



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

“INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ODPS”

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

Por

Paula Cristina Teixeira Antunes Serdoura

Porto, Abril de 2010



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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

“INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ODPS”

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

Por Paula Cristina Teixeira Antunes Serdoura

Sob orientação de Norminda Magalhães

Porto, Abril de 2010

Resumo: Relatório da Especialidade em Enfermagem Comunitária

A enfermagem da família é um conceito que tem vindo a desenvolver-se nos últimos 30 anos e o Modelos de Avaliação familiar de Calgary assim como o Modelo de Intervenção Familiar de Calgary segundo Wright e Leahey (2008) foram o ponto de partida para a reconstrução apresentada no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (FIGUEIREDO, 2008). A implementação do gabinete de enfermagem no Centro Social do Cerco do Porto permitiu a aplicação deste Modelo através da metodologia do processo de enfermagem.

Os estágios integrados nos Módulos I e II do curso de pós licenciatura e especialidade em Enfermagem Comunitária decorridos nos períodos de 20 Abril a 23 Junho de 2009 para o diagnóstico das necessidades e entre 06 de Outubro e 27 de Novembro de 2009 para a implementação do projecto intervenção, na Obra Diocesana de Promoção Social, permitiram a aquisição de competências nesta área da especialidade através do desenvolvimento da metodologia do planeamento em saúde em todas as suas fases segundo Tavares (1990).

Abstract: Report (of the work about) Speciality in Nursing into the Community

The Nursing into the Family is a concept which has been developed in the last 30 years, and the Patterns of Familiar Valuation as well as Intervention Valuation by Calgary according Wright and Leahey (2008) have been the starting point for the reconstruction showed in the Dynamic Model of Evaluation and Familiar Intervention (*Figueiredo, 2008*). The introduction of Nursing Cabinet into the Social Center “Cercos do Porto” has contributed for the application of this pattern through the methodology of the nursing process.

The internships integrated in the Modulus I and II of the pos-graduate and specialization in Nursing Community happened during the period between 20th April till 23rd June 2009 for the inquiry of the needs as well the implementation of the Project of Intervention in the “Obra Diocesana de Promoção Social” from 6th October till 27th November 2009 have permitted the acquisition of the abilities in this area of the specialization through the developing of the methodology of the planning in health.

Agradecimentos

O curso de Especialidade em Enfermagem Comunitária 2008/20010 foi um marco muito importante na minha vida. Nunca o poderia ter feito sozinha.

Agradeço:

Em especial ao meu pai e à minha mãe, por tudo aquilo que sou, pela força estrutural e pela orientação.

Agradeço do fundo do meu coração à minha família alargada, D. Arlete Serdoura pela disponibilidade incondicional.

Ao meu marido, pela paciência e pelo financiamento.

Às minhas filhas por suportarem as ausências.

Ao meu irmão, aos professores do ICS pela disponibilidade e colaboração

À senhora professora Norminda Magalhães, pela disponibilidade incondicional e acompanhamento e pela amizade.

À Laurinda que começou isto tudo.

A DEUS, MINHA FONTE DE INSPIRAÇÃO

ÍNDICE

<u>INTRODUÇÃO</u>	9
<u>1. ENQUADRAMENTO</u>	15
<u>1.1. A OBRA DIOCESANA DE PROMOÇÃO SOCIAL</u>	15
<u>1.2. ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DA ODPS</u>	16
<u>1.2.1. PROJECTO DE DESENVOLVIMENTO</u>	18
<u>1.3. AS VALÊNCIAS DOS CENTROS SOCIAIS</u>	19
<u>1.3.1. CENTRO DE DIA</u>	19
<u>1.3.2. CENTRO DE CONVÍVIO</u>	20
<u>1.3.3. SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO</u>	21
<u>1.4. O CENTRO SOCIAL DO CERCO DO PORTO</u>	22
<u>2. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE</u>	27
<u>2.1. SELECÇÃO DAS VARIÁVEIS</u>	27
<u>2.2. DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO</u>	27
<u>2.3. OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS</u>	29
<u>2.4. ANÁLISE DOS DADOS</u>	29
<u>2.5. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES</u>	30
<u>3. PROJECTO DE INTERVENÇÃO</u>	32
<u>3.1. AVALIAÇÃO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO</u>	35
<u>3.1.1. INDICADORES DE PROCESSO</u>	35
<u>3.1.2. INDICADORES DE RESULTADO</u>	37
<u>4. CONCLUSÕES GERAIS</u>	42

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

<u>Gráfico 1: Distribuição das actividades profissionais da ODPS</u>	16
<u>Gráfico 2: Distribuição de utentes por centro social</u>	18
<u>Gráfico 3: Profissionais do Cerco do Porto</u>	23
<u>Gráfico 4: Distribuição de utentes na valência da 3ª idade no centro social do Cerco do Porto</u>	24
<u>Gráfico 5: Distribuição das necessidades em informação sobre técnicas no Cerco do Porto</u>	25
<u>Tabela 1: Quadro resumo dos objectivos</u>	33
<u>Tabela 2: Quadro resumo do MDAIF (FIGEIREDO, 2008)</u>	34
<u>Tabela 3: Quadro resumo dos indicadores de processo</u>	35
<u>Tabela 4: Quadro resumo dos indicadores de resultado</u>	37

Lista de abreviaturas:

AAD – Auxiliares de Acção Directa

ATL – Actividades Tempos Livres

CA- Conselho de Administração

CAFAP – Centro de Acompanhamento de Famílias Parental

CEC – Centro de Enfermagem da Católica

CS – Centro Social

CSCP – Centro Social Cerco do Porto

Enf.^a - enfermeira

GE – Gabinete de Enfermagem

ICS- Instituto de Ciências da Saúde

ODPS- Obra Diocesana de Promoção Social

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PE- Processo de Enfermagem

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

USF – Unidade de Saúde Familiar

MAFC – Modelo de Avaliação Familiar de Calgary

MIFC – Modelo de Intervenção Familiar de Calgary

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

SNS – Sistema Nacional de saúde

EEC – Especialidade Enfermagem Comunitária

UCP – Universidade Católica Portuguesa

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

INTRODUÇÃO

No âmbito do curso de pós licenciatura de especialização em Enfermagem Comunitária do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), no ano lectivo de 2008/2010, foram-nos propostos novos domínios do conhecimento que permitissem a aquisição de competências na área de Especialidade da Enfermagem Comunitária (EEC). Assim para este curso foram distinguidos 3 eixos específicos de objectivos pedagógicos gerais:

- No domínio do Saber-Saber pretendeu-se que os formandos adquirissem a capacidade de aplicar conhecimentos e demonstrassem compreensão face à resolução de situações não familiares, relacionados com área da EEC
- Na posse de um corpo de conhecimentos pretendeu-se igualmente que cada um conseguisse comunicar as suas conclusões e raciocínios a ele subjacentes de forma clara quer a especialistas quer a não especialistas, completando o eixo do Saber-Fazer
- Finalmente o Saber-Ser reveste-se de suma importância na actuação de um Enfermeiro Especialista uma vez que se pretende que este consiga lidar com situações complexas, emitir juízos e incluir reflexões sobre as responsabilidades éticas e sociais resultantes desses juízos

Estas competências específicas na área da EEC traduzem-se na capacidade de trabalhar com a metodologia do Planeamento em Saúde. Este método manifesta-se no diagnóstico de situação de saúde comunitária e subsequentes estratégias de intervenção para suprir ou atenuar os problemas encontrados. Melhor dizendo, o planeamento em saúde é uma metodologia científica através da qual se conseguem determinar os problemas de saúde existentes e estabelecer prioridades de actuação (IMPERATORI, 1993) a fim de se conseguir, uma redistribuição de recursos que conduza a uma maior eficiência, resultante de uma melhor utilização dos mesmos para atender às necessidades de saúde das populações (TAVARES, 1990).

Num total de 750 horas de trabalho e 210 horas de estudo individual, os 3 módulos que constituíram a unidade curricular de Estágio foram divididos consoante os objectivos pretendidos:

- Módulo I: Diagnóstico de Saúde de 20/04/2009 a 20/06/2009
- Módulo II: Intervenção de acordo com as necessidades de 06/10/2009 a 29/11/2009
- Módulo III: Opcional de 02/12/2009 a 31/01/2010

O Módulo I teve como objectivos a elaboração de um diagnóstico de saúde atendendo às fases: da identificação dos problemas e da definição de prioridades. O Módulo II observou a implementação de um projecto de intervenção que tentou dar resposta a uma ou mais áreas de necessidades identificadas no diagnóstico de saúde. O Módulo III foi uma unidade curricular opcional que no nosso caso foi creditado devido ao percurso profissional na área dos cuidados de saúde primários ter já fornecido as competências que se esperavam obter, com a frequência no módulo.

Constituído também como disciplina curricular do curso, o presente Relatório serve para documentar o percurso académico e as conclusões obtidas das intervenções que originaram a aquisição dos conhecimentos na área da especialidade em Enfermagem Comunitária, a fim de submeter como proposta a um júri para a obtenção de grau de mestre. Sob a orientação tutorial foram dispendidas 75h de trabalho para a elaboração deste documento que se pretende claro e sem ambiguidades na apresentação das conclusões obtidas do estudo desenvolvido.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Especialista é “*o profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente*” (OE, 2007,p.14). Ainda segundo a proposta de individualização de especialidades em Enfermagem da OE as áreas de especialização contidas no eixo estruturante: Grupo e no alvo da intervenção família/comunidade são: a Saúde Familiar e a Saúde Pública. A primeira dirigida aos projectos de saúde da família e a segunda dirigida aos projectos de saúde dos grupos.

Os Módulos frequentados permitiram o desenvolvimento de habilidades na promoção da saúde, prevenção da doença, readaptação funcional e reinserção social nos

contextos de vida quer de indivíduos quer de famílias, através da sessão da educação para a saúde efectuada e também pela implementação do processo de enfermagem familiar (anexos VI e VII).

Devido a parcerias anteriores entre o Centro de Enfermagem da Católica (CEC) e a Obra Diocesana Promoção Social (ODPS) foi-nos proposta uma intervenção comunitária que distinguisse a situação em cuidados de enfermagem e quais as prioridades de intervenção, a fim de se elaborar um plano a médio prazo de intervenção fundamentada conjugando os recursos de ambas as instituições.

O CEC é uma unidade de prestação de serviços de Enfermagem quer à comunidade escolar quer a parceiros sociais como é o caso da ODPS. Fora do campus o CEC exerce a sua actividade através dos campos de estágios de alunos de Enfermagem dos diferentes ciclos de estudos do ICS nos quais se aplicam as intervenções baseadas nas evidências emergentes da Enfermagem. Com um enfermeiro especialista como responsável e um enfermeiro como colaborador, o CEC tem uma actuação constante em diferentes equipamentos sociais da ODPS dos quais se destacam as unidades do Regado, S. Tomé e Cerco do Porto.

A escolha para a realização do módulo I no CEC prendeu-se sobretudo com o facto do nosso percurso profissional revelar experiência ao nível das Unidades de Saúde Familiar (USF) segundo o artigo 12º do Decreto-Lei nº 157/99 de 10 de Maio, mas também pelo facto de haver a necessidade emergente de um diagnóstico de saúde da comunidade abrangida pela ODPS, segundo informações recolhidas junto da Coordenadora dos mestrados em Enfermagem do ICS. Assim pareceu-nos que o objectivo geral seria: o diagnóstico da situação de saúde e necessidades em cuidados de enfermagem da população abrangida pelos centros sociais da ODPS; a fim de se elaborar um plano de intervenção a médio prazo integrado e estratégico. Assim das necessidades que o diagnóstico sugerisse, trabalhar-se-ia para um compromisso das duas instituições na concretização de um protocolo.

O capítulo 1 fará o enquadramento do contexto em que se desenvolveu o projecto, revelando sucintamente a estrutura e desenvolvimento dos domínios da actuação da ODPS. Devido à abrangência da instituição o desenvolvimento dos estágios foi feito em

parceria com uma colega, cujo projecto foi complementar a este, tal como apresentamos no anexo IX no plano de actividades.

Assim foi desenvolvido um diagnóstico de saúde com o título: “*Diagnóstico de Necessidades em Cuidados de Enfermagem na ODPS*” que apresentamos no capítulo 2 inserido nos objectivos do Módulo I. Os resultados obtidos no diagnóstico foram fundamentais na elaboração deste relatório, uma vez que os dados estatísticos descritivos nele foram baseados. A fonte será omissa a fim de evitar repetição exaustiva. A determinação das prioridades foi obtida através da conjugação de 2 técnicas: consenso de peritos e técnica da grelha de análise (TAVARES, 1990, p.89). Para melhor compreensão apresentamos em anexo III o esquema da referida grelha. Dos vários problemas identificados pelo diagnóstico, os peritos na área (responsáveis do ICS, ODPS, CEC e EEC) sugeriram 2 áreas prioritárias que submetidas à grelha de análise atrás referida obtiveram a ordem de prioridade apresentada neste mesmo capítulo. Os aspectos metodológicos também constam do capítulo 2.

A Enfermagem de família tem um grande desenvolvimento na sua componente de intervenção, graças ao aperfeiçoamento do Modelo de Calgary quer da avaliação quer de intervenção familiar, uma vez que nos apresenta definições de estrutura e funcionamento familiar possíveis de ser observados e registados. Para Wright e Leahey (2008) o paradigma da Enfermagem muda no início deste milénio imprimindo na família o foco de atenção e de cuidados, mais do que um contexto. A família enquanto objecto de cuidados precisa de ser compreendida mais do que a soma das suas partes (WRIGHT, 2008). As mesmas autoras integram ainda os conceitos de que uma mudança num membro da família afecta todos os seus membros; a família é capaz de criar um equilíbrio entre a mudança e estabilidade e que os comportamentos dos membros da família são melhor compreendidos dum ponto de vista de causalidade circular em vez de linear (2008). Estes conceitos dão uma nova dimensão às intervenções a realizar no contexto comunitário de intervenção familiar assim como o desenvolvimento da Enfermagem que presta este apoio deve estar no nível do cuidado especializado.

A utilização da linguagem universal da Classificação Internacional para a Prática Enfermagem (CIPE) está contida nos aplicativos informáticos dos Cuidados de Saúde Primários na Administração Regional de Saúde Norte IP com a designação de SAPE

(Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). Este sistema permite a elaboração de diagnósticos de enfermagem e planificação das intervenções associadas a cada programa de saúde atribuído ao utente. A investigadora da escola Superior de Enfermagem do Porto, Professora Adjunta Henriqueta Figueiredo desenvolveu na sua tese de doutoramento o “Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar ” (MDAIF) que torna os Modelos de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary, operacionais através da utilização da CIPE, este suporte teórico foi fundamental da construção da proposta de processo de enfermagem apresentado no anexo VII.

A avaliação dos programas e planos de saúde é o que determina a alteração dos estados de saúde da população, uma vez que através daquela monitorizamos em que estado se encontra cada um dos objectivos. Seja através do impacto que as intervenções têm no estado actual da saúde dos indivíduos ou grupos, e então temos os indicadores de impacto ou de resultado; seja através das medidas necessárias ocorrerem para a prestação dos cuidados, e então temos os indicadores de processo ou actividade; todos eles permitem uma monitorização do projecto de intervenção. No capítulo 3 faremos a descrição da metodologia do projecto (anexo IV) e discriminaremos os indicadores para a sua monitorização assim como os recursos dispendidos. Foi fundamental para a implementação do projecto a disponibilidade da ODPS na pessoa do seu Presidente do Conselho de Administração assim como da Directora dos Recursos Humanos e Jurídicos, uma vez que mobilizaram todos os esforços necessários para que: quer o equipamento social e suporte material quer pelo incentivo dos seus colaboradores a participarem nas actividades propostas; pudessem tornar possível a implementação das acções propostas no plano de actividades (anexo IX).

Consideramos a avaliação um momento crucial para resumo e consolidação das estratégias implementadas por isso no capítulo 3 caberá a apreciação dos resultados obtidos.

A “*capacidade de lidar com situações complexas, emitir juízos e incluir reflexões sobre as responsabilidades éticas e sociais resultantes desses juízos*” (guia de estágio, 2009, p.3) implica um conhecimento do Código Deontológico do Enfermeiro e reflexão sobre a prática. Nas conclusões gerais propomos alguns artigos e alíneas, do Código Deontológico (Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril referente ao Estatuto da Ordem dos

Enfermeiros) que nos inspiraram e orientaram no decorrer deste ciclo de estudos assim como as reflexões críticas e projectos para o futuro.

A nossa caminhada teve alguns marcos importantes e que se justificam documentar nos Anexos, assim incluiremos algumas das representações gráficas que melhor justificam o Diagnóstico de Saúde (anexo I e II) assim como alguns documentos produzidos durante a frequência no módulo II (anexos V, VI, VII e VIII).

1. ENQUADRAMENTO

Constará neste capítulo uma breve descrição da instituição da ODPS, sua organização, valências e projecto de desenvolvimento.

Em alguns dos seus centros sociais os alunos do ICS frequentam os Estágios aplicando os conhecimentos aprendidos em contexto teórico trazendo benefícios tanto para os utentes das várias valências, da infância à terceira idade que os frequentam. Esta colaboração é enriquecedora para ambos, utentes e alunos uma vez que permite a uns o acesso a cuidados de saúde duma forma mais personalizada e em tempo mais útil, e a outros promove uma experiência de contacto com especificidades características de cada comunidade. A justificação para o desenvolvimento do projecto de intervenção no Centro Social do Cerco do Porto prendeu-se sobretudo pelas condições apresentadas por aquele equipamento social e que também descreveremos.

1.1. A Obra Diocesana de Promoção Social

*“A Obra Diocesana de Promoção Social (...) é uma instituição particular de solidariedade social, na forma de fundação, de erecção canónica, criada por iniciativa da Diocese do Porto (...) 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, e o seu **âmbito de acção** abrange a Cidade e Concelho do Porto, podendo estender a sua acção a toda a Diocese (...). Para a realização dos seus objectivos a ODPS **criou** e propõe-se manter: Creches, Jardins de Infância, Centros de Apoio a Jovens, Centros de Dia, Centros de Convívio e Apoio Domiciliário.”* (ODPS estatutos, 1999).

