dados – grelha de observação**

Numa primeira fase (fase de diagnóstico) é necessário recolher informação sobre como estão a ser prestados os cuidados aos utentes em Apoio Domiciliário pelos AAD. Sendo assim desenvolvemos uma grelha de observação para identificar o trabalho dos AAD.

A grelha de observação concebida assenta em cinco unidades de análise. A cada unidade de análise correspondem vários itens de observação. Este instrumento e respectivo manual de instruções foram elaborados com base no conteúdo funcional dos

AAD do Apoio Domiciliário e na bibliografia de enfermagem consultada sobre as unidades de análise seleccionadas.

O pré-teste realizado permitiu-nos definir com rigor os critérios de êxito para cada um dos itens a observar. Por sua vez, com o pré-teste obtivemos uma estimativa sobre os futuros resultados.

### **Avaliação dos resultados da intervenção**

A avaliação esteve sempre presente no decurso do projecto. O resultado da implementação da primeira estratégia permitiu-nos aferir a segunda estratégia a utilizar. A avaliação das estratégias utilizadas foi efectuada através de indicadores de actividade e de resultado.

Os elementos da equipa de AAD e os outros colaboradores deste projecto manifestavam regularmente a sua opinião sobre o decorrer dos acontecimentos, permitindo-nos validar a importância da nossa intervenção.

No final foi realizado um teste de avaliação de conhecimentos e efectuadas as respectivas correcções, que por sinal foram mínimas, na medida em que, os resultados obtidos foram bastante satisfatórios. Relativamente às capacidades adquiridas pelos AAD, não foi possível avaliar novamente a sua prática atendendo ao período de tempo limitado do estágio. Por outro lado, neste estágio desenvolvemos outras actividades, relacionadas com o projecto da colega de estágio, ficando “menos tempo” para a implementação do nosso projecto.

### **COMPETÊNCIAS:**

- Realizar a gestão dos cuidados na área da EEC;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada.

### **ACTIVIDADES REALIZADAS PARA ATINGIR AS COMPETÊNCIAS**

No módulo II a primeira estratégia de intervenção consistiu em realizar a seguinte actividade:

- Visitação domiciliária para aplicação do instrumento de recolha de dados.

### **REFLEXÃO GLOBAL DAS ACTIVIDADES**

A visitação domiciliária aos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) do CSCP foi a estratégia seleccionada para a aplicação da grelha de observação. A aplicação deste instrumento durante a visitação domiciliária permitiu-nos recolher informação sobre a prestação de cuidados dos AAD aos utentes em Apoio Domiciliário, e ao mesmo tempo acompanhar/supervisionar o seu trabalho. Portanto pretendeu-se valorizar as experiências pessoais dos AAD e identificar as necessidades sentidas na sua prática no sentido de os ajudar a superá-las. Assim sendo constatámos que os AAD precisavam melhorar os seus conhecimentos nas seguintes áreas: medidas de prevenção das úlceras de pressão; princípios de Mecânica Corporal e mobilização correcta nas mudanças posturais.

Por outro lado, as visitas domiciliárias realizadas na segunda semana programada para esta actividade permitiram-nos ter uma intervenção diferenciada. Nessa semana os familiares cuidadores dos utentes visitados encontravam-se presentes, tendo havido oportunidade para realizar formação não estruturada sobre como cuidar do seu familiar dependente. Sendo assim foi possível esclarecer dúvidas, fazer sugestões no sentido de ultrapassar as dificuldades sentidas pelo membro da família prestador de cuidados na assistência ao seu familiar dependente.

Portanto, nesta fase de diagnóstico das necessidades específicas dos AAD distinguimos duas etapas. Numa 1ª etapa (1ª semana de visitação domiciliária) utilizámos como técnica de colheita de dados (relativamente à participação do observador) a **observação não participante**, na medida em que, tivemos contacto com a realidade a estudar sem nos integrarmos nela, permanecendo de fora. Portanto éramos apenas mais um elemento que só participava (respondendo a questões) quando solicitado pelos AAD. Porém, isto não quer dizer que a observação não fosse dirigida para o fim a que se destinava.

Numa 2ª etapa (2ª semana de visitação domiciliária) utilizámos como técnica de colheita de dados a **observação participante**, ou seja, integramo-nos no grupo com a finalidade de poder efectuar algumas correcções e promover uma maior adequação dos cuidados

prestados pelos AAD às necessidades específicas dos utentes em apoio domiciliário. Assim sendo tornámo-nos um membro do grupo, a vivenciar o que eles vivenciam e a trabalhar dentro do seu ambiente.

#### **COMPETÊNCIAS:**

- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

#### **ACTIVIDADES REALIZADAS PARA ATINGIR AS COMPETÊNCIAS**

Contactos interinstitucionais/interdisciplinares efectuados com:

- Coordenadora dos Mestrados em Enfermagem da UCP;
- Enfermeira Chefe do CEC;
- Directora de Recursos Humanos e Jurídicos da ODPS;
- Professora de Estatística da UCP;
- Orientadora de estágio;
- Contacto directo com a população em estudo no diagnóstico – Ida ao terreno;
- Trabalho em equipa com a colega de estágio;
- Coordenadora do CSCP.

#### **REFLEXÃO INDIVIDUALIZADA DAS ACTIVIDADES**

##### **Contactos interinstitucionais/interdisciplinares**

A Coordenadora dos Mestrados em Enfermagem da UCP deu-nos um grande impulso no início deste estágio esclarecendo dúvidas sobre como se pretendia realizar o diagnóstico da situação de saúde e necessidades em cuidados de Enfermagem na ODPS. Por sua vez, também foi uma preciosa ajuda quando concordou em realizar a entrevista Pré-teste do referido estudo.

A Enfermeira Chefe do CEC deu-nos apoio neste projecto, na medida em que, proporcionou que os alunos da Licenciatura a estagiar nos Centros Sociais de S. Tomé, Carriçal e Regado aplicassem o questionário nos referidos locais, o que facilitou a recolha de dados.

A Directora de Recursos Humanos e Jurídicos da ODPS foi excepcional, na medida em que fez o agendamento de todas as entrevistas no período de uma semana conforme solicitado e, numa entrevista informal deu-nos a conhecer alguns aspectos da ODPS, que até aquele momento desconhecíamos. Essa informação obtida ajudou-nos na construção do questionário.

A Professora de Estatística da UCP (que leccionou as aulas de Estatística na parte teórica do curso) ofereceu a sua ajuda permitindo a realização da análise dos resultados do questionário recorrendo às aplicações disponíveis no programa informático SPSS. Sendo esta uma mais valia fundamental para a apresentação dos resultados.

A orientadora do estágio, sendo a pessoa que esteve sempre presente, nos “bons e maus momentos”, porque a motivação não foi sempre a mesma, dependendo de vários factores externos ao ambiente escolar, nomeadamente o local de trabalho, a vida familiar, entre outros. Por vezes, o espaço de trabalho confunde-se com o espaço de formação, e a professora esteve presente para encorajar e dar suporte, motivar os desempenhos e ajudar a desenvolver competências.

A ida ao terreno e o contacto directo com a população em estudo (coordenadores, outros colaboradores e utentes), para a recolha de informação, permitiu-nos desenvolver competências ao nível das técnicas de comunicação e desenvolver um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde identificados.

O trabalho em equipa com a colega de estágio foi de complementaridade, uma vez que, assumimos objectivos idênticos para a construção do diagnóstico de saúde e concentramos esforços para atingir o mesmo fim.

A Coordenadora do CSCP foi excepcional não colocando qualquer dificuldade ao desenvolvimento do projecto de intervenção. Por sua vez facilitou-nos a recolha de

informação social disponível nos processos sociais dos utentes com SAD permitindo a caracterização dos utentes alvos da prestação de cuidados pelos AAD.

### **REFLEXÃO GLOBAL DAS ACTIVIDADES**

A capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa é uma competência que se adquire ao longo do tempo. As relações interpessoais são um dos factores de satisfação pessoal das pessoas que de uma forma indirecta vão trazer ganhos para o cliente/comunidade. Quando existem boas relações, as pessoas colaboram mais entre si e, facilmente contornam obstáculos orientando as suas acções para objectivos comuns o que se traduz necessariamente em ganhos em saúde.

### **COMPETÊNCIAS:**

- Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica.

### **ACTIVIDADES REALIZADAS PARA ATINGIR AS COMPETÊNCIAS**

Durante o estágio foi realizado um Portefólio por módulo e a reflexão crítica quinzenal de todas as actividades desenvolvidas.

### **REFLEXÃO GLOBAL DAS ACTIVIDADES**

A elaboração de um Portefólio por módulo de estágio e a reflexão crítica quinzenal de todas as actividades desenvolvidas permitiu-nos reflectir de forma crítica sobre a nossa prática e levantar um conjunto de questões para discutir com a orientadora. Por vezes, só planeamos actividades e não reservamos um tempo para pensar como estamos a desenvolver o nosso trabalho! É nesta ocasião que verificámos como são importantes os momentos de supervisão.