Actualmente presente em 12 bairros sociais da cidade do Porto esta instituição conta com 408 colaboradores, que representaremos esquematicamente no seguinte quadro (dados fornecidos cortesmente pelos Recursos Humanos da ODPS).

Gráfico 1: Distribuição das actividades profissionais da ODPS



1.2. Organização e estrutura da ODPS

A ODPS é gerida pelo CA. Este é constituído por 5 membros: Presidente, Secretário, Tesoureiro e 2 Vogais. O Presidente é nomeado pelo Ordinário Diocesano e tem autonomia de escolher a equipa de trabalho.

O CA é assessorado por um Conselho Técnico de competência consultiva. O Conselho Fiscal é composto por 1 Presidente e 2 Vogais, nomeados pelo Ordinário Diocesano e empossado também pelo CA.

A ODPS tem a seu cargo 12 Centros Sociais:

- 1 Centro Social do Carriçal
- 2 Centro Social do Cerco do Porto
- 3 Centro Social de Fonte da Moura
- 4 Centro Social do Lagarteiro
- 5 Centro Social da Pasteleira
- 6 Centro Social de Pinheiro Torres
- 7 Centro Social do Regado
- 8 Centro Social de S. João de Deus
- 9 Centro Social de S. Roque da Lameira
- 10 Centro Social de Social de S. Tomé
- 11 Centro Social de Machado Vaz
- 12 Centro Social da Rainha D. Leonor

Estes Centros Sociais são coordenados por Técnicas de Serviço Social que elaboram um relatório social mensal dos utentes inscritos e o reportam ao CA todos os meses. Este tem por objectivo fazer uma actualização dos acordos financeiros que a Segurança Social faz com as Instituições Particulares de Solidariedade Social. É através desse mesmo relatório que se detectam as necessidades, em termos sociais, que os utentes têm.

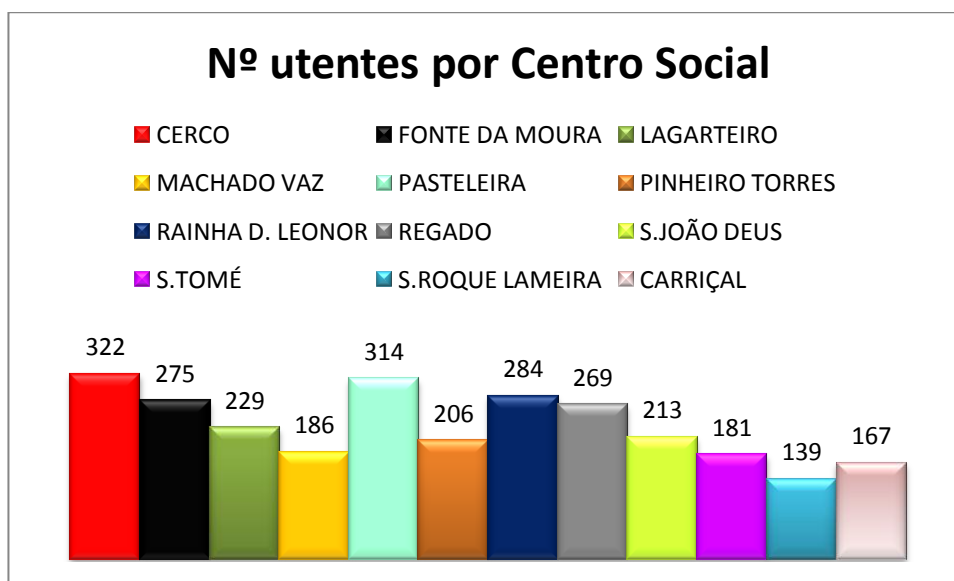
As coordenadoras dos centros sociais têm a seu cargo também a função de supervisionar o desempenho das auxiliares de acção directa (AAD) nas valências da 3ª idade, quer em centro de dia/ convívio quer no serviço do apoio domiciliário (SAD). Essa avaliação é feita em função de objectivos previamente definidos para cada valência. Por estarem a implementar um processo de certificação da qualidade existem registos das actividades que as AAD têm em cada caso. Cabe também às coordenadoras

realizar visitas domiciliárias de observação ao trabalho desempenhado. Os centros têm autonomia social e respondem aos mesmos objectivos e metas de toda a instituição. Os Coordenadores são responsáveis por fazer a ponte entre o CA e os funcionários do Centro Social. Estes respondem ao coordenador e o coordenador responde ao CA.

Projecto de Desenvolvimento

Desde a sua fundação que o objectivo da ODPS sempre foi o de suscitar nas comunidades onde se encontra inserida, actividades de promoção social em detrimento do assistencialismo que provoca maior exclusão social. A instituição sofreu alguns revezes aos longo dos 42 anos de existência devido à sua dimensão e abrangência, 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 acções descritas na revista trimestral “Espaço Solidário” desde 2006. Com uma distribuição de inscrições de utentes variável em cada mês, apresentamos no gráfico 2 a sua representação, para melhor compreensão do volume de utentes a quem se prestam serviços.

Gráfico 2: Distribuição de utentes por centro social



A ODPS tem o seu vector de actividade primordial na prestação de serviços directos aos seus utentes crianças e idosos. As actividades profissionais que prestam os serviços directos aos utentes são: as educadoras de infância, as auxiliares de educação, as

auxiliares de acção directa, educadores sociais, educadoras familiares e psicólogos. Também existem 3 médicos e 1 enfermeira, mas não foram contemplados no estudo pois o seu contacto com os utentes era justificado num contexto de situações agudas e geralmente no início de cada ano lectivo, para atestarem a saúde das crianças da creche. A enfermeira não estava a exercer a actividade enquanto tal mas sim como responsável pelo berçário no centro social de S. Roque. Nem todos os centros usufruem destes profissionais, ao passo que os psicólogos, por exemplo, acompanham os utentes em todos os centros sociais, através duma escala de visitas.

Assim o presidente actual do CA da ODPS refere que sob a divisa de «*Pessoas a sentirem Pessoas*» se sugerem alguns projectos de desenvolvimento para a instituição: inserir no seu plano de acção, formação contínua, técnica e humana, abrangendo todos os colaboradores com vista a uma melhoria crescente dos desempenhos atribuídos; proporcionar apoio multidisciplinar organizado e eficiente, incluindo médico; melhorar as competências das profissionais (Técnicas de Serviço Social e Auxiliares de Acção Directa prioritariamente); entre outros.

Com base nestas informações foram-nos sugeridos vários pontos de partida para o diagnóstico de situação, nomeadamente sobre a população alvo das possíveis intervenções. Analisaremos no capítulo 2 a metodologia do diagnóstico realizado.

1.3. As valências dos centros sociais

As seis valências dos Centros Sociais dividem-se em 2 grandes grupos: da Infância compreendida por Creche, Pré-escolar, Centro de Actividades de Tempos Livres; e a 3ª Idade que inclui Centro de Dia, Centro de Convívio e o Apoio Domiciliário. Existe ainda uma sétima valência da Infância designada por Centro de Acompanhamento Famílias Parental (CAFAP) que é muito recente e funciona apenas no Centro Social de S. Tomé. Esta valência pretende acompanhar famílias e menores em risco, com acompanhamento do psicólogo.

1.3.1. Centro de Dia

Definida, no Regulamento Interno da ODPS (2008,p.2) para a valência de Centro de Dia, como “*uma resposta social que consiste na prestação de um conjunto de serviços*”

que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar”, esta valência tem como **objectivos** (*Norma IV*):

- a) Satisfazer as necessidades básicas dos clientes
- b) Prestar apoio psicossocial dos clientes e pessoas próximas
- c) Prevenir o isolamento, através da promoção de relações interpessoais, interinstitucionais e intergeracionais
- d) Proporcionar momentos de convívio e lazer através de actividades ocupacionais
- e) Manter e/ou desenvolver as capacidades existentes
- f) Contribuir para a manutenção do idoso no seu meio habitacional

O Centro de Dia tem horário de funcionamento durante os dias úteis, entre as 9:00h e as 18:00h em regime aberto podendo os clientes circular livremente dentro e fora das instalações do Centro Social (*Norma XV dos estatutos do Centro de Dia*). Os serviços prestados englobam o fornecimento de refeições que será disponibilizado ao cliente de acordo com as suas necessidades. As ementas elaboradas por nutricionistas incluem as 4 refeições principais (pequeno almoço, almoço, lanche e jantar ou suplemento). Além das refeições os serviços podem incluir o acompanhamento das mesmas, caso o cliente seja dependente e não tenha suporte familiar; actividades ocupacionais; apoio psicossocial; cuidados de higiene pessoal; tratamento de roupa (de uso pessoal do cliente); acompanhamento ao exterior e transporte de e para o Centro Social (*Norma XVI*).

1.3.2. Centro de Convívio

O Centro de convívio é uma resposta social de apoio a actividades sócio-recreativas e culturais (Regulamento Interno Centro Convívio, 2008). Os objectivos são em tudo semelhantes aos da valência Centro de Dia variando apenas na componente do suporte em termos de necessidades básicas que no Centro de convívio não se encontra atribuída, sem prejuízo de alguma situação imprevista que surja.

São também comuns às duas valências atrás referidas as condições e critérios de admissão, que se encontram discriminadas no regulamento Interno da OSDPS para aquelas valências. Assim são admitidas às valências de Centro de Dia e Centro de Convívio pessoas de ambos os sexos na situação de reforma, pré-reforma e pensionista; poderão ser admitidas pessoas que não preencham estes requisitos desde que a sua situação familiar, socioeconómica, de saúde ou isolamento justifique este apoio e a admissão de cidadãos portadores de deficiência será considerada caso a caso de acordo com as capacidades dos serviços (Norma VI).

As prioridades de acesso são para aqueles que vivem isolados, ou em condições degradadas e de precariedade económica. Também a existência de desajustamentos familiares, principalmente se forem crianças, é uma condição de acesso prioritário. Antigos colaboradores da instituição e seus familiares também são contemplados nesta tipologia de acesso, devendo para isso residirem na área de intervenção do Centro Social ou suas imediações (Norma VII).

1.3.3. Serviço de Apoio Domiciliário

A Norma III do regulamento Interno para esta valência define o SAD como uma “*resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados, no domicílio, a indivíduos e famílias, quando por motivo de doença ou outro impedimento, não possam satisfazer as suas necessidades básicas*”. Podem aceder a estes serviços os utentes que cumpram os critérios definidos no regulamento interno atrás referido.

Os objectivos do SAD admitem contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias, apoiar clientes e pessoas próximas na satisfação das necessidades básicas e actividades de vida diárias, prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos clientes e pessoas próximas de modo a contribuir para o seu bem-estar e equilíbrio, prevenir situações de dependência e promover a autonomia assim como contribuir para a manutenção do cliente no seu meio habitacional (Norma IV).

A Norma XVI dos estatutos do Serviço de Apoio Domiciliário nomeia as AAD como prestadoras de cuidados aos clientes do SAD a quem cabe prestar os cuidados de higiene e conforto, apoiar no transporte de refeições e na limpeza do domicílio, proceder ao acompanhamento das refeições quando necessário, ministrar a medicação prescrita, que não seja da exclusiva competência dos técnicos de saúde, dar apoio a

serviços externos ao domicílio dos utentes impossibilitados como por exemplo acompanhamento a consultas médicas, entre outras actividades.

O funcionamento deste serviço de apoio domiciliário inclui todos os dias úteis e quando contratado pelo cliente também fins-de-semana e feriados. Nos dias úteis funciona das 7:30 h às 19:30h, aos fins-de-semana das 8:30h às 17:00 h.

Para o cumprimento dos objectos são realizados um conjunto de serviços que asseguram o fornecimento de alimentação e acompanhamento da mesma sempre que se verifique ausência de retaguarda familiar que assegure o mesmo; cuidados de higiene e conforto pessoal; higiene habitacional (no estritamente necessário à natureza do apoio a prestar); recolha e tratamento de roupas (de uso pessoal do cliente); desenvolvimento de actividades ocupacionais quando o estado de saúde do cliente o permita; serviços de apoio de realização de compras e acompanhamento a serviços de saúde; administração de medicação que não seja da exclusiva competência dos técnicos de saúde, e de acordo com a prescrição médica; transporte de clientes, de e para o Centro Social de acordo com a capacidade disponível; e acompanhamento psicossocial (*Norma XIX*).

1.4. O Centro Social do Cerco do Porto

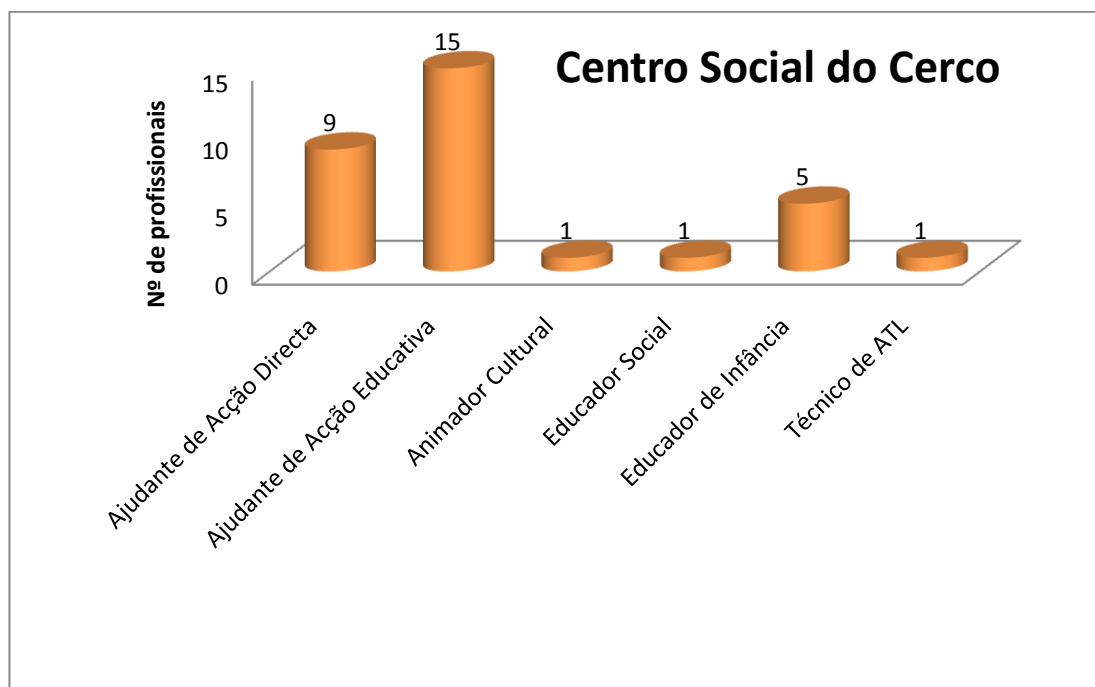
Apresentaremos de seguida as características do centro social do Cerco do Porto que nos levaram a seleccioná-lo para aplicação do projecto de intervenção.

Foi inaugurado em 1964 e alberga as valências da infância e 3ª idade. Situa-se na Rua do Cerco do Porto a Creche, Pré-escolar e ATL e na Rua de Alijó nº 53 o Centro de Dia, Centro de Convívio e Apoio Domiciliário.

Tendo como coordenadora a Dr.ª. Filomena Semana, no presente, este centro social dá apoio a 322 utentes nas várias valências.

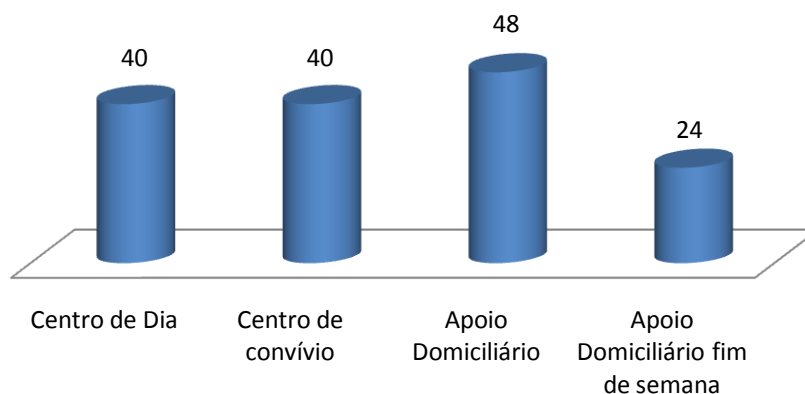
Os grupos profissionais englobam funcionários de apoio à criança como Educadoras de Infância, Auxiliares de Educação e Técnicos de ATL assim como Ajudantes de Acção Directa e Educadoras Sociais para o apoio à 3ª idade, distribuídos segundo o gráfico nº3.

Gráfico 3: Profissionais do Cerco do Porto



Os utentes idosos, distribuem-se como se demonstra no gráfico nº4. O número de utentes do serviço de apoio domiciliário ao fim de semana é metade do número de utentes que durante a semana também auferem deste serviço, uma vez que ao fim de semana só são apoiados os utentes que não têm suporte familiar.