## **2.2 - Domínio da Formação**

### **COMPETÊNCIAS:**

- Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;

- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EEC;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EEC;
- 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;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- Zelar pelos cuidados prestados na área de EEC.

#### **ACTIVIDADES REALIZADAS PARA ATINGIR AS COMPETÊNCIAS**

No módulo II a segunda estratégia de intervenção incluiu as actividades de:

- Planear e realizar formação aos AAD;
- Avaliar a formação.

#### **REFLEXÃO INDIVIDUALIZADA DAS ACTIVIDADES**

##### **Formação aos AAD sobre o tema “*Cuidar da pessoa dependente no domicílio*”**

A aplicação da grelha de observação à equipa dos AAD permitiu-nos identificar as actividades da sua prática que necessitam de ser melhoradas/corrigidas. Atendendo ao tempo disponibilizado para a implementação deste projecto utilizámos como segunda estratégia de intervenção a formação aos AAD. Neste contexto realizámos três sessões de formação, a três grupos de AAD com elementos diferentes (abrangendo toda a equipa), sobre medidas de prevenção das úlceras de pressão, princípios de Mecânica Corporal e mobilização correcta nas mudanças posturais.

A estratégia de intervenção utilizada foi a formação aos AAD. Sendo esta uma estratégia de educação para a saúde que visou capacitar os AAD para melhor **cuidar da pessoa dependente no domicílio**, proporcionando um espaço de formação onde se pode adquirir conhecimentos úteis para a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos utentes com SAD. Contudo pretendeu-se dar resposta às necessidades manifestadas pela equipa de AAD, e não a um conjunto de supostas necessidades que poderíamos equacionar analisando a sua realidade. Não que estas últimas não fossem pertinentes,

mas poderiam não ser as que esta equipa consideraria como suas. Por outro lado, partir da observação da realidade (realização de visitas domiciliárias aplicando a grelha de observação) para a acção educativa, foi também uma estratégia deste projecto de estágio.

Durante as sessões de formação, os AAD foram convidados a reflectir sobre a sua prática, o que lhes permitiu identificar alguns erros e, assim, identificarem estratégias para melhorar os cuidados por eles prestados. Por outro lado foram aconselhados a incorporar nas suas práticas uma mecânica corporal adequada com o objectivo de promover a segurança do cliente, mas também da prevenção de lesões ocupacionais.

### **Avaliação da Formação**

Segundo os resultados do questionário de avaliação da formação, aplicado no final de cada sessão, os conteúdos abordados foram **muito oportunos** segundo 71% dos AAD, **oportunos** segundo 29 % dos AAD; a apresentação dos conteúdos foi **eficaz com criatividade** para 57% dos AAD e **eficaz** para 43%; a metodologia utilizada **facilitou a compreensão dos conteúdos programáticos** em 100% dos AAD; a duração da sessão foi **adequada** para 86% dos AAD e insuficiente para 14%; a informação transmitida permitiu alcançar os objectivos propostos (para a secção lectiva) **completamente** a 29% dos AAD e **parcialmente** a 71%; 100% dos AAD completou a informação que tinha acerca dos conteúdos apresentados.

## CONCLUSÕES

Com o envelhecimento da sociedade um número crescente de indivíduos acaba por sofrer limitações funcionais; logo, haverá um acréscimo de pessoas idosas incapazes de satisfazer as exigências do autocuidado e de viver autonomamente na comunidade. Esta problemática é agravada pelas alterações sócio-culturais, como o trabalho das mulheres fora de casa e a transformação do modo de vida das famílias. Actualmente existe uma grande diversidade de tipos e estruturas familiares. No entanto, apesar das mudanças operadas, a família não perdeu a importância da sua acção. No contexto actual, as políticas sociais e de saúde (política de desinstitucionalização e de redução de custos da saúde) preconizam a manutenção dos idosos no seu domicílio. Esta transição tem aumentado a consciência da importância da família com cuidadora. Por outro lado, sabemos que quando o lugar da prestação de cuidados é o domicílio, tal permite ao idoso viver no seu ambiente familiar, ou seja, num ambiente conhecido e preservar o carácter de intimidade que caracteriza o autocuidado. Contudo, nos dias de hoje, a função de cuidar das pessoas idosas, tem deixado de acontecer no interior das famílias e sido confiada a outros grupos sociais ou instituições. Por conseguinte, a capacidade da família para assumir a responsabilidade a longo prazo por familiares idosos depende de um conjunto de circunstâncias e motivações. O desejável será que, desde que estejam asseguradas as condições necessárias formais e informais, o idoso permaneça no seu domicílio.

Começamos então por recordar que este relatório se reporta ao estágio desenvolvido através do CEC na ODPS, durante 18 semanas, tendo sido constituído por dois módulos (de 9 semanas cada um). No **módulo I**, perante a necessidade emergente de um diagnóstico da situação da população abrangida pela ODPS, realizámos o diagnóstico das necessidades em cuidados de enfermagem desta comunidade. Por conseguinte, no **módulo II**, face às necessidades encontradas, concebemos e implementámos o projecto de intervenção comunitária *“Cuidar da pessoa dependente no domicílio – o apoio ao prestador de cuidados/auxiliar de acção directa”*.

No diagnóstico da situação de saúde realizado constatámos que os AAD são as pessoas com quem os idosos em apoio domiciliário, mais contactam no dia-a-dia, muitas vezes a

única família que têm, são as “únicas pessoas” com quem podem contar. Segundo dados recolhidos no diagnóstico, na maioria dos Centros Sociais da ODPS, 50% dos utentes em SAD estão sozinhos no domicílio sendo os AAD os únicos cuidadores. Os utentes/clientes do SAD são essencialmente **idosos dependentes**. Portanto, o apoio domiciliário prestado pela ODPS (através do SAD) surge num contexto de extrema importância que importa destacar, não só pelo seu contributo pela manutenção das pessoas idosas no domicílio/ comunidade, mas também pela relação próxima com cada uma das situações em que este existe, constituído por um apoio emocional e físico numa base diária.

Após a priorização das necessidades encontradas chegámos à conclusão que seria pertinente desenvolver um projecto orientado para o acompanhamento/ apoio aos AAD dos utentes em apoio domiciliário, no sentido de os capacitar para melhor cuidar da pessoa dependente no domicílio, proporcionando um espaço de formação onde se pode adquirir capacidades, conhecimentos úteis para a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos utentes com SAD. Para a consecução deste projecto foram implementadas duas estratégias. A primeira estratégia utilizada foi a realização de visitas domiciliárias para aplicação de uma grelha de observação, por nós elaborada, aos AAD. Por conseguinte, tendo como ponto de partida as necessidades identificadas através da aplicação da grelha de observação, surge como segunda estratégia de intervenção, a formação aos AAD, numa perspectiva de desenvolver sessões de promoção e educação para a saúde sobre medidas de prevenção das úlceras de pressão, princípios de Mecânica Corporal e mobilização correcta nas mudanças posturais. Assim sendo foi elaborada uma sessão de formação sobre o tema “*Cuidar da pessoa dependente no domicílio*” abordando os conteúdos anteriormente identificados. Esta sessão foi leccionada a três grupos de AAD tendo sido realizada a todos os elementos da equipa. Os resultados obtidos com a implementação deste projecto foram bastante satisfatórios, na medida em que, nos permitiram atingir as metas propostas inicialmente.

Este estágio constituiu-se um verdadeiro desafio permitindo completar o ensino teórico por meio de um confronto no terreno, sendo este um poderoso meio de desenvolvimento da autonomia. Segundo Salazar Agulló e Martínez Marco (2000) citado por LAGE (2007, p.177)

*“(...) na actualidade, em consequência do aumento significativo da necessidade de cuidados prestados às pessoas no seu domicílio e a pouca disponibilidade dos cuidadores informais, a necessidade de cuidados sociais e de saúde é hoje maior que nunca. A ajuda prestada ao domicílio constitui a provisão de serviços e equipamentos, cuidados sociais e de saúde aos doentes em casa, com o objectivo de manter ou restaurar o nível máximo de função, conforto e saúde”.*

Segundo o mesmo autor os cuidados domiciliários de carácter social e de saúde, como é o caso do apoio domiciliário prestado pela ODPS, são um serviço de apoio aos cuidadores informais e um recurso importante que pode aumentar o funcionamento da família. Portanto, considerámos de extrema importância a articulação do cuidado informal com o cuidado formal, uma vez que, este último contribui para a optimização do cuidado prestado e para o bem-estar da díade “cuidador informal – alvo dos cuidados”.