Gráfico 4: Distribuição de utentes na valência da 3ª idade no centro social do Cerco do Porto



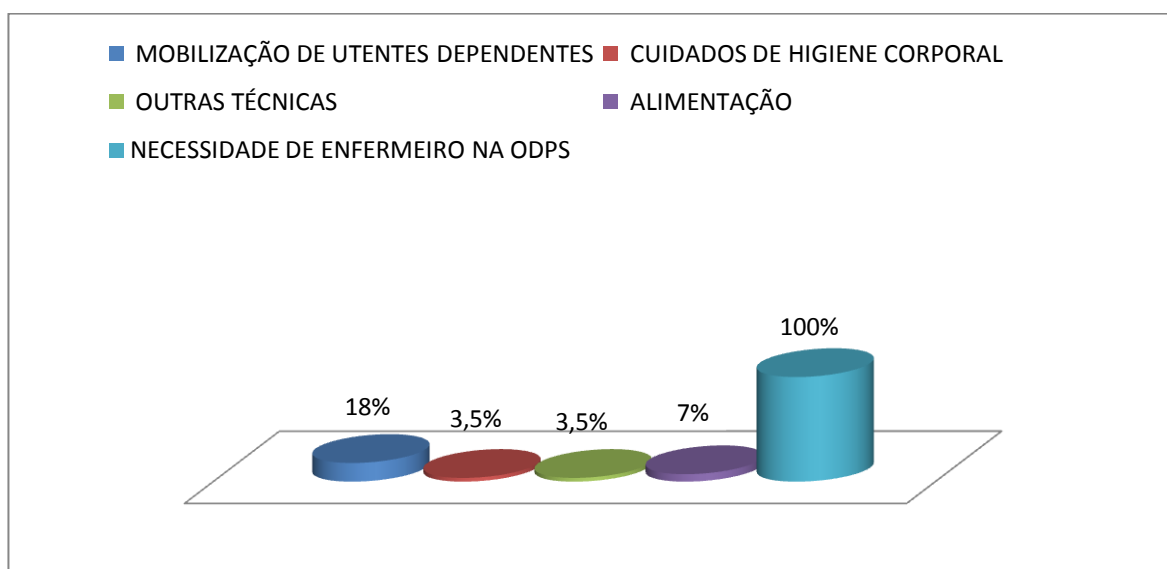
A entrevista à coordenadora do CSCP, no âmbito do diagnóstico de necessidades, revelou que a sua percepção para as carências em cuidados de saúde dos utentes idosos apoiados pela ODPS dizia respeito a uma gestão do regime terapêutico dos diabéticos e hipertensos deficiente, uma falta de acompanhamento especializado dos utentes com demência e aos problemas potenciados pelo seu elevado grau de dependência.

Referido anteriormente pelo presidente do CA como possíveis projectos a desenvolver: a avaliação das necessidades em cuidados dos utentes dependentes, a fim de determinar os cuidados essenciais a introduzir; assim como determinar qual a responsabilidade do SNS em cobrir essa carência e possivelmente efectuar a articulação entre as necessidades sentidas e a rede de cuidados de enfermagem disponíveis.

Num total de 28 inquiridos no centro social Cerco do Porto, sobretudo AAD, educadoras de infância e auxiliares de educação, sugeridas pelo diagnóstico de necessidades, existem necessidades de informação sobre técnicas. Tanto um grupo profissional como outro manifestaram maior carência nas técnicas de mobilização de utentes dependentes, nas técnicas de alimentação e noutras técnicas. Estas últimas englobam a administração de insulina, realização de pensos simples, monitorização de glicemia capilar e actuação em conformidade com hipo/hiperglicemia e assim como na monitorização da tensão arterial.

O gráfico n° 5 representa a distribuição das carências manifestadas pelos inquiridos no centro social do Cerco assim como a necessidade de haver enfermeiro na ODPS segundo a sua percepção. Podemos constatar que 100% dos inquiridos considera que a presença de um enfermeiro é necessária, 18% apresenta falta de informação sobre mobilização de utentes, 3,5% considera que necessita de mais conhecimentos sobre cuidados de higiene e outras técnicas, descriminadas anteriormente.

Gráfico 5: Distribuição das necessidades em informação sobre técnicas no Cerco do Porto



Por outro lado também verificámos que em relação ao acesso aos cuidados de saúde os funcionários accionavam correctamente o circuito, ou seja, primeiro avisavam a coordenadora ou o familiar responsável e seguidamente o 112, conforme a situação justificasse mais celeridade no atendimento ou não, 95% dos inquiridos na ODPS consideram que a presença do enfermeiro é necessária, fundamentalmente para o despiste, encaminhamento e primeiros socorros; para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e dos serviços prestados e também para o tratamento de feridas e administração de medicação (anexo I).

Neste quadro de carências apresentadas pelos colaboradores da ODPS e também percebidas por nós no estágio do Módulo I, atribuímos como prioridade de intervenção o serviço de apoio domiciliário, no centro Social do Cerco do Porto.

As estratégias definidas no projecto (anexo IV) visam a criação de um Gabinete de Enfermagem que aponte para optimização dos recursos disponíveis a fim de apoiar os utentes e suas famílias com estas carências. Também se pretende a criação de um processo de enfermagem para que a continuidade de cuidados de saúde seja promotora de um aumento da qualidade dos mesmos.

Pareceu-nos que o centro social do Cerco do Porto enquanto equipamento social apresentava boas condições físicas e o facto da manifesta disponibilidade do coordenador para acompanhar qualquer necessidade que apresentássemos no decorrer do estágio, foram premissas para a escolha de desenvolvimento do projecto de intervenção (anexo IV).

2. DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

Será apresentado neste capítulo uma descrição da metodologia utilizada e as conclusões obtidas no diagnóstico de saúde realizado no âmbito do estágio do módulo I no período que decorreu entre 20 Abril e 20 de Junho de 2009, na ODPS.

2.1. Selecção das variáveis

O diagnóstico de saúde como etapa prioritária do planeamento em saúde segue uma metodologia semelhante à científica. Inicialmente há que determinar as variáveis a estudar para prever os recursos e orientar o investigador nas questões que importam compreender, explicar ou prever. Como a população de utentes abrangidos pela ODPS é de mais de 2500 causar-nos-ia grande constrangimento o levantamento das necessidades sentidas por estes, devido aos recursos temporais serem escassos. Como não havia conhecimento sobre as necessidades em cuidados de enfermagem sentidas e como a ODPS presta serviço tanto a crianças como a idosos, foi decidido fazer o levantamento por via indirecta, ou seja, abordando os que prestam serviço directamente aos utentes. Estes profissionais sugeriam-nos que tivessem um conhecimento mais aprofundado das possíveis necessidades sentidas pelos utentes.

Foram colhidas por questionário, informações acerca das necessidades em cuidados de enfermagem à criança; necessidades em cuidados de enfermagem ao idoso; possível necessidade formação dos colaboradores em áreas específicas; e percepção dos colaboradores da ODPS em relação à necessidade de existir um enfermeiro na ODPS. Definimos estas como variáveis dependentes.

Como as variáveis independentes seleccionámos os dados profissionais e biográficos dos colaboradores; a gestão dos recursos de saúde comunitários (circuito de acesso); os problemas socioeconómicos e de saúde das famílias dos utentes. Por fim fez-se o levantamento dos possíveis problemas de saúde individuais dos utentes.

2.2. Definição da População Alvo

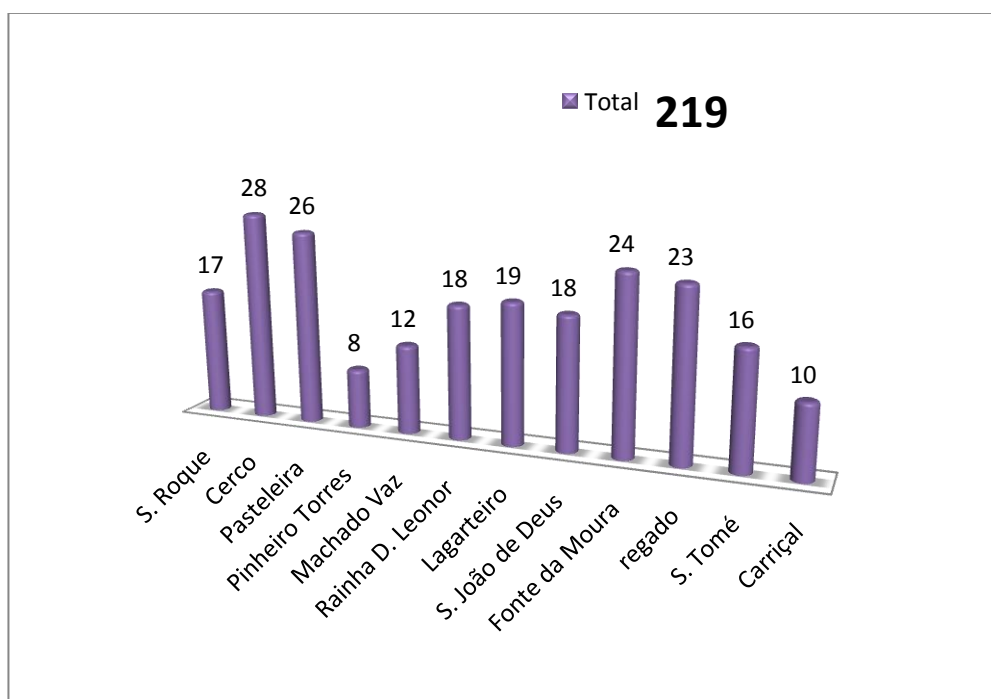
Seleccionámos os 12 coordenadores dos centros sociais da ODPS como fonte de informação privilegiada devido à visão global das comunidades por eles abrangidas. Por outro lado os profissionais que prestam serviços directos aos utentes também nos sugeriam que tivessem um conhecimento claro dos problemas de saúde, quer das

famílias quer individuais dos utentes. Assim seleccionámos as seguintes categorias profissionais para aplicar os instrumentos de colheita de informação:

- Ajudante / Auxiliar/ Ajudante de Acção Educativa
- Educador de infância
- Técnico de ATL
- Ajudante de Acção directa
- Animador sociocultural
- Educador social
- Enfermeiro
- Ajudante /Agente de educação familiar
- Psicólogo
- Professor

No gráfico nº6 representamos a distribuição da amostra por Centro Social:

Gráfico 6: Número de inquiridos por centro social



2.3. Operacionalização Das Variáveis

“Quando existem poucos conhecimentos sobre um fenómeno (...) o investigador visa acumular a maior quantidade de informação possível (...) através da utilização de entrevistas semi-estruturadas, questionários”. (FORTIN, 1996, p.240).

Para a recolha dos dados para a determinação da situação de saúde da ODPS sensível aos cuidados de enfermagem, e atendendo aos recursos humanos, limite temporal e visão integral dos profissionais, foram seleccionados os métodos da entrevista semi-estruturada aos coordenadores dos centros sociais da ODPS e ao presidente do CA, assim como um questionário aos colaboradores com as actividades profissionais atrás descritas (apresentados no anexo II).

2.4. Análise Dos Dados

“A estatística permite resumir a informação numérica de uma maneira estruturada, a fim de obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra” (FORTIN, 1996, p.269), assim seleccionámos os softwares Excel 98 para análise descritiva dos dados recolhidos e o SPSS para a análise correlacional das variáveis.

A ausência de domínio em relação ao último programa motivou-nos a solicitar a colaboração de uma docente da UCP que gentilmente nos facultou a análise atrás descrita. Os resultados obtidos no diagnóstico de saúde permitiram-nos concluir que os profissionais que exercem funções nas valências da infância possuem habilitações literárias a nível do ensino secundário e universitário, enquanto os profissionais que exercem funções na valência da 3ª idade são menos qualificados possuindo qualificações ao nível do ensino básico e tecnológico ou profissional ou outros de cariz profissionalizante.

Os problemas individuais dos utentes mais apontados pelos funcionários da ODPS foram a hipertensão arterial, a diabetes, a doença cardíaca, a doença respiratória, o acidente vascular cerebral, a demência, a perturbação mental. O facto de pertencerem a famílias onde existe desemprego também apresenta forte correlação com estas duas patologias.

O questionário revelou que o acesso aos cuidados de saúde dos utentes faz-se sobretudo via 112/INEM/Hospital. Perante a análise dos dados apresentados,

concluímos que face à comunidade onde os centros sociais estão inseridos e ao nível de formação dos trabalhadores, a presença de enfermeiro na ODPS é desejada sobretudo para o despiste/ encaminhamento e prestação de primeiros socorros aos utentes, formação aos colaboradores sobre cuidados de saúde, para que desse modo se promova a melhoria da qualidade dos serviços prestado.

2.5. Determinação de Prioridades

A ODPS presta serviço tanto a crianças/jovens como a idosos. Para limitarmos uma área de intervenção face aos resultados que obtivemos do diagnóstico inferimos da entrevista ao presidente do CA que a valência da 3ª idade e em particular o SAD seria uma área na qual a instituição teria o maior interesse que se interviesse. Como os recursos disponíveis para a realização da intervenção eram limitados, optámos por actuar apenas no centro social do Cerco do Porto.

Utilizando as repostas padronizadas do questionário aos colaboradores, ordenámo-las consoante a maior percentagem de escolha. Assim concluímos que 36% dos inquiridos seleccionou o despiste/encaminhamento de situações agudas e realização de primeiros socorros como a principal razão para a presença do enfermeiro na ODPS. Com segundo maior valor percentual, 32% dos respondentes optou como resposta a melhoria da qualidade de cuidados de saúde e/ou serviços prestados é que seria a melhor razão para justificar a presença do enfermeiro. O tratamento de feridas e/ou administração de medicação aos utentes foi escolhido por 17% como a terceira razão para haver enfermeiro na ODPS. E finalmente a formação em cuidados de saúde aos colaboradores foi a 4ª causa que os colaboradores apontaram, recolhendo 13% das respostas (gráfico no anexo II).

Do mesmo modo em relação às escolhas dos coordenadores dos centros sociais, verificámos que 58% das respostas destes consideraram o enfermeiro necessário para avaliação e encaminhamento de situações agudas de saúde. O tratamento de feridas com 52% de respostas. A supervisão e acompanhamento dos auxiliares de acção directa obtiveram 50% de respostas, o que é um valor expressivo. Significa que metade dos coordenadores sugere que o enfermeiro seria uma mais-valia no auxílio da tarefa da supervisão, que cabe aos coordenador e a formação em cuidados de saúde com 42% foi a quarta escolha mais referida (resumo das entrevistas no anexo II).

Neste quadro de referências importa clarificar que não é objectivo da ODPS ou do CEC desresponsabilizar o Sistema Nacional de Saúde (SNS) em relação aos cuidados de saúde que os utentes em apoio domiciliário devem ter em caso de necessidade, mas antes otimizar e promover o seu acesso a esses cuidados de saúde. No novo enquadramento da reforma dos cuidados de saúde primários, com novas unidades funcionais cujo elemento básico são as unidades de saúde familiar ou as unidades de cuidados personalizados, pretende-se que cada utente tenha um enfermeiro de família responsável pelos cuidados à família. Assim sendo, não se torna desejável suprir as necessidades em termos de tratamentos de feridas, administração de medicação ou prestação de socorro. Assim eliminamos como opção de intervenção estas intervenções. Das restantes carências manifestadas, como a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e a formação em cuidados de saúde acompanhamento, apresentámo-las aos peritos na área. Os responsáveis da ODPS, responsáveis do CEC, especialistas em Enfermagem Comunitária e responsáveis pelos mestrados em enfermagem chegaram a consenso, para avaliação dos recursos disponíveis e viabilização de possíveis projectos. Associando a técnica da grelha de análise (TAVARES, 1990, p.89) chegámos às seguintes prioridades de actuação:

Problemas: Carência de informação em cuidados de saúde e Melhoria da qualidade dos serviços prestados	
Importância do problema	Melhoria da qualidade dos serviços prestados (+) Formação em cuidados de saúde (-)
Relação problema / Factor de risco	Melhoria da qualidade dos serviços prestados (+) Formação em cuidados de saúde (-)
Capacidade técnica para intervir	Melhoria da qualidade dos serviços prestados (-) Formação em cuidados de saúde (+)
Exequibilidade	Melhoria da qualidade dos serviços prestados (-) Formação em cuidados de saúde (+)

- Melhoria da qualidade dos cuidados de saúde / serviços prestados: prioridade 4 na grelha
- Formação em cuidados de saúde: prioridade 13 na grelha (anexo III)

São referidas limitações na selecção desta técnica por apresentar um juízo de valor inicial que condiciona deste logo o nível de posição na grelha, no entanto parece-nos que inequívoca a classificação positiva na determinação da importância do problema.

3. PROJECTO DE INTERVENÇÃO

Chegados às conclusões atrás descritas, foi desenhado um projecto de intervenção que pudesse abordar algumas das carências identificadas e as minimizasse. O trabalho conjunto com um parceiro de estágio permitiu que trabalhássemos os 2 problemas hierarquizados na grelha de análise: Formação em cuidados de saúde e melhoria dos serviços/ cuidados de saúde prestados.

Um projecto foi desenvolvido em rede com este, mas autónomo na sua avaliação. Algumas das actividades desenvolvidas nesse âmbito estão descritas no plano de actividades realizado em conjunto (anexo IX). Esta parceria foi muito benéfica para a implementação do “Gabinete de Enfermagem da ODPS”, uma vez que a complexidade e volume das acções previstas foi facilitado pelo trabalho de equipa. Conseguimos alcançar alguns objectivos pedagógicos com esta parceria, aprofundando métodos de pesquisa bibliográfica e capacidade de trabalhar de forma adequada em equipa multidisciplinar.

Este projecto, apresentado de forma clara e resumida, aspirou ao favorecimento da melhoria dos cuidados de saúde / serviços prestados, através da criação de um “Gabinete de Enfermagem”. Este GE sugere-se que seja um serviço a prestar pela ODPS e ficará situado inicialmente no centro social do Cerco do Porto. Ele dará apoio técnico à coordenação do centro social, através da supervisão de cuidados, e proporá a continuidade dos cuidados de saúde dos utentes através da criação de um processo de enfermagem utilizando modelos de avaliação familiar validados e a CIPE.

Para clarificar os objectivos do GE foi criado um regulamento interno (anexo V), com base jurídica, que descreve os objectivos; regras de funcionamento; coordenação e serviços prestados. Este documento foi uma estratégia seleccionada para implementar o GE. Depois da definição do âmbito de actuação do GE, foi possível determinar as acções necessárias para cumprir o objectivo prioritário, ou seja, melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e/ou serviços prestados. Mais uma vez, o documento produzido possibilitou uma reflexão ética e deontológica profunda na clarificação dos serviços prestados, assim como orientou as actividades necessárias para o cumprimento dos objectivos operacionais-metas.

Definido como objectivo geral, implementar de um gabinete de enfermagem, expomos como objectivos específicos à sua concretização: a implementação do regulamento interno; implementação de um processo de enfermagem que possibilite o registo da avaliação e intervenção familiar realizada no contexto do estágio, para consequente continuidade de cuidados; a caracterização e divulgação dos principais recursos comunitários utilizados na rede de sistemas familiares dos utentes. Este último objectivo teve uma dupla função, de nos proporcionar o conhecimento da comunidade onde está inserido o centro social assim como criar pontes para uma melhor articulação com os serviços de saúde.

A fim de se obter uma monitorização do desenvolvimento do projecto estabelecemos a seguinte sistematização na caracterização dos objectivos:

Tabela 1: Quadro resumo dos objectivos

OBJECTIVO GERAL: Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde/ serviços prestados através da Implementação de um Gabinete de Enfermagem	
OBJECTIVOS ESPECIFICOS	OBJECTIVOS OPERACIONAIS - METAS
Implementar o regulamento interno do Gabinete de Enfermagem Implementar o processo de enfermagem familiar aos utentes do SAD Melhorar o acesso aos cuidados de saúde	✓ Mobilizar os recursos necessários para implementar o Gabinete de Enfermagem ✓ Sistematização do processo de enfermagem ✓ Proporcionar aos utentes do SAD cuidados de enfermagem especializados na área da enfermagem comunitária

Os objectivos operacionais definidos exigiram da nossa parte capacidades de negociação na mobilização dos recursos materiais necessários para a implementação do GE. Foram adoptadas estratégias que implicaram reuniões com os responsáveis pelo economato da ODPS que prontamente acederam às solicitações, justificadas pelo projecto de intervenção. Foi por isso disponibilizado espaço físico autónomo para sediar o GE, equipado com mesa, cadeiras acesso a linhas de telefone interno e externo.

Também por ter havido desde cedo um envolvimento da responsável pelo centro social do Cerco com os objectivos do projecto, toda a equipa de profissionais que lá estavam mostrou-se motivada e solicita para as actividades propostas, nomeadamente no acompanhamento de visitas domiciliárias e na participação em acções de formação e até mesmo na sessão de educação para a saúde. A coordenadora teve também um papel fundamental na aquisição de habilidades para realizar a colheita de informação para a avaliação familiar, partilhando as informações sobre os processos sociais.

A criação de um processo de enfermagem que permitisse a sistematização da avaliação familiar realizada implicou uma pesquisa acerca da operacionalização do modelo de Calgary de avaliação e intervenção familiar.

A promoção da saúde dos utentes e suas famílias utilizando modelos de avaliação e intervenção familiar validados foi concretizado com a aplicação do modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (FIGUEIREDO, 2008) no processo familiar criado. Este Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) assenta nos referenciais dos modelos de Calgary de avaliação e intervenção familiar, assim como no pensamento sistémico. A partir destes pressupostos e da CIPE foram definidas as áreas de atenção esquematicamente representadas na tabela abaixo (FIGUEIREDO, RevEscEnferm USP, 2009):

Tabela 2: Quadro resumo do MDAIF (FIGUEIREDO, 2008)

AVALIAÇÃO FAMILIAR		
ESTRUTURAL	DESENVOLVIMENTO	FUNCIONAL
<ul style="list-style-type: none"> • Rendimento familiar • Edifício residencial • Precaução e segurança • Abastecimento de água • Animal doméstico 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação conjugal • Planeamento familiar • Adaptação gravidez • Papel parental 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel do prestador de cuidados • Processo familiar • Coping familiar • Papéis familiares

A operacionalização deste modelo com linguagem da CIPE permite-nos formar um tipo de registos dos dados da avaliação da família, possibilitando assim a criação de um processo de enfermagem. Utilizando esta metodologia que deve incluir uma *“abordagem sistemática para identificar necessidades e preocupações, tomar a acção correcta para ajudar as pessoas a resolverem os seus problemas e avaliar o grau de*

consecução dessas necessidades e preocupações” (HANSON, 2005, p.159) consideramos que o MDAIF de Figueiredo reúne os conteúdos necessários para a construção de um modelo de formulário, necessário para o registo dos dados, onde se incluem a avaliação e a intervenção familiar a aplicar nas famílias (anexo VII).

3.1. Avaliação do projecto de intervenção

A avaliação do projecto atrás definido será retrospectiva, uma vez que se irão utilizar dados já disponíveis pelo diagnóstico de saúde e quantitativa porque a informação disponível se refere a elementos mensuráveis, através dos indicadores.

3.1.1. Indicadores de Processo

Denominados indicadores de actividade ou de processo, pretendem monitorizar as intervenções ou outras medidas, que visam a prestação de cuidados (TAVARES, 1990). Definimos 4 metas para que se pudessem concretizar os objectivos específicos.

Tabela 3: Quadro resumo dos indicadores de processo

METAS	INDICADORES DE PROCESSO
I. Que se crie um regulamento interno para o Gabinete de Enfermagem	I. Existe 1 documento que define em termos jurídicos o âmbito, o modo de funcionamento e os serviços prestados pelo Gabinete de Enfermagem
II. Que haja uma caracterização documentada dos principais recursos comunitários	II. Existe um documento que caracteriza os recursos de saúde comunitários acessíveis aos utentes do centro social do Cerco
III. Que pelo menos 80% do material requisitado para a criação do Gabinete de Enfermagem seja disponibilizado	III. $\frac{n^{\circ} \text{ de equipamentos disponibilizados}}{n^{\circ} \text{ total de equipamentos requisitados}} \times 100$
IV. Que se realize pelo menos 1 sessão de educação para a saúde	IV. Existe a planificação e avaliação da sessão de educação para a saúde

O indicador I refere-se à presença de um Regulamento Interno para o Gabinete de Enfermagem. No anexo IV consta o documento que regulamenta o funcionamento do GE. Devido a constrangimentos no circuito que coordena os protocolos institucionais

entre o ICS e a ODPS a entrada em vigor não foi celebrada até à corrente data, no entanto ambas as partes têm conhecimento e concordam tacitamente com o referido documento. A sua construção teve as bases jurídicas nos regulamentos internos dos outros serviços prestados pela ODPS (Centro de Dia, Centro de Convívio e SAD).

Uma vez que o GE pretende dar apoio na supervisão das AAD a colaboração da parceira de estágio foi fundamental nos contributos que dizem respeito a essa matéria, uma vez que o seu projecto de intervenção foi dedicado à supervisão das AAD.

O Indicador I, presença de Regulamento Interno do GE, foi cumprido a 100%. O Indicador II foi igualmente cumprido uma vez que existe 1 documento que caracteriza os recursos comunitários (anexo VIII).

Após a selecção dos casos prioritários a intervir foram realizadas visitas domiciliárias programadas, com o objectivo de recolher informações para o processo de enfermagem. A selecção dos casos foi proposta pela coordenadora do centro social do Cerco do Porto.

Foi aplicado o método de avaliação familiar de Calgary. As famílias foram observadas na sua estrutura, sobretudo estrutura interna e externa (composição, género, família extensa, subsistemas, entre outras subcategorias). Foram utilizados instrumentos dessa mesma avaliação como ecomapas e genogramas das famílias dos clientes seleccionados (portefólio). Foi igualmente observado o desenvolvimento do ciclo vital de cada família e a sua função, principalmente instrumental, para a caracterização do encaminhamento e acesso aos cuidados. Destas informações surgiu a oportunidade de compilar alguns dos recursos daquela comunidade para posterior consulta e divulgação a outros utentes.

A meta III diz respeito aos recursos e previu-se atingir que pelo menos 80% do material requisitado fosse disponibilizado. Considerámos que para a implementação do GE seriam necessários os seguintes equipamentos:

- 1 Sala de trabalho equipada com secretária e material de escritório
- 1 Quadro de cortiça para afixação de informações
- Acesso a linha de telefone para comunicação interna e externa
- Disponibilização de transporte para a realização das visitas domiciliárias

Os responsáveis do economato da ODPS providenciaram a totalidade dos recursos solicitados. O centro social tem uma carrinha de 9 lugares que faz o transporte dos utentes para o centro de Dia e sempre que programámos uma visita domiciliária a equipa de AAD que fazia o transporte acompanhou-nos. Assim para avaliarmos o Indicador III aplicámos a seguinte formula:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de equipamentos disponibilizados ao Gabinete de Enfermagem}}{N^{\circ} \text{ total de equipamentos necessários para a criação do Gabinete}} \times 100$$

$$\frac{4}{4} \times 100 = 100\%$$

O indicador III foi integralmente cumprido.

A implementação do GE implicava que se realizassem alguns dos serviços propostos no regulamento interno, com o objectivo de testar a viabilidade desses mesmos serviços. Assim definimos como indicador de processo IV a planificação e realização de uma sessão de educação para a saúde. Consta no anexo VI a planificação da sessão de Educação para a Saúde e sua avaliação. Ela que ocorreu na sala de convívio do CSCP no dia 17 de Novembro de 2009 foi destinada aos utentes do centro de dia que marcaram presença nesse dia. Cerca de 12 utentes com idades superiores a 65 anos, participaram na acção uma vez que a metodologia utilizada foi o *role-playing*, sugerindo uma entrevista com um profissional de saúde. Esta sessão contou com a participação e colaboração da Educadora Social do mesmo. O indicador IV foi por isso cumprido a 100%.

3.1.2. Indicadores de Resultado

Através destes indicadores esperamos obter uma mensuração do impacto que as intervenções usadas tiveram na comunidade onde se inseriram as actividades propostas.

Tabela 4: Quadro resumo dos indicadores de resultado

METAS	INDICADORES DE RESULTADO
I. Que se realizem pelo menos 80% dos serviços prestados pelo Gabinete de Enfermagem, definidos no regulamento interno	I. $\frac{n^{\circ} \text{ de serviços prestados no âmbito do GE}}{n^{\circ} \text{ total de serviços definidos para o GE}} \times 100$

<p>II. Que haja intervenções de enfermagem planeadas a 5% dos utentes do SAD</p>	<p>II.</p> $\frac{n^{\circ} \text{ de PE implementados}}{n^{\circ} \text{ total de utentes do SAD}} \times 100$
<p>III. Que 90% dos processos de enfermagem implementados apresente diagnósticos de enfermagem, planeamento de intervenções e sua avaliação</p>	<p>III.</p> $\frac{n^{\circ} \text{ de PE documentados de forma completa}}{n^{\circ} \text{ total de PE implantados}} \times 100$

As actividades definidas no âmbito do GE foram a:

- Implementação do processo de enfermagem a todos os utentes das valências da terceira idade
- Realização de educação para a saúde aos utentes, prestadores de cuidados e equipa multiprofissional
- Supervisão de cuidados às auxiliares de acção directa do SAD do CSCP
- Recolha e divulgação dos recursos de saúde da comunidade
- Promoção da saúde das famílias dos utentes enquanto contexto e foco de atenção através da utilização de modelos de avaliação e intervenção familiar.
- Orientação de alunos de enfermagem do ICS na área da Enfermagem Comunitária

Para obter a execução dos serviços a prestar atrás referidos foi necessário planear e realizar várias visitas domiciliárias, com objectivo concreto de efectuar entrevistas informais de recolha de informação para o preenchimento do formulário do processo de enfermagem e criar espaços terapêuticos onde se pudesse a posteriori sugerir intervenções.

Também foi necessário recolher informação para acções de Educação para a Saúde junto da equipa interdisciplinar, nomeadamente a educadora social. Nesse sentido foi possível elaborar e realizar o plano que apresentamos no anexo VI.

Para um conhecimento mais aprofundado dos recursos de saúde da unidade, foi também planeada e realizada uma reunião com a equipa de enfermagem do Centro de Saúde responsável pelos cuidados de saúde aos utentes em apoio Domiciliário, para identificação dos cuidados de saúde disponíveis.

A implementação do processo de enfermagem será objecto de avaliação através de um indicador próprio e que apresentaremos de seguida, mas foi um serviço que foi efectuado no âmbito do GE.

A realização da educação para a saúde já justificada anteriormente, também foi realizada (anexo VI).

A supervisão das AAD foi objecto de um projecto de intervenção individual da colega de estágio que também o realizou no âmbito do GE, como demonstramos do plano de actividades elaborado para deferimento dos projectos apresentados à ODPS (anexo IX).

A divulgação dos recursos comunitários também ocorreu aquando das visitas domiciliárias, para avaliação e intervenção familiar que ocorreram e nas quais foi divulgado o documento elaborado para o efeito (anexo V). Foi apresentado e oferecido ao utente com diagnóstico de paralisia cerebral.

O indicador de resultado I apontava para que se realizassem pelo menos 80% dos serviços prestados pelo GE definidos no regulamento interno do Gabinete de Enfermagem segundo a equação

$$\frac{N^{\circ} \text{ de serviços prestados pelo GE}}{N^{\circ} \text{ total de serviços definidos no RI para o GE}} \times 100$$

No GE pretende-se que se desenvolvam actividades conducentes á aquisição de competências na área dos cuidados de saúde referentes à EEC, por isso o regulamento interno do GE contempla o envolvimento do CEC, na pessoa do coordenador do GE, a fim de proporcionar o centro social do Cerco como campo de estágio. O facto de termos desenvolvido naquele o nosso estágio do módulo II consideramos como cumprido a função de campo de estágio para orientação de alunos do ICS. Aplicando a fórmula:

$$\frac{6 \text{ serviços prestados}}{\text{Total de serviços previstos}} \times 100 = 100\%$$

Consideramos o indicador de resultado I superado em 20%.

O processo de enfermagem foi desenvolvido com base no modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar, já explanado anteriormente. Ele foi aplicado a 3 casos problemáticos apresentados pela coordenadora do centro social. A escolha dos casos teve também em conta os recursos temporais disponíveis, por isso as intervenções foram muito objectivas e com vista a colmatar pequenos problemas tais como.

Nos 3 casos trabalhados foram realizadas as seguintes actividades:

- ✓ Providência de ajudas técnicas (cama articulada);
- ✓ Divulgação dos recursos comunitários de saúde disponíveis na área (centro de paralisia cerebral do Porto) com o objectivo de facilitar o acesso a cuidados diferenciados
- ✓ Reforço nas crenças de saúde através da motivação para a alteração dos comportamentos de procura de saúde numa família com papeis não adequados

Foram criados 3 processos familiares no centro social do Cerco:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de processos de enfermagem de utentes em Apoio Domiciliário} = 3}{N^{\circ} \text{ total de utentes em Apoio Domiciliário} = 48} \times 100 = 6,25 \%$$

Foram implementados processos de enfermagem a 6,25% dos utentes em apoio domiciliário. Ultrapassámos a meta para o indicador de resultado II em 1,25%.

No entanto para que haja um diagnóstico de enfermagem das famílias às quais foi aplicado o processo, este terá de estar documentado de forma completa. Isto significa que cada processo de enfermagem implementado deverá conter: o genograma; ecomapa, preenchimento completo do formulário que consta em anexo (VII) uma vez que a definição das intervenções baseia-se na recolha completa da informação contida no processo de enfermagem segundo o Modelo Dinâmico De Avaliação E Intervenção Familiar (FIGEIREDO, 2009)

$$\frac{N^{\circ} \text{ processos enfermagem documentados de forma completa} = 3}{N^{\circ} \text{ total de processos enfermagem familiares} = 3} \times 100$$

O indicador de resultado III foi cumprido a 100% (a documentação pode ser consultada no portefólio da autora).

Dado o limite temporal de 8 semanas e como factor condicionante a colaboração do Técnico de Serviço Social coordenador do centro (na partilha de informações contidas nos processos sociais dos utentes em apoio domiciliário e sugestão dos casos prioritários para uma intervenção) reconhecemos que certas estratégias poderiam ter sido mais exploradas, nomeadamente o desenvolvimento de diagnósticos de enfermagem da família.

4. CONCLUSÕES GERAIS

A Enfermagem está ligada ao cuidar dos seres humanos desde o início da História (COLLIÈRE, 1999). No entanto a sua profissionalização implica que se estabeleçam regras de conduta para que os princípios fundamentais da ética permaneçam invioláveis. O avanço da ciência provoca abordagens cada vez mais invasivas do ponto de vista físico e pessoal dos outros. Assim a deontologia que trata de um conjunto de regras que indicam como deverá alguém comportar-se na qualidade membro de um determinado corpo social (NUNES, 2005,P.15) dita as normas para que todos os enfermeiros saibam como actuar.

O desenvolvimento do estágio num bairro social onde se sugere que a maioria das famílias têm baixo nível socioeconómico e tendo nós a percepção que este é uma premissa para a degradação das condições de vida, que poderá levar estes cidadãos a optar por alternativas sociais à margem da lei, fizemos com que nós reflectíssemos na importância que tem a incorporação do Código Deontológico a fim de não discriminar a população alvo dos nossos cuidados, no contexto comunitário.

Daremos especial relevância aos artigos que constam no Código Deontológico dos Enfermeiros: dos comentários à análise de casos (2005) em cujas alíneas se descreve que se deve:

- Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem;
- Cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa
- Salvar os direitos da pessoa idosa promovendo a sua independência física, psíquica e social, e o autocuidado, com o objectivo de melhorar a sua vida;
- Salvar os direitos da pessoa com deficiência e colaborar activamente na sua reinserção social

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

O título de enfermeiro especialista reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área específica de enfermagem comunitária (Lei nº 111/2009, Artigo 7º, 3).

Wright e Leahey consideram que as enfermeiras devem estar na posse de “conhecimentos e habilidades na avaliação e intervenção familiar que lhes permitam dar assistência às famílias” (2008,p. IX). Pelo conhecimento específico em técnicas de comunicação e capacidades pessoais de interagir com meios adversos e inovadores que lhes permitam recolher informações e planear intervenções ao nível da família, parece-nos que deverá ser do domínio da enfermeira especialista a avaliação e intervenção familiar.

O curso de pós licenciatura em Enfermagem Comunitária permitiu-nos desenvolver as competências necessárias para exercer uma enfermagem especializada na área definida. Os estágios proporcionados nos módulos I e II tiveram um desempenho fundamental no alcance dos objectivos propostos no plano de estudos no curso EEC do ICS.

O diagnóstico de saúde foi abrangente e permitiu-nos uma visão clara da instituição e suas carências em cuidados de enfermagem. Contemplámos as fases do Planeamento em Saúde segundo refere Tavares (1990).

Consideramos que o projecto de intervenção foi ao encontro das expectativas manifestadas pelos responsáveis da ODPS e desejamos que a implementação do gabinete de Enfermagem da ODPS não se fique por um mero exercício, mas

mantemos a convicção que trabalho desenvolvido beneficiou a população alvo da intervenção.