O trabalho desenvolvido ao longo do estágio assentou numa metodologia de Planeamento em Saúde. Sendo que, a primeira etapa do Planeamento em Saúde inicia-se com o diagnóstico de situação de uma determinada comunidade, seguido da determinação de prioridades, fixação de objectivos, selecção de estratégias, preparação operacional (programação de projectos) e por fim a avaliação. Portanto, analisando o percurso efectuado considerámos que adquirimos competências, com base na metodologia do Planeamento em Saúde: na avaliação do estado de saúde de uma comunidade através da elaboração do diagnóstico; na elaboração de indicadores de avaliação das actividades realizadas; na formulação de estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas; na elaboração de projectos de intervenção com vista à resolução das necessidades identificadas. Por outro lado, através da implementação do projecto de intervenção comunitária no módulo II promovemos a capacitação do grupo, AAD do CSCP, para melhor cuidar da pessoa dependente no domicílio. Esta intervenção permitiu-nos reforçar competências no âmbito da concepção, gestão e supervisão de cuidados, assim como no âmbito da formação. Com a elaboração e aplicação dos instrumentos de recolha de dados reforçamos competências no âmbito da investigação.

As maiores dificuldades enfrentadas foram conciliar os horários do estágio com o horário de trabalho e, por sua vez, aliar as responsabilidades familiares com o trabalho e o estudo. Contudo, apesar de todos os obstáculos colocados no nosso local de trabalho, o caminho foi percorrido.

Com este documento pretendemos analisar de forma objectiva as actividades desenvolvidas e as experiências relevantes para o nosso processo de formação, para assim atingir as competências propostas pelo plano de estudos. Ao longo do desenvolvimento deste relatório fomos reflectindo, analisando e avaliando o percurso efectuado. Reconhecemos que aprendemos e evoluímos de forma significativa, e com a consciência, de que este não é apenas mais um passo no nosso percurso académico e formativo, mas sim a forma como queremos estar na enfermagem.

Uma intervenção comunitária deve enquadrar as suas acções com a realidade encontrada no terreno e dar voz aos destinatários, para que as aprendizagens sejam contextualizadas e significativas.

Todos os enfermeiros devem contribuir para um paradigma de saúde centrado na satisfação das necessidades dos cidadãos através da afirmação das suas competências.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, Carlos M.; AZEVEDO, Ana G. – *Metodologia Científica: Contributos Práticos para a elaboração de Trabalhos Académicos*. 6ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2006.

BENNETT, Paul; MURPHY, Simon – *Psicologia e Promoção da saúde*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.

*Caderno temático: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) – Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem – Perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista*. 2009, nº 2.

CARMO, Hermano – *Desenvolvimento Comunitário*. Lisboa: Universidade Aberta, 1999.

CHAMUSCA, Bernardino – *Obra Diocesana 40 anos de Promoção Social*. Obra Diocesana de Promoção Social. Porto, 2007.

CIPE – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. (Tradução do original em inglês *International Classification of Nursing Practice, 1.0*. Geneva: ICN, 2005).

FORTIN, Marie-Fabienne – *O Processo de Investigação: Da Concepção à realização*. Loures: Lusociência, 1999.

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

HANSON, M.Shirley – *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. 2.ª ed. Loures: Lusociência, 2005.

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário – *Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais*. 2ª ed. Lisboa: Edições da saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 1986.

LAGE, Maria Isabel Gomes de Sousa – *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Porto: (s.n.), 2007. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

LUÍS, Marta; SERDOURA, Paula – *Diagnóstico das necessidades em cuidados de enfermagem na Obra Diocesana de Promoção Social*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2009 (documento não publicado).

MARCONI, Marina Andrade; LAKATOS, Eva Maria. *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Plano Nacional de Saúde: Orientações Estratégicas para 2004/2010*, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*, 2004.

NP 405-1. 1994, Informação e Documentação – *Referências Bibliográficas: documentos impressos*. Lisboa: IPQ. 49 p.

OBRA DIOCESANA DE PROMOÇÃO SOCIAL – *Regulamento Interno Serviço de Apoio Domiciliário*. Porto, 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. 2003.

PATRÃO Neves, Maria do Céu; Pacheco, Susana – *Para Uma Ética de Enfermagem*, Gráfica de Coimbra, 2004.

PAÚL, Constança; FONSECA, A. M. – *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

POLIT, Denise; HUNGLER; Bernardette – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela; BARROSO, Teresa – *Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau- Formação e Saúde, 2005.

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 1ª ed. em Português. Lisboa: Lusociência, 1999.

TAVARES, António – *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Caderno de Formação nº 2. Ministério da Saúde, 1990.



## **ANEXOS**

## **ANEXO A**

**Projecto de estágio (Módulo I e Módulo II)**

## **ANEXO B**

Guião da entrevista

**ANEXO C**  
**Questionário**

## **ANEXO D**

Projecto de intervenção comunitária

## **ANEXO E**

Grelha de observação final e respectivo manual de instruções

## **ANEXO F**

Planificação pedagógica da formação realizada