O nosso percurso profissional trilhou as fases da filosofia de Patrícia Benner ao descrever os vários níveis do saber em Enfermagem, de principiante a perito. Durante a actividade nos cuidados de saúde secundários, entenda-se serviços de internamento e outros altamente diferenciados como é o bloco operatório, a nossa visão era sectorial. Dependia do processo de saúde/doença que os utentes por nós cuidados estavam a atravessar. As actividades desenvolvidas centravam-se essencialmente nas atitudes terapêuticas em detrimento das competências relacionais. O campo emocional e o envolvimento com a família enquanto foco de cuidados eram descorados em prejuízo das habilidades técnicas.

Nos cuidados de saúde primários actualmente foram constituídas novas unidades funcionais que pretendem ir ao encontro das pessoas enquanto elementos de uma família ou de uma comunidade. A contratualização de metas é o mote para motivar os profissionais a para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos. A especialidade de Enfermagem Comunitária realizada no ISC da Universidade Católica proporcionou-nos a aquisição de conhecimentos e capacidades que nos permitem hoje afirmar estar na posse de uma experiencia profunda capaz de ir ao encontro das verdadeiras preocupações e necessidades dos utentes, segundo Benner citado por Tomey e Alligod (2004, p.193).

O treino da metodologia do planeamento em saúde, através do desenvolvimento dos estágios dos módulos I e II, foi fundamental para atingir a mudança necessária que faz de nós enfermeiras especialistas em Enfermagem Comunitária.

Evidentemente que nos sentimos partir deste momento novamente principiantes nas novas competências adquiridas, no entanto estamos empossadas de habilidades que nos permitem adaptar a qualquer ambiente. A Enfermagem é uma profissão com elevado código moral e deontológico que nos permite exercer um trabalho interdisciplinar empenhado e rigoroso.

Após a experiencia na saúde familiar, sentimo-nos preparadas para novos desafios e que confiamos que passe pela vigilância epidemiológica, planeamento em saúde assim como na monitorização e avaliação de indicadores de saúde.

O nosso espírito empreendedor também ambiciona expandir e partilhar os nossos conhecimentos e arte, em actividades de Enfermagem Especializada em Comunitária contribuindo para uma melhoria dos cuidados de saúde prestados em Portugal, em regime liberal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

CIRCULAR NORMATIVA nº13/DGCG de 2/07/2004: Plano Nacional de Saúde de Pessoas Idosas disponível na WWW < URL:http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol1_1.html. [visitado em 5/10/2009 às 16h42]

COLLIÈRE, Marie Françoise – *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 5ª Edição, Lisboa: Lidel, 1999

Decreto-Lei nº 157/99 de 10 de Maio Artigo 12º

ESTRELA, Edite ; SOARES, Maria Almira; LEITÃO, Maria José (2006) – *Saber Escrever uma Tese e Outros Textos*. 3ª edição, Lisboa: Dom Quixote.

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta: *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Tese de Doutoramento em Ciências da Enfermagem. Porto 2009: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

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

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

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

LUIS, Marta E SERDOURA, Paula (2009): “*Necessidades em cuidados de enfermagem na Obra Diocesana de Promoção Social - Diagnóstico de situação de saúde*”. Centro de recursos do Conhecimento da Universidade Católica do Porto, pólo da Asprela.

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

NUNES, Lucilia; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério (2005) – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OBRA DIOCESANA DE PROMOÇÃO SOCIAL – *Estatutos*. Publicados a 17 Abril de 1967 no Diário do Governo nº 106, III Série, de 04/04/1967. Renovados e aprovados a 24 Novembro de 1998 pelo Bispo do Porto D. Armindo Lopes Coelho.

OBRA DIOCESANA DE PROMOÇÃO SOCIAL – *Regulamento Interno Centro de Actividades Tempos Livres*. Porto, 2008.

OBRA DIOCESANA DE PROMOÇÃO SOCIAL – *Regulamento Interno Centro de Dia*. Porto, 2007.

OBRA DIOCESANA DE PROMOÇÃO SOCIAL – *Regulamento Interno Centro de Convívio*. Porto, 2007.

OBRA DIOCESANA DE PROMOÇÃO SOCIAL – *Regulamento Interno CRECHE*. Porto, 2007.

OBRA DIOCESANA DE PROMOÇÃO SOCIAL – *Regulamento Interno Pré – Escolar*. Porto, 2008.

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

PEREIRA, Alexandre e POUPA, Carlos – *Como escrever uma tese monografia ou livro científico usando o Word*. 3ª Edição, Lisboa: Sílabo, 2004.

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

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

TAVARES, Antonio (1990) – *Métodos e técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Departamento de recursos humanos da saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. 222p.

TOMEY, Ann Marriner e ALLIGOOD, Martha Raile (2004) – *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª edição. Loures Lusociência..

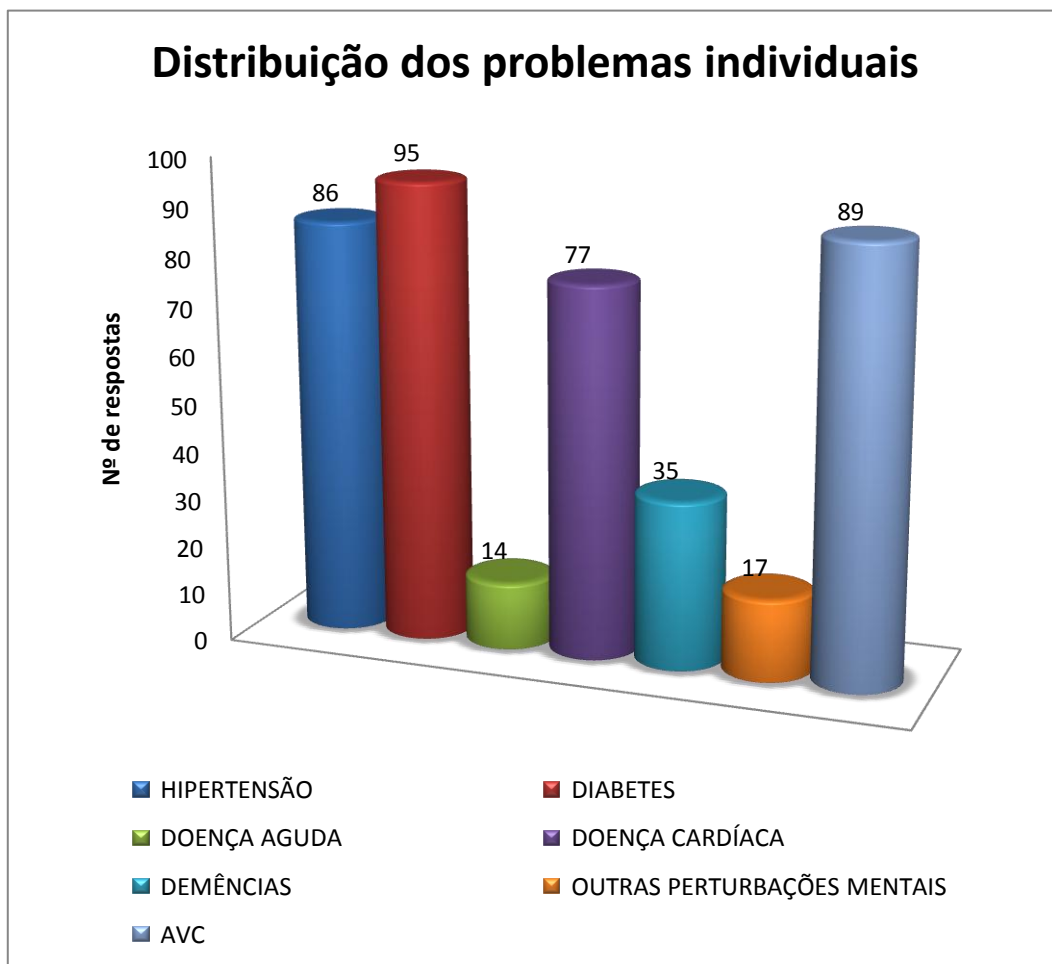
WRIGHT, Lorraine e LEAHEY, Maureen (2008) – *Enfermeiras e Famílias um guia para avaliação e intervenção na família*. 4ª Edição. Paulo: Roca.

ANEXOS

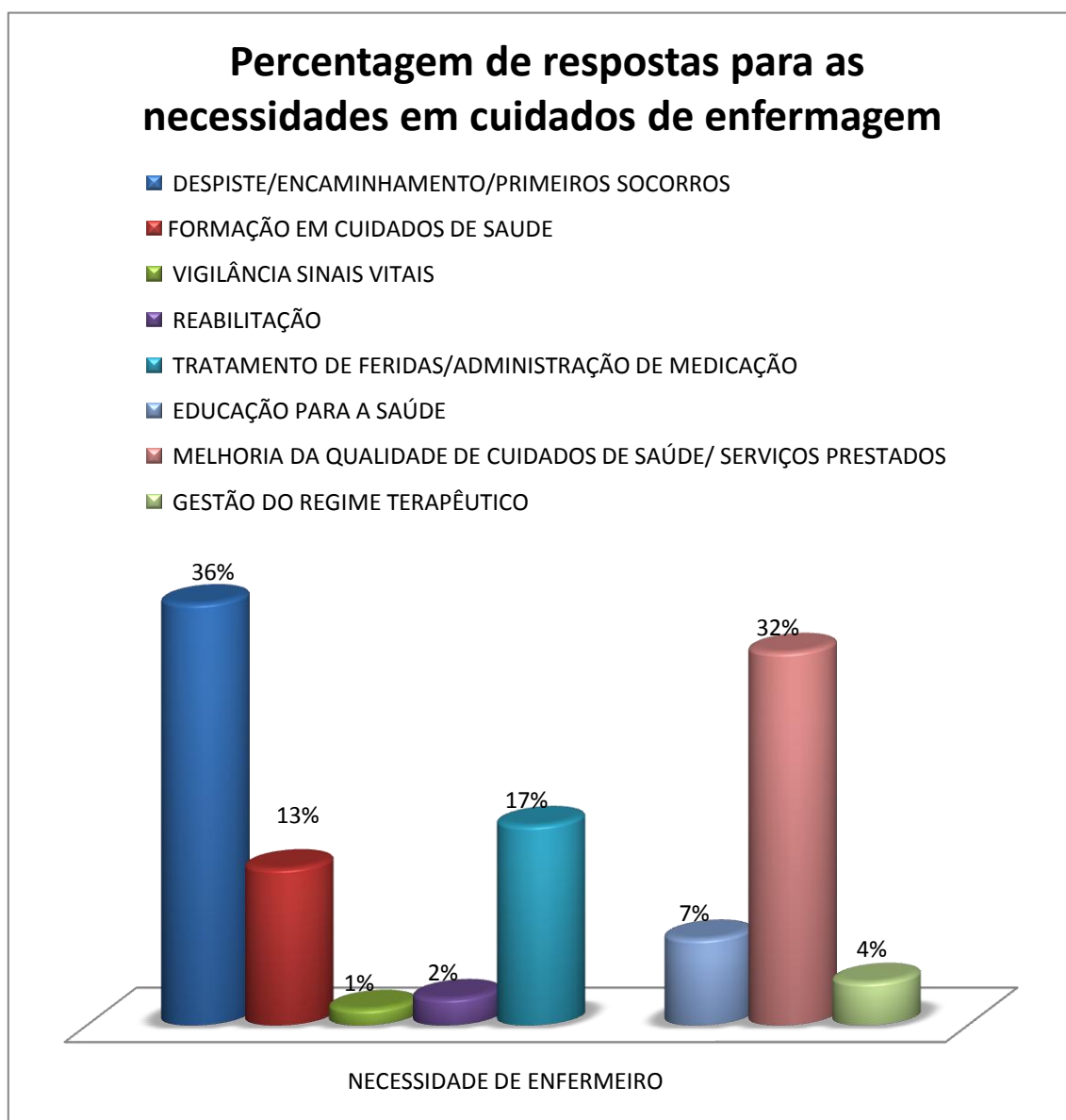
ANEXO I:

- Gráfico das necessidades em cuidados de saúde
- Gráfico das necessidades em cuidados de enfermagem
- Tabela resumo de entrevistas aos coordenadores

Fonte: dados do Diagnóstico de Saúde de Luís e Serdoura (2009)



Fonte: dados do Diagnóstico de Saúde de Luís e Serdoura (2009)



Centro Social	7. Percepção dos coordenadores sobre as necessidades em cuidados de saúde dos utentes dos Centros Sociais	
	Infância:	Idosos:
Cerco do Porto	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de higiene deficientes • Doença aguda • Despiste ineficaz de doenças infecciosas 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilância de sinais vitais deficiente • Elevado grau de dependência, mesmo em Centro de Dia • Perda de aptidões funcionais • Utentes com demência sem acompanhamento especializado
Fonte da Moura	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de higiene deficientes • Doença aguda 	<ul style="list-style-type: none"> • Higiene corporal deficiente • Gestão do regime terapêutico dos diabéticos deficiente
Pasteleira	<ul style="list-style-type: none"> • Sem necessidades detectadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes sem apoio para administração da medicação fora do horário do Centro de Dia (após as 18h)
Rainha D. Leonor	<ul style="list-style-type: none"> • Automedicação das crianças pelos pais • Doença aguda sem tratamento adequado pelos pais 	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes com demência, sequelas de AVC sem acompanhamento especializado • Gestão do regime terapêutico dos diabéticos, hipertensos, deficiente • Necessidade de tratamento de úlceras de pressão • Necessidade de despiste de situações graves
Regado	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de higiene deficientes • Automedicação das crianças pelos pais • Doença aguda sem tratamento adequado pelos pais • Dificuldades em lidar com os pais das crianças • Falta de formação dos pais sobre 	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes com demência sem acompanhamento especializado • Gestão do regime terapêutico dos diabéticos deficiente

	problemas de saúde das crianças	
Carrical* S. Tomé*	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de higiene deficientes • Alimentação desequilibrada • Doença aguda sem tratamento adequado pelos pais • Necessidade de consultas de vigilância na criança 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevado grau de dependência • Utentes com demência sem acompanhamento especializado • Gestão do regime terapêutico dos diabéticos e hipertensos, deficiente
S. Roque da Lameira	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos de dependência nos pais • Baixos recursos económicos • Crianças com necessidades educativas especiais (desenvolvimento cognitivo) • Crianças com comportamentos agressivos e dificuldade em aceitar regras 	
Machado Vaz		<ul style="list-style-type: none"> • Perda de aptidões funcionais • Utentes com demência, sequelas de AVC sem acompanhamento especializado • Falta de estimulação das capacidades psicológicas e sociais
S. João de Deus	<ul style="list-style-type: none"> • Sem necessidades detectadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Utentes com demência sem acompanhamento especializado • Gestão do regime terapêutico dos diabéticos e hipertensos, deficiente • Necessidade de tratamento de úlceras de pressão

Pinheiro Torres**	<ul style="list-style-type: none">• Sem necessidades detectadas	<ul style="list-style-type: none">• Utentes com demência sem acompanhamento especializado• Gestão do regime terapêutico dos diabéticos e hipertensos deficiente
Lagarteiro	<ul style="list-style-type: none">• Sem necessidades detectadas	<ul style="list-style-type: none">• Necessidade de tratamento de úlceras de pressão• Necessidade de execução das seguintes atitudes terapêuticas: trocar sonda nasogástrica; trocar algália

Fonte: LUÍS e SERDOURA (2009)

ANEXO II

- Instrumentos de colheita de dados:
 - i. Guião da entrevista aos coordenadores
 - ii. Questionário
 - iii. Guião da entrevista ao presidente do CA

GUIÃO DA ENTREVISTA

TEMA: *Necessidades em cuidados de enfermagem na Obra Diocesana de Promoção Social (ODPS)*

OBJECTIVOS DA ENTREVISTA:

- Caracterizar de forma genérica os colaboradores e os utentes da ODPS.
- Identificar de que forma o cidadão pode usufruir dos serviços prestados pela ODPS.
- Conhecer os recursos da comunidade disponíveis.
- Identificar os cuidados de saúde prestados/necessidades sentidas pelos colaboradores.
- Conhecer como é realizado o Apoio Domiciliário.
- Identificar de que forma o trabalho do enfermeiro poderá ser útil na ODPS.

TEMA: *Necessidades em cuidados de enfermagem na Obra Diocesana de Promoção Social (ODPS)*

A. Informações
OBJECTIVO: Informar sobre os objectivos da entrevista
FORMULÁRIO DAS QUESTÕES: <ol style="list-style-type: none">1. Informar sobre as linhas gerais do nosso trabalho;2. Pedir a colaboração do entrevistado;3. Assegurar o anonimato da informação transmitida; <p><u>Solicitar autorização para gravar a entrevista!</u></p>

B. Caracterização dos intervenientes no estudo		
OBJECTIVO: Caracterizar o coordenador		
FORMULÁRIO DAS QUESTÕES: <ol style="list-style-type: none">1. Nome do Centro Social 2. Habilitações literárias 3. Há quanto tempo exerce a função de coordenador deste Centro Social? 4. Desempenha outra actividade profissional para além de coordenador deste Centro?	NOTAS:	

C. O acesso do cidadão aos serviços da ODPS		
OBJECTIVO: Identificar de que forma o cidadão pode usufruir dos serviços prestados pela ODPS		
<p>FORMULÁRIO DAS QUESTÕES:</p> <p>5. Quais as valências deste Centro Social?</p> <p>6. Quem beneficia dos serviços prestados pelo Centro Social?</p> <p>7. Como pode um cidadão comum aceder a esses serviços?</p>	<p>NOTAS:</p>	

D. Caracterização dos recursos da comunidade disponíveis

OBJECTIVO: Conhecer os recursos da comunidade disponíveis.

- Centro de Saúde
- Hospital
- Câmara Municipal
- Junta de freguesia
- Associações

FORMULÁRIO DAS QUESTÕES:

NOTAS:

8. De que forma o Estado Português / Segurança Social apoia o Centro Social?

9. Existem protocolos de colaboração com outras instituições?

10. De que forma é essa articulação feita?

F. Caracterizar o Apoio Domiciliário (Só para os Centros Sociais com Apoio Domiciliário)

OBJECTIVO: Conhecer como é realizado o Apoio Domiciliário.

FORMULÁRIO DAS
QUESTÕES:

17. Existe Apoio Domiciliário durante a semana?
18. Qual o critério de prioridade para a escolha dos utentes?
19. Quantas equipas saem?
20. Quantos elementos constituem cada equipa?
21. Como é feito o transporte da equipa?
22. Também existe esse apoio ao fim de semana?
23. Quantas equipas saem ao FS?

NOTAS:

<p>24. Os elementos das equipas de FS são os mesmos das equipas que saem durante a semana?</p> <p>25. Qual o critério de prioridade para o Apoio Domiciliário ao fim de semana?</p> <p>26. Dos utentes em cuidados domiciliários, quantos têm cuidadores para além dos colaboradores da ODPS?</p>		
---	--	--

G. Conhecimento do coordenador sobre o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro		
OBJECTIVO: Identificar o conhecimento que o coordenador possui sobre a influência que o trabalho do enfermeiro poderia ter na ODPS.		
<p>FORMULÁRIO DAS QUESTÕES:</p> <p>27. Considera que um enfermeiro ajudaria na qualidade da resposta deste Centro Social?</p> <p>28. Porquê?</p>	<p>NOTAS:</p>	

H. Agradecimentos
OBJECTIVO: Agradecer a participação e a disponibilização do entrevistado.
Agradecimento da participação e do seu contributo para o estudo.



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

Caro (a) Colaborador (a) da Obra Diocesana de Promoção Social

Para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde junto da comunidade é necessário conhecer as suas reais necessidades. Neste sentido, e no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica - Porto, estamos presentemente a realizar um **Diagnóstico das necessidades em cuidados de enfermagem na Obra Diocesana de Promoção Social**. Para a concretização do referido diagnóstico a sua colaboração no preenchimento deste questionário é imprescindível, para que possamos, com base nos resultados obtidos, contribuir para um maior apoio em cuidados de enfermagem nesta Obra.

O questionário é anónimo e confidencial.

Agradecemos a sua colaboração e apoio.

Com os melhores cumprimentos

Marta Luís
Paula Serdoura

Para o preenchimento deste questionário tenha em consideração o seguinte:

1. Não há respostas certas ou erradas relativamente a qualquer dos itens.
2. Responda individualmente colocando um X na resposta que considera adequada, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera.

A. DADOS PROFISSIONAIS E BIOGRÁFICOS

1. Nome do Centro Social onde trabalha: _____

2. Valência do Centro Social onde trabalha:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ATL | <input type="checkbox"/> Centro de convívio |
| <input type="checkbox"/> Creche | <input type="checkbox"/> Centro de Dia |
| <input type="checkbox"/> Jardim de infância | <input type="checkbox"/> Apoio Domiciliário |

3. Função que desempenha: _____

4. Idade: _____

5. Sexo: Feminino Masculino

6. Habilitações literárias

- Ensino Básico (até ao 9º Ano de escolaridade)
- Ensino Secundário (12º Ano completo)
- Ensino Superior (Bacharelato ou Licenciatura)
- Curso Tecnológico/Profissional/Outros

B. CARACTERIZAÇÃO DA FORMAÇÃO

7. Teve alguma preparação para o desempenho da sua função promovida por esta ou outra instituição?

Sim Não

7.1. Se respondeu **Não** na pergunta 7, passe para a pergunta 8.

Se respondeu **Sim** na pergunta 7, indique qual a área de formação:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Primeiros Socorros | <input type="checkbox"/> Higiene e Segurança Alimentar |
| <input type="checkbox"/> Cuidados aos utentes idosos | <input type="checkbox"/> Animação Social |
| <input type="checkbox"/> Necessidades educativas especiais | <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____ |

7.2. Indique se a formação foi:

Teórica Teórico-prática

8. Tem dificuldades em lidar com os utentes?

Sim Não

8.1. Se respondeu **Sim**, indique a que nível?

- Na relação com os utentes
- Na relação com a família dos utentes
- Nas tarefas que desempenha com os utentes
- Outro. Qual? _____

GUIÃO PARA A ENTREVISTA AO PRESIDENTE DA ODPS

C. CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

9. Quando há necessidade de prestação de cuidados de saúde aos utentes deste Centro, existe apoio das equipas de enfermagem do Centro de saúde ou Hospital ?

Sim Não

9.1. Quando há necessidade de prestação de cuidados de saúde aos utentes deste Centro, existe apoio de enfermagem do Centro de Saúde ou Hospital, ao **fim-de-semana**?

Sim Não

9.2. A quem recorre em primeiro lugar, em caso de necessidade de cuidados de saúde?

Coordenador do Centro Hospital
 Médico do Centro de Saúde Família do Utente
 Enfermeiro do Centro de Saúde Outro. Qual? _____

10. Tem necessidade de informação sobre execução de técnicas de:

Alimentação
 Cuidados de higiene corporal
 Mobilização de utentes dependentes
 Outra. Qual? _____

10.1. Recebeu informação por parte da equipa de enfermagem do Centro de Saúde ou do Hospital sobre estas temáticas?

Sim Não

10.2. Se respondeu **Sim**, a informação obtida foi suficiente?

Sim Não

11. Considera que os enfermeiros são necessários neste Centro Social?

Sim Não

11.1. Porquê?

GUIÃO PARA A ENTREVISTA AO PRESIDENTE DA ODPS

D. CARACTERIZAÇÃO DOS UTENTES

12. Que tipos de carência/problemas familiares identifica nos utentes deste Centro Social?

- Doenças infecciosas (SIDA, Hepatite, Tuberculose)
- Gravidez na adolescência
- Violência/ Maus Tratos
- Condições habitacionais deficientes
- Problemas económicos
- Doença mental
- Desemprego
- Outra. Qual? _____

13. Que tipos de problemas de saúde apresentam os utentes deste Centro ?

- Hipertensão
- Diabetes
- Doença cardíaca
- Doença Pulmonar
- Acidente Vascular Cerebral (AVC)
- Outro. Qual ? _____

14. Considera que os utentes deste Centro e suas famílias, recorrem ao Centro de Saúde ou Hospital quando precisam de cuidados de saúde ?

- Sim Não

14.1 Se respondeu **Não**, indique qual a razão?

MUITO OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!

Mestrado em enfermagem Comunitária
Marta Luís
Paula Serdoura

GUIÃO PARA A ENTREVISTA AO PRESIDENTE DA ODPS

A. CARACTERIZAÇÃO DO PRESIDENTE

Objectivos:

- Conhecer a estrutura hierárquica da ODPS
- Perceber as motivações para o desenvolvimento da instituição
- Conhecer os objectivos do mandato

QUESTÕES:

- 1- Como se organiza estruturalmente a ODPS?**
- 2- Qual o projecto de desenvolvimento que tem para a ODPS?**
- 3- Qual é a motivação para o desenvolvimento desse projecto?**

GUIÃO PARA A ENTREVISTA AO PRESIDENTE DA ODPS

B. CARACTERIZAÇÃO DA MISSÃO

Objectivos:

- Conhecer a Missão e Valores
- Conhecer o enquadramento social da instituição
- Conhecer o método de avaliação do impacto social onde actua

Questões:

- 4- Que guias orientadores são os da ODPS?**
- 5- Como é que a ODPS se implementa na sociedade (como se sente que há a necessidade de criação de mais centros)?**
- 6- Como é que a ODPS avalia o seu desempenho?**

C. ODPS E OS ENFERMEIROS

Objectivos:

- Conhecer a posição face à importância da Enfermagem
- Conhecer a posição em relação ao seu trabalho na ODPS
- Conhecer a possibilidade da implementação de projectos na ODPS

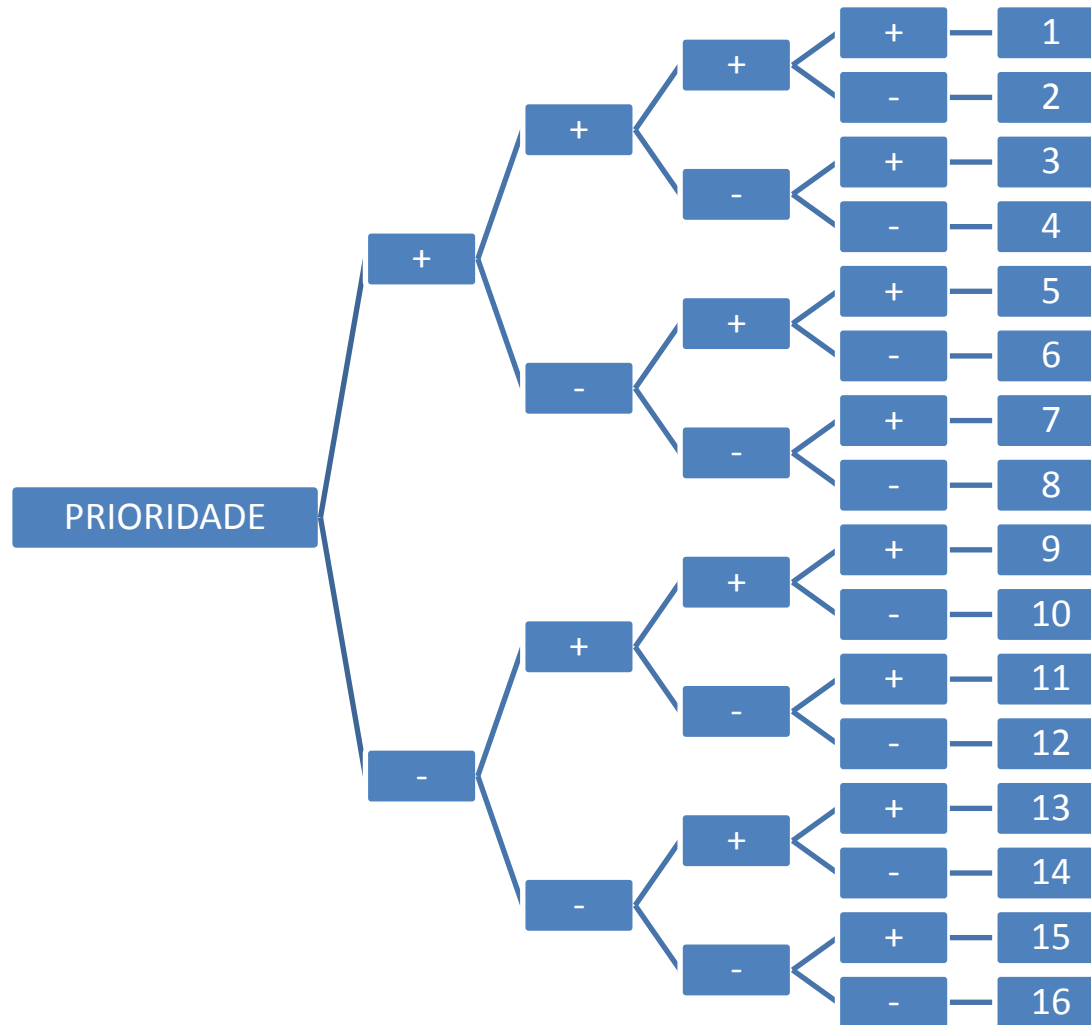
QUESTÕES:

6- Como imagina os projectos a desenvolver na ODPS por enfermeiros?

ANEXO III

Esquema da Grelha de Análise

Ilustração 1: Grelha de análise



(extraído da pagina 89 do livro
“Métodos e Técnicas de Planeamento em
Saúde” de António Tavares, 1990)

ANEXO IV

- Projecto de intervenção

PROJECTO DE INTERVENÇÃO

A intervenção comunitária definida em seguida enquadrou-se na unidade curricular de Estágio Módulo II cujos objectivos estão descritos no guia orientador de estágio da UCP (2009). Pretendemos desenvolver algumas das competências:

1. Capacidade para comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades
2. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas segundo uma perspectiva académica avançada
3. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada
4. Tomar decisões fundamentadas, atendendo as evidencias científicas e as responsabilidades éticas e sociais
5. Participar e promover a investigação em serviço na área da Especialidade Enfermagem Comunitária (EEC)
6. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar
7. Zelar pelos cuidados prestados na área da EEC
8. Realizar a gestão dos cuidados na área da EEC

Esperamos alcançar estas competências através da **criação de um Gabinete de Enfermagem** no Centro Social do Cerco do Porto da ODPS que dará **apoio técnico** à coordenação do mesmo através da **supervisão de cuidados e proporá a continuidade dos cuidados de saúde** dos utentes através da criação de um processo de enfermagem utilizando modelos de avaliação familiar validados e a CIPE.

Objectivo Geral

Estabelecer objectivos ajuda-nos a identificar as escolhas necessárias para o cumprimento da finalidade a que nos propomos, por isso deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (TAVARES, 1990)

Mestrado em enfermagem Comunitária
Marta Luís
Paula Serdoura

Com o Gabinete de Enfermagem pretende-se dar formação específica às AAD em contexto de trabalho, promover sessões de educação para a saúde individualizada ao cliente/família e documentar as informações relativas aos cuidados de saúde dos utentes em apoio domiciliário num processo enfermagem, recolher e divulgar informações sobre recursos de saúde da comunidade.

Pretende-se com esta intervenção comunitária **IMPLEMENTAR UM GABINETE DE ENFERMAGEM**, no Centro Social do Cerco do Porto no período compreendido entre **6 de Outubro e 27 de Novembro de 2009**.

Objectivos Específicos

Os objectivos específicos contribuem para que o objectivo geral seja atingido (TAVARES, 1990, p. 119). Assim apresentamos de seguida os objectivos específicos para este projecto de intervenção:

- Implementar o regulamento interno do “Gabinete de Enfermagem”
- Implementar o processo enfermagem
- Caracterizar os principais recursos comunitários da rede dos utentes do Centro Social
- Divulgar os recursos comunitários
- Realizar avaliação e intervenção familiar aos utentes do SAD

Objectivos Operacionais-Metas

A fim de se obter uma monitorização do desenvolvimento do projecto estabelecemos os seguintes objectivos operacionais:

- *Objectivo operacional - meta 1:* Mobilizar os recursos necessários para implementar o Gabinete de Enfermagem

Actividades:

- Criar sinergias de trabalho com a colega de estágio para a elaboração de um projecto comum de intervenção comunitária na ODPS (anexo VII)
- Reunir com os responsáveis da ODPS para viabilização do projecto

- Motivar a Coordenadora do Centro Social do Cerco para partilha de experiências, envolvimento no projecto de intervenção e fornecimento de informações sobre os utentes a intervir
 - Elaborar um regulamento interno para o Gabinete de Enfermagem para definir os seus limites de actuação (anexo IV)
 - Angariar espaço físico para sediar o gabinete
 - Equipar o espaço com linha de telefone e outro material para o trabalho de documentação da actividade do gabinete de enfermagem
 - Sensibilizar os profissionais envolvidos para o apoio técnico que se pretende disponibilizar
 - Reunir bibliografia de suporte ao desenvolvimento do processo enfermagem
- *Objectivo operacional - meta 2:* Realizar as actividades definidas no âmbito da actuação do Gabinete de Enfermagem

Actividades:

- Planear visitas domiciliárias para recolha de informação
 - Participar em visitas domiciliárias
 - Recolher informação para acções de Educação para a Saúde junto da equipa interdisciplinar
 - Reunir com a equipa de enfermagem do Centro de Saúde responsável pelos cuidados de saúde aos utentes em Apoio Domiciliário para identificação dos cuidados prestados
 - Elaborar diagnósticos de enfermagem aos utentes seleccionados utilizando a linguagem da CIPE
 - Planear as intervenções necessárias
 - Executar e avaliar as intervenções planeadas
 - Divulgar os principais recursos comunitários presentes
 - Participar nas acções de formação que surgirem em contexto de actuação da equipa interdisciplinar.
- *Objectivo operacional - meta 3:* Sistematização do processo de enfermagem

Mestrado em enfermagem Comunitária

Marta Luís

Paula Serdoura

Actividades:

- Pesquisa bibliográfica para fundamentação e construção do processo de enfermagem
- Criar ou compilar instrumentos para o registo das informações necessárias à caracterização dos cuidados de saúde do utente
- Elaborar e organizar o modelo de registo do processo de enfermagem (anexo VII)
- Elaborar registos no modelo criado

INDICADORES

Para que a intervenção comunitária opere mudanças nas situações de carência, importa definir os critérios de avaliação das actividades desenvolvidas num limite temporal que definimos de 6 de Outubro até 27 de Novembro de 2009. Os indicadores que apresentamos de seguida servem também como elementos de monitorização do projecto.

Indicadores De Resultado

Também denominados de impacto, estes indicadores permitem avaliar o estado de saúde após a intervenção. Definimos 3 metas a atingir para haver uma alteração da necessidade de saúde diagnosticada e cumprir o objectivo geral:

- **Meta I:** Que se realizem pelo menos 80% dos serviços prestados pelo GE definidos no regulamento interno do Gabinete de Enfermagem

Indicador I

$$\frac{N^{\circ} \text{ de serviços prestados pelo GE}}{N^{\circ} \text{ total de serviços definidos no RI para o GE}} \times 100$$

*

- **Meta II:** Implementar o processo enfermagem familiar a 5% dos utentes em apoio domiciliário,

Indicador II:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de processos de enfermagem de utentes em Apoio Domiciliário}}{N^{\circ} \text{ total de utentes em Apoio Domiciliário}} \times 100$$

*

- **Meta III:** Que 90% dos processos de enfermagem familiar implementados aos utentes em apoio domiciliário esteja documentado de forma completa¹

Indicador III:

¹ Documentado de forma completa significa que apresente genograma; ecomapa, identificação do prestador de cuidados; objectivos e intervenções; diagnósticos de enfermagem e avaliação

$$\frac{N^{\circ} \text{ processos enfermagem documentados de forma completa}}{N^{\circ} \text{ total de processos clínicos individuais}} \times 100$$

Indicadores De Processo

Também denominados de actividade, estes indicadores pretendem medir as intervenções ou as medidas, que visam a prestação de cuidados (TAVARES, 1990). Definimos 4 metas para que se pudessem concretizar os objectivos específicos:

- *Meta IV:* Que se crie um Regulamento Interno para o Gabinete de Enfermagem

Indicador I: Existe 1 documento com o Regulamento Interno do gabinete de Enfermagem

*

- *Meta V:* Que haja uma caracterização documentada dos principais recursos comunitários

Indicador II: Existe 1 documento que caracterize os recursos comunitários

*

Meta VI: Que pelo menos 80% do material requisitado seja disponibilizado

Indicador III:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de equipamentos disponibilizados ao Gabinete de Enfermagem}}{N^{\circ} \text{ total de equipamentos necessários para a criação do Gabinete}} \times 100$$

*

- *Meta VII:* Que se planifique pelo menos 1 sessão de educação para a saúde

Indicador IV: existe a planificação de uma sessão de educação para a saúde

RECURSOS

Para a consecução do objectivo geral será necessária a colaboração do Centro de Enfermagem da Católica através da disponibilização dos recursos humanos e logísticos para o desenvolvimento da intervenção, a ODPS e o Centro Social para implementação das estratégias definidas.

Responsável pela coordenação e execução: Enf^a Paula Serdoura

Colaboradores: Enf^a Marta Luís; responsável pela implementação da supervisão às AAD (anexo VIII)

Tempo: A implementação das intervenções previstas deverá ocorrer desde 06 de Outubro até 27 de Novembro de 2009

Recursos materiais: **sala de trabalho** com **material de escritório**; para a implementação das actividades do projecto; **quadro de cortiça** para afixação de informações; **linha de telefone** ou telemóvel para comunicar com outras instituições de intervenção comunitária, meio de **transporte** para as visitas domiciliárias

Condicionantes à realização: colaboração do Técnico de Serviço Social coordenador pelo centro, na partilha de informações contidas nos processos sociais dos utentes em apoio domiciliário e sugestão dos casos prioritários para uma intervenção; espaço físico no centro social para sediar a operacionalização das estratégias de intervenção.

ANEXO V

- Regulamento Interno do Gabinete de Enfermagem



OBRA DIOCESANA DE
PROMOÇÃO SOCIAL

REGULAMENTO INTERNO

Do

GABINETE DE ENFERMAGEM

Capítulo I

Disposições Gerais

Norma I

Âmbito da aplicação

O gabinete de enfermagem, doravante designado por GE, sita no Centro Social do Cerco do Porto (CSCP) pertencente à Obra Diocesana de Promoção Social (ODPS), Instituição Particular de Solidariedade Social, com sede no Terreiro da Sé, Porto, rege-se pelas seguintes normas.

Norma II

Objectivos do Regulamento Interno

O presente Regulamento Interno visa:

- a) Definir o âmbito de actuação do GE do CSCP
- b) Assegurar a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados pelo GE do CSCP

*

Mestrado em enfermagem Comunitária
Marta Luís
Paula Serdoura

Capítulo II

Definição e objectivos do Gabinete de Enfermagem

Norma III

Definição

O Gabinete de Enfermagem é uma proposta de resposta do Centro de Enfermagem da Católica (CEC) a uma necessidade diagnosticada na ODPS, no sentido de melhorar a adaptação dos cuidados prestados pelo CSCP às necessidades dos seus utentes contribuindo para o desenvolvimento de evidências científicas na Enfermagem.

Norma IV

Objectivos gerais

São objectivos gerais do GE:

- a) Melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelo Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) do CSCP
- b) Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde dos utentes e suas famílias, que usufruem das valências da terceira idade (SAD, Centro de Convívio e Centro de Dia)
- c) Permitir o desenvolvimento de competências na área da Enfermagem Comunitária

Objectivos específicos

São objectivos específicos do GE:

- a) Promover a integração de cuidados na área da Enfermagem Comunitária através da implementação de um processo clínico aos utentes do SAD do CSCP:
 - i. Realizando avaliação familiar

Mestrado em enfermagem Comunitária
Marta Luís
Paula Serdoura

- ii. Planeando intervenções na área da família
 - iii. Monitorizando e avaliando os resultados pretendidos
- b) Supervisionar os cuidados prestados pelos Auxiliares de Acção Directa (AAD) do CSCP:
- i. Formando nas áreas de actuação do cuidado aos utentes dependentes
 - ii. Treinando competências no cuidado
 - iii. Monitorizando o acompanhamento
 - iv. Avaliando e corrigindo os desvios
- c) Promover a saúde dos utentes, suas famílias e equipa multiprofissional:
- i. Elaborando documentos de apoio ao processo de cuidado
 - ii. Divulgando os recursos comunitários existentes adequados às necessidades dos utentes e famílias

Norma V

Documentos orientadores

Os serviços do GE orientam-se de acordo com as directrizes do Plano Nacional de Saúde actual (2004-2010) e com os objectivos dos planos de estudos dos cursos de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

*

Capitulo III

Regras de funcionamento

Norma VI

Mestrado em enfermagem Comunitária
Marta Luís
Paula Serdoura

Capacidade

A capacidade do GE estende-se aos utentes, às suas famílias e aos profissionais do CSCP.

Norma VII

Direcção e coordenação

A direcção técnica do GE é da competência do Enfermeiro-chefe do CEC coadjuvado pelo coordenador do GE e pelo coordenador do CSCP.

1. O coordenador do GE é um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária do Centro de Enfermagem da Católica.
2. É da competência do coordenador do GE:
 - a. Dirigir o GE, assumindo a responsabilidade pela organização, planificação, execução, controlo e avaliação dos serviços
 - b. Orientar e supervisionar os alunos de enfermagem que realizem estágios no GE
 - c. Assegurar a supervisão das equipas de AAD
 - d. Garantir o levantamento dos diagnósticos de enfermagem dos utentes e a elaboração do respectivo processo de enfermagem
 - e. Garantir a formação em cuidados de saúde aos utentes, prestadores de cuidados e equipa multidisciplinar

Norma VIII

Serviços prestados

O GE assegura os seguintes serviços:

- a) Implementação do processo de enfermagem a todos os utentes das valências da terceira idade

Mestrado em enfermagem Comunitária
Marta Luís
Paula Serdoura

- b) Realização de educação para a saúde aos utentes, prestadores de cuidados e equipa multiprofissional
- c) Supervisão de cuidados às auxiliares de acção directa do SAD do CSCP
- d) Recolha e divulgação dos recursos de saúde da comunidade
- e) Promoção da saúde das famílias dos utentes enquanto contexto e foco de atenção através da utilização de modelos de avaliação e intervenção familiar.
- f) Orientação de alunos de enfermagem do ICS na área da Enfermagem Comunitária

Norma IX

Quadro de pessoal

1. Para assegurar o normal funcionamento do GE é necessário haver um coordenador do GE.
2. O coordenador do GE deve manter activos os projectos que se iniciem no âmbito do GE até ao seu término.
3. Os elementos que estiverem a desenvolver actividade no GE, assim como o coordenador do GE, devem ter o nome afixado em local visível do GE assim como os seus contactos.
4. Todos os projectos no âmbito do GE devem ter um parecer favorável da direcção da ODPS.

Norma X

Horário de funcionamento

1. O horário de funcionamento do GE é da responsabilidade do coordenador do GE em actividade

Mestrado em enfermagem Comunitária
Marta Luís
Paula Serdoura

2. O horário de funcionamento do GE não deve ultrapassar o horário do CSCP

*

Capitulo IV

Disposições finais

Norma XI

Procedimento disciplinar

1. O não cumprimento das normas constantes neste regulamento poderá conduzir à suspensão temporária da actividade do GE no CSCP
2. Compete ao Coordenador do GE a avaliação do cumprimento das normas deste Regulamento Interno
3. Todos os elementos de enfermagem que participem nos projectos a desenvolver no âmbito do GE do CSCP estão obrigados ao cumprimento do Código Deontológico dos Enfermeiros

Norma XII

Alterações ao regulamento Interno

O GE é um campo de estágio na área da Enfermagem com objectivos de aplicação de práticas com evidência científica comprovada. Como o avanço do conhecimento é uma constante que carece de actualização, será necessário haver ajustamento das actividades a desenvolver pelo GE. O Coordenador do GE deverá informar os responsáveis do Centro de Enfermagem da Católica e a ODPS sobre quaisquer alterações ao presente Regulamento com a antecedência mínima de 30 dias relativamente à data da sua entrada em vigor.

Norma XIII

Mestrado em enfermagem Comunitária
Marta Luís
Paula Serdoura

Integração de lacunas

Em caso de eventuais lacunas, as mesmas serão supridas pelo Coordenador do GE, tendo em conta os documentos orientativos do GE e parecer do Conselho de Administração da ODPS.

Norma XIV

Entrada em vigor

1. O presente Regulamento foi aprovado pela Coordenadora dos mestrados do ICS em 2009
2. O presente Regulamento teve parecer favorável do Conselho de Administração da ODPS em 2009

ANEXO VI

- Planeamento da sessão de Educação para a Saúde



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

PLANEAMENTO DE:

SESSÃO LECTIVA

EDUCAÇÃO PARA A SAUDE

“Alimentação e estilos de vida saudáveis”

Data 17/11/2009

Aluno: Paula Antunes Serdoura

I - PLANEAMENTO

1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

No âmbito do Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, uma das estratégias de intervenção visa a promoção do envelhecimento activo através da informação e formação sobre:

- Nutrição, hidratação, alimentação e eliminação;
- Manutenção de um envelhecimento activo, nomeadamente na fase de reforma

Incluído no projecto de estágio do Modulo II do curso de Pós-licenciatura e Especialização em Enfermagem Comunitária, o regulamento interno do Gabinete de Enfermagem (GE) da Obra Diocesana Promoção Social tem definido nos seus objectivos como actividade do GE a promoção da saúde dos utentes e equipa multiprofissional, de acordo com as directrizes do Plano Nacional de Saúde em vigor, e através nomeadamente, de sessões de educação para a saúde aos utentes e equipa multiprofissional.

O Centro Social do Cerco do Porto, equipamento social da instituição Obra Diocesana de Promoção Social (ODPS) apresenta utentes no seu Centro de Dia e de Convívio com idades superiores a 65 anos e com independência ao nível das escolhas para a sua alimentação. No contexto do PNSPI e com a participação e colaboração da Dr.^a Rute Educadora Social do CSCP, seleccionamos os utentes que no dia 17/11/2009 às 11h estariam na sala de convívio do referido centro, para uma sessão de esclarecimento e reforço dos conceitos de alimentação saudável e prevenção/controla da Diabetes.

2. ESCOLHA DO TEMA

Fazendo coincidir com a semana subsequente ao dia internacional da Diabetes (14/11/2009) e indo ao encontro de algumas necessidades referidas pelos utentes à Dr.^a Rute sobre o que gostariam de saber mais, na área da enfermagem, seleccionámos o tema dos estilos de vida saudáveis e a alimentação.

3. DEFINIÇÃO DOS OBJECTIVOS

Geral:

- Influenciar crenças para a mudança de comportamento pela alteração da crença na resposta comportamental à ameaça à doença da Diabetes.

Específicos:

- Consciencializar os utentes para a importância de uma alimentação polifraccionada e equilibrada nutricionalmente
- Ensinar sobre sinais de alerta e potenciais situações agudas, resultantes de desequilíbrios glicémicos
- Ensinar sobre actuação em caso de hipoglicemia

4. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS

- Clarificar e ou reforçar a importância dos estilos de vida saudáveis
- Explicar a roda dos alimentos e as funções dos principais nutrientes
- Referir quais os sinais e sintomas da hipoglicemia e da hiperglicemia
- Identificar os primeiros socorros em caso de hipoglicemia

5. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM

A estratégia pedagógica utilizada consiste na simulação de uma entrevista com um técnico de saúde, em “Perguntem à Enfermeira”, em que as perguntas seguem um guião que pretende passar a informação proposta nos conteúdos, e que se poderá ir alterando consoante a participação dos utentes no Centro de Dia.

6. ORGANIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES

A acção terá lugar no CSCP no dia 17 de Novembro de 2009, na sala de convívio pelas 11h. O tempo previsto será de 60 min. podendo estender-se caso o debate assim o proporcione.

7. PLANO

A sessão seguirá um guião (anexo) que se poderá alterar consoante a participação dos utentes. Será necessária uma sala de convívio acolhedora e a colaboração da Dr^a. Rute, educadora social na participação da estratégia pedagógica.

8. SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

No final da sessão os utentes que participaram deverão conseguir responder a 5 perguntas chave:

- I. Que nº de refeições diárias se deve fazer habitualmente
- II. Quais os grandes grupos de nutrientes que devem estar contidos nas principais refeições
- III. Quais são alguns dos sinais da hipoglicemia
- IV. Quais os sintomas da hiperglicemia
- V. O que fazer em caso de hipoglicemia

II - AVALIAÇÃO

A sessão decorreu no horário previsto e contou com a participação de 12 utentes, inicialmente, depois de ter começado a sessão chegaram mais 2. O guião da entrevista foi muito útil para que se criasse o ambiente de entrevistador/entrevistado do role playing programado. A Dr^a Rute foi de uma prestação muito empenhada e fez funcionar muito bem a estratégia, quer motivando os utentes a participarem nas questões, quer ela própria lançando o mote para o desenvolvimento de outros assuntos pertinentes àquele contexto.

As perguntas chave foram bons indicadores pois ajudaram a resumir os conteúdos discutidos e a consolidar os conceitos aprendidos. Houve 2 utentes que conseguiram responder às questões apresentadas. Durante a sessão houve a participação de pelo menos 5 idosos com questões.

Considero os objectivos cumpridos na totalidade. Em relação ao objectivo geral só com algum tempo decorrido se poderá avaliar se houve mudança efectiva no comportamento alimentar.

Plano Sessão de Educação para a Saúde

Formador: Paula Serdoura Tema: Alimentação e estilos de vida saudável Tempo: 60 min.	Grupo Destinatário Local: Centro Social do Cerco do Porto Data: 17/11/2009 Hora: 11h
---	---

OBJECTIVOS:

Pretende-se que os utentes do centro de dia sejam capazes de:

- Compreender a importância dum alimentação equilibrada nutricionalmente e polifracionada
- Identificar sinais e sintomas dum hipoglicemia e hiperglicemia
- Referir qual a actuação imediata em caso de hipoglicemia

<i>FASES</i>	<i>TEMPO</i>	<i>CONTEÚDOS</i>	<i>METODOLOGIA</i>	<i>AVALIAÇÃO</i>
<i>Introdução</i>	*10min	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apresentação da En^{ra}. Paula e o contexto da sessão ➤ Abordar a importância da alimentação e a roda dos alimentos ➤ Questionar sobre a diabetes na população presente ➤ Clarificar ou reforçar a importância dos estilos de vida saudáveis na saúde dos indivíduos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Método activo de tempestade de ideias sobre qual a melhor escolha para a composição de cada refeição; identificação dos utentes diabéticos e sua experiencia nas suas escolhas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Participação dos utentes às questões colocadas e identificação de dúvidas subjacentes ao tema
<i>Desenvolvimento</i>	*45min	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Explicar a fisiopatologia da Diabetes ➤ Referir os sinais e sintomas da hipo e hiperglicemia ➤ Explicar os socorros imediatos em caso de hipoglicemia 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Método expositivo e activo 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Após cada conteúdo apresentado fazer um pequeno resumo do que foi falado através do método activo
<i>Conclusão</i>	*5min.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Resumo de todos os conteúdos apresentados 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Método activo com perguntas directas aos utentes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Os utentes respondem às questões chave

Porto, 17 de Novembro de 2009

ANEXO

➤ GUIÃO DA ENTREVISTA

- Dr.^a Rute (D.R.): Apresentação do convidado e das temáticas a abordar nesta sessão.
Deixar o mote para a participação em qualquer altura da entrevista.

Muito se tem falado sobre alimentação nestes últimos anos e da sua influência no aparecimento de algumas doenças. **Pode explicar-nos que doença pode ser influenciada por aquilo que nós comemos e que muitos de nós podemos vir a desenvolver?**

- Enf.^a Paula (E.P.): Informa sobre a diabetes e faz a ligação com a influência dada pelos estilos de vida

-D.R.: **Em relação à alimentação, qual é o nº de refeições que devemos fazer diariamente e que composição deve ter cada prato?**

-E.P.: Explica a roda dos alimentos e a importância de integrar diariamente todos os grupos de nutrientes. Refere o nº de refeições que se deve ter exemplificando.

-D.R.: **Que importância tem o nº de refeições ou a quantidade de alimentos para quem sofre de Diabetes?**

-E.P.: Explica os sinais e sintomas de uma hipoglicemia e quais os primeiros socorros.
Explica também os sinais de uma hiperglicemia.

Espaço aberto ao debate e discussão de questões apresentadas

-E.P.: Colocação de forma directa as perguntas chave em jeito de resumo e conclusão.

ANEXO VII

Formulário do Processo de Enfermagem

Fontes: 1. “Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar” de Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.*

2. *Escala de avaliação de GRAFFAR*

3. “Modelo de Calgary de Avaliação da Família e Modelo de Calgary de Intervenção na Família”

RECURSOS COMUNITÁRIOS

Caracterização dos recursos

Data de admissão:

Data de nascimento:

DIMENSÃO ESTRUTURAL

1. Ecomapa (em anexo)
2. Genograma (em anexo)

-

CLASSE SOCIAL

-
- TIPO DE FAMILIA e CICLO:
 -
 -
- CLASSIFICAÇÃO SOCIAL DE GRAFFARD
 -
 -
- APGAR FAMILIAR
 -
 -
- RISCO FAMILIAR
 -

EDIFÍCIO RESIDENCIAL

- Barreiras arquitectónicas:
 -
- Aquecimento (tipo)
 -
- Abastecimento de gás (tipo)
 -
- Higiene da habitação
 -
 -
 -

-

-

-

SISTEMA DE ABASTECIMENTO

- Abastecimento de água

-

- Controle da qualidade da água

-

- Tratamento de resíduos

-

Ambiente biológico

- Animal doméstico

-

- Vacinas

-

- Desparasitação

ANTECEDENTES

DIMENSÃO FUNCIONAL- INSTRUMENTAL

- Membro da família é dependente:
 - - Auto cuidado Higiene:
 - - Prestador de cuidados
 -
 -
 - Auto cuidado Vestuário:
 - - Prestador de cuidados
 - Auto cuidado Comer:
 - - Prestador de cuidados
 - Auto cuidado Beber:
 - - Prestador de cuidados
 - Auto cuidado Ir ao sanitário:
 - - Prestador de cuidados
 - Auto cuidado Comportamento sono-reposo:

- - Prestador de cuidados
- Auto cuidado Actividade de lazer:
 - - Prestador de cuidados
- Auto cuidado Actividade física:
 - - Prestador de cuidados
- Auto cuidado Gestão do regime terapêutico:
 - - Prestador de cuidados
- Auto cuidado Auto vigilância:
 - - Prestador de cuidados
- Auto cuidado auto-administração de medicamentos:
 - - Prestador de cuidados

Prestador de cuidados:

Nome:

Parentesco:

Contacto:

Profissão:

Iletrado:

DIMENSÃO FUNCIONAL- EXPRESSIVA

- Comunicação familiar:
 - Comunicação emocional

 - Comunicação verbal/não verbal
 -
 -
 - Comunicação circular

 - Coping Familiar
 - Quem identifica os problemas

 - Quem tem iniciativa para os resolver

 - Existe discussão sobre os problemas na família

 - Papeis Familiares
 - Papel de provedor

 - Papel de Gestor financeiro

 - Papel cuidado doméstico

 - Papel recreativo

 - Papel de parente

 - Crenças familiares
-

Avaliação familiar

Diagnóstico de enfermagem

FORÇAS E FRAQUEZAS DA FAMÍLIA

OBJECTIVOS E INTERVENÇÕES

ANEXO VIII

Compilação dos recursos comunitários

RECURSOS COMUNITÁRIOS



OBRA DIOCESANA DE
PROMOÇÃO SOCIAL

CENTRO SOCIAL CERCO DO
PORTO

**RECURSOS
COMUNITÁRIOS**

Caracterização dos recursos Paula Serdoura

<u>1. INTRODUÇÃO</u>	57
<u>2. ASSOCIAÇÃO DO PORTO DE PARALISIA CEREBRAL</u>	58
<u>1.1. DESCRIÇÃO:</u>	59
<u>1.2. SERVIÇOS:</u>	59
<u>1.3. ACESSO</u>	61
<u>2. CENTRO DE SAÚDE DE CAMPANHÃ</u>	62
<u>2.1. DESCRIÇÃO</u>	62
<u>2.2. SERVIÇOS</u>	63
<u>3. EXTENSÃO DE SAÚDE DO ILHÉU</u>	64
<u>3.1. DESCRIÇÃO</u>	64
<u>3.2. SERVIÇOS</u>	65
<u>4. HOSPITAL DE JOAQUIM URBANO</u>	66
<u>4.1. DESCRIÇÃO</u>	66
<u>4.2. SERVIÇOS</u>	67

INTRODUÇÃO

O presente documento surge da necessidade de ter um registo sistematizado e compilado dos recursos, que a comunidade abrangida pelos utentes inscritos no Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) do Centro Social do Cerco do Porto poderá usufruir na sua rede social.

Integrado no projecto de intervenção comunitário que visa a implementação de um Gabinete de Enfermagem (GE) de apoio ao SAD, esta compilação de recursos surge da necessidade em ter um acesso facilitado a contactos e breve caracterização dos serviços, que as várias instituições integradas na rede de contactos do Centro Social do Cerco possuem.

Este resumo pretende-se dinâmico no sentido de aceitar mais contributos após a implementação do GE. A sua actualização ficará a cargo dos enfermeiros que darão continuidade a este projecto. O documento ficará aberto a toda a caracterização dos recursos comunitários da área de abrangência do Cerco á medida que forem fazendo parte dos supra-sistemas familiares dos utentes inscritos neste centro social da Obra Diocesana de Promoção Social.

ASSOCIAÇÃO DO PORTO DE PARALISIA CEREBRAL

Nome: Associação do Porto de Paralisia Cerebral

Contactos:

- *Direcção APPC: nrn@appc.pt
Telefone: 225573790*
 - *CRPCP: tel. 22 519 14 00
Fax: 22 519 14 22
Morada: Trv. Da Maceda, 160 – 4300-310 Porto*
 - *Maceda: tel. 22 519 14 13
Email: casamaceda@appc.pt
Morada: Trv. da Maceda, 160 – 4300- 310 Porto*
 - *Delfim Maia: tel. 22 557 37 90
Fax: 22 557 37 99
Morada: Rua Delfim Maia, 276 – 4200-253 Porto*
 - *Villa Urbana: tel. 22 464 15 31
Fax: 22 464 15 33
Morada: Rua D. Francisco de Almeida, 153 –
4420-425 Porto*
-

DESCRIÇÃO:

A APPC é um acrónimo para associação portuguesa de paralisia cerebral. Da urgente necessidade de descentralizar os serviços de apoio à reabilitação em Portugal e aumentar a eficácia da integração do ensino regular é fundado no Porto o Núcleo Regional do Norte da APPC.

O surgimento do Núcleo Norte ficou a dever-se à iniciativa de um conjunto de pais que, apoiados por técnicos de diversas áreas se foram deparando com inúmeras dificuldades na resposta e no apoio às crianças e jovens com paralisia cerebral. Desde 1974 estão em funcionamento diversos equipamentos e serviços, vocacionados para o apoio a estes utentes e suas famílias.

É uma instituição particular de solidariedade social (IPSS), de e para pessoas com deficiência, composta por pais, amigos, técnicos e pessoas com deficiência com uma resposta estratégica cada vez mais abrangente e alargada a todas as faixas etárias da população.

A APPC não tem fins lucrativos e as suas fontes de receita resultam em grande parte de protocolos de prestação de serviços que anualmente estabelece com organismos governamentais, mas também do empenho, apoio e colaboração de todos.

SERVIÇOS:

A APPC tem 3 espaços físicos destinados a população deficiente, jovem e adulta, grande incapacitada. São unidades de inserção social situadas nas freguesias de Paranhos, Campanhã e de Valbom. Os serviços pretendem proporcionar um leque de actividades de socialização, novas aprendizagens e de recreação onde as vertentes de bem-estar e realização pessoal estão bem definidas.

São atendidos diariamente nestes serviços cerca de 85 utilizadores com mais de 16 anos. Realizam programas ocupacionais que lhes permite potenciar o manter as capacidades remanescentes dos indivíduos.

CASA DA MACEDA: situada no Cerco do Porto é uma unidade residencial que aloja temporariamente pessoas com deficiência. Tem uma capacidade para 24 camas e dispõem de uma sala polivalente para formação, um refeitório e um amplo espaço ajardinado envolvendo todo o edifício.

CENTRO DE REABILITAÇÃO DE PARALISIS CEREBRAL DO PORTO (CRPCP): Com gestão da APPC desde 1999 acordado com CRSS Norte este é um serviço especialmente vocacionado para a reabilitação de crianças com paralisia cerebral da zona norte do país.

Actualmente tem uma população superior a 1700 pessoas com deficiência – crianças, jovens e adultos, a quem presta apoio na área da habilitação / reabilitação, com grande enfoque no suporte familiar e apoio à integração. Possui serviços diversos, tais como: estimulação precoce, integração sensorial, ludoteca, tecnologias de apoio, independência na vida diária, ajudas técnicas, desporto e lazer, piscina, snoezelen e apoio domiciliário.

O atendimento é realizado por equipas técnicas multidisciplinares, constituídas por médico fisiatra, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala e educadora de infância. A estes soma-se as valências de nutrição, especialidades médicas, professor de educação física, técnico de informática e engenheiro electrotécnico. Os processos de avaliação, reavaliação, intervenção e de articulação com as estruturas de integração têm vindo a ser protocolados, sendo entregues os documentos ao cliente ou sua família, ou às referidas instituições.

Tendo em conta que a diferentes idades e características correspondem diferentes necessidades, existem no CRPCP dois núcleos de atendimento.

O Núcleo de Reabilitação de Patologia Neuro - Motora apoia crianças até aos oito anos de idade com alterações do desenvolvimento decorrentes de patologia neuro - motora, do âmbito geográfico já descrito. Está organizado em três unidades/equipas multidisciplinares de intervenção directa.

O Núcleo de Recursos visa a resolução de necessidades objectivas, apresentando um âmbito clínico e geográfico alargado para solicitações pontuais e

o seu atendimento não tem limites etários. É constituído por quatro unidades/equipas: unidade de recursos específicos, unidade de apoio à multideficiência, unidade de orientação e habilitação profissional e unidade multidisciplinar de recurso

VILLA URBANA DE VALBOM: situa-se no concelho de Gondomar, freguesia de Valbom. Com 6500m² de área de construção, alberga um conjunto de serviços que assumem especial importância no contexto social da área Metropolitana do Porto. É uma unidade residencial definitiva para 36 pessoas com deficiência, um centro de Actividades ocupacionais, um centro de actividades de tempos livres, um serviço de apoio domiciliário e um Centro Comunitário.

ACESSO

Para aceder os serviços da APPC é necessário o preenchimento de uma ficha de inscrição onde constam os dados gerais de identificação do responsável pelo cliente, assim como uma outra ficha a ser preenchida pelo médico assistente onde devem constar os relatórios e exames que complementem o historial clínico do cliente. Após submeter estes documentos à direcção da APPC na Trv. da Maceda, o cliente aguardará o contacto da equipa de técnicos que efectuarão o diagnóstico e a avaliação dos serviços a requerer assim como respectivo encaminhamento. Todo o processo de avaliação não apresenta custos.²

² Todas as informações descritas foram retiradas do site da APPC www.appc.pt

2. CENTRO DE SAÚDE DE CAMPANHÃ³

Nome: Centro de Saúde da Campanhã

Contactos:

- *Morada: Rua S. Roque da Lameira, 2275, 4350-317 Porto*
- *Telefone: 225366244 ou 225370494*
- *Fax: 225105540*
- *Mail: campanha@cscampanha.min-saude.pt*

2.1. Descrição

O Centro de Saúde da Campanhã é um organismo público pertencente ao Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Tem o seguinte **horário de funcionamento**: 2^a a 6^a das 08h-20h.

O CS de Campanhã serve a população residente na freguesia de Campanhã e tem o Hospital de S. João, EPE como instituição de referência.

³ Todas as informações deste capítulo foram retiradas do site: www.portaldasaude.pt

2.2. Serviços

Serviço	Horário
Saúde pública	Seg. a Sex. : 9 ^h 30 – 11h e 15h – 17h
Gabinete do utente	Segunda: 9 ^h 30 – 12h e 14h – 19 ^h 30
Consulta de reforço	Segunda: 9h - 13h
	Terça: 9h – 13h
	Quarta: 9h – 12h e 15h – 17h
	Quinta: 9h – 13h e 14h – 18h
	Sexta: 9h – 13 ^h 30 e 14h – 19 ^h 30
Serviço	Horário
Cessação tabágica	Segunda: 14h - 17h
Atendimento social	Segunda: 9h 30 – 12h e 14h – 16h 30
	Quarta : 9 ^h 30 – 12h

EXTENSÃO DE SAÚDE DO ILHÉU⁴

Nome: Centro de Saúde da Campanhã_ extensão de saúde do Ilhéu

Contactos:

- *Morada: Rua Matias de Albuquerque , 263 4350-230 Porto*
- *Telefone: 22 537 80 51*
- *Telefone do Gabinete do Utente: 22 536 62 44*
- *Fax: 22 510 29 38*
- *Mail: ilheu@cscampanha.min-saude.pt*

3.1. Descrição

A extensão do Ilhéu pertence ao CS da Campanhã mas possui alguma autonomia organizacional. A Enf.^a responsável é actualmente a Sr.^a Enf.^a Maria José.

⁴ Todas as informações foram retiradas do site: www.portaldasaude.pt

3.2. Serviços

Serviços	Horário
Domicílios de Enfermagem	Seg. a Sex. entre as 8h - 20h
Atendimento Social	Segunda: 13 ^h 30 - 16h Quarta: 9 ^h 30 - 12 ^h 30
Gabinete do utente	Segunda: 9 ^h 30 - 12h e 14h - 16 ^h 30 Quarta: 9 ^h 30 - 12h
Consultas de reforço	Segunda: 12h - 14h Terça: 9h - 11h e 14h - 20h Quarta: 9h - 20h Quinta: 9h - 20h Sexta : 12h - 14h e 16h - 20h

HOSPITAL DE JOAQUIM URBANO

Nome: Hospital de Joaquim Urbano

Contactos:

- *Morada: Rua Câmara Pestana, 348 Bonfim 4369-004
Porto*
- *Telefone: 22 589 95 50*
- *Fax: 22 510 61 60*
- *Mail: hjugal@hjurbano.min-saude.pt*
- *Consulta Externa Geral:
Telef. 22 589 95 50
Fax: 22 510 41 89*
- *Hospital de Dia:
Telef. 22 589 95 50*
- *Serviço Atendimento Permanente:
Telef. 22 589 95 50
Fax: 22 510 41*

4.1. Descrição

“ A par do permanente aperfeiçoamento da diferenciação técnica, somos o **único** hospital do país especializado exclusivamente em doenças infecciosas e pneumológicas. Desenvolvemos cada vez mais a vertente da personalização do atendimento e sistemas de informação reforçando, assim os meios de contacto.”⁵

⁵ Retirado do site www.hjurbano.min-saude.pt

4.2. Serviços⁶

O hospital possui os serviços:

- Infeciologia
- Pneumologia
- Consulta do Viajante
- Psicologia
- Nutricionismo e dietética
- SAP (24h/dia)
- Hospital de Dia (atende das 8h- 20h)
 - Infeciologia
 - Pneumologia
- “Centro de Terapêutica Combinada (CTC) – que se destina ao acompanhamento e tratamento de doentes toxicodependentes infectados pelo HIV, onde é administrada sob observação directa a medicação antiretrovívica, antibacilar e metadona.

Dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída por médicos infecciolistas, pneumologistas e psiquiatras, por enfermeiros especialistas, psicólogos, assistentes sociais, dietista e educadores sociais.”⁷

^{6 e 6} Retirado do site www.hjurbano.min-saude.pt

ANEXO IX

Plano de actividades



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

**PLANO DE ACTIVIDADES DA INTERVENÇÃO
COMUNITÁRIA NO CENTRO SOCIAL DO CERCO DO PORTO**

*

*«MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE E SERVIÇOS
PRESTADOS»*

Porto, Outubro de 2009



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

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Especialização em Enfermagem Comunitária

**PLANO DE ACTIVIDADES DA INTERVENÇÃO
COMUNITÁRIA NO CENTRO SOCIAL DO CERCO DO PORTO**

*

*«MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE E SERVIÇOS
PRESTADOS»*

Alunas: Marta Luís

Paula Serdoura

Orientador: Professora Coordenadora Norminda Magalhães

Porto, Outubro de 2009

ÍNDICE

<u>NOTA INTRODUTÓRIA</u>	72
<u>1. POPULAÇÃO ALVO</u>	73
<u>2. DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS</u>	73
<u>2.1 OBJECTIVOS GERAIS</u>	73
<u>2.2 OBJECTIVOS ESPECIFICOS</u>	73
<u>3. METAS E INDICADORES DE AVALIAÇÃO</u>	74
<u>4. ACTIVIDADES A DESENVOLVER</u>	76
<u>5. QUESTÕES ÉTICAS</u>	77
<u>6. RECURSOS</u>	78
<u>7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</u>	79
<u>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	80

NOTA INTRODUTÓRIA

Na sequência do trabalho desenvolvido na Obra Diocesana de Promoção Social (ODPS) proporcionando o “*Diagnóstico das necessidades em cuidados de enfermagem na ODPS*” realizado no contexto do Estágio de Especialidade em Enfermagem Comunitária Módulo I da Universidade Católica Portuguesa, em parceria com o Centro de Enfermagem da Católica do Porto no período de 20 Abril a 20 de Junho de 2009, as mesmas alunas Marta Luís e Paula Serdoura vêm por este meio apresentar uma proposta de intervenção comunitária, no sentido de melhorar algumas situações de carência que foram detectadas no referido diagnóstico.

Neste plano de actividades apresentaremos o nosso projecto de intervenção a fim de envolver todos os intervenientes no processo de mudança para alcançar os objectivos a que nos propomos.

Em relação às actividades a desenvolver, este projecto está sujeito a alterações propostas pela instituição à qual se destina, com a finalidade de otimizar os recursos e sem perturbar o normal funcionamento dos serviços.

Desde já o nosso agradecimento pela disponibilidade apresentada e solicitamos o deferimento das propostas que se seguem.

POPULAÇÃO ALVO

Apesar do diagnóstico de necessidades ter revelado carências em todos os Centros Sociais da ODPS, esta proposta vai no sentido de desenvolver um projecto experimental no Centro Social do Cerco, devido a condicionantes em termos de recursos. Assim actuaremos na seguinte população do referido Centro Social:

- Utentes em apoio domiciliário
- Auxiliares de acção directa no SAD
- Cuidadores familiares

DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS

As intervenções que propomos desenvolver implicam uma especial complementaridade de todos os intervenientes, um espírito aberto à mudança e capacidade de adaptação a novas situações por parte do coordenador do centro social.

OBJECTIVOS GERAIS

- Melhorar a qualidade dos serviços prestados pelos Auxiliares de Acção Directa (AAD) do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)
- Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde dos utentes que usufruem do SAD da ODPS

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Criar um gabinete de enfermagem experimental de apoio técnico ao Centro Social do Cerco do Porto
- Criar um processo clínico para os utentes em apoio domiciliário
- Realizar supervisão dos cuidados prestados pelas AAD aos utentes em apoio domiciliário
- Realizar formação às AAD sobre os cuidados a prestar aos utentes em apoio domiciliário
- Realizar, se oportuno, educação para a saúde aos prestadores de cuidados

- Caracterizar e otimizar os recursos de saúde na comunidade dos utentes em estudo
- Criar uma base de dados para registo informatizado

METAS E INDICADORES DE AVALIAÇÃO

As metas a seguir enunciadas devem ser atingidas até 27 de Novembro de 2009. Sendo assim, pretende-se:

Meta I: Realizar supervisão de cuidados prestados pelos AAD a 70% dos mesmos

Indicador de actividade I: Supervisão dos AAD

$$\frac{n^{\circ} \text{ de AAD submetidos a supervisão de cuidados}}{n^{\circ} \text{ total de AAD}} \times 100$$

Meta II: Realizar 90% das visitas domiciliárias programadas

Indicador de actividade II: Participação nas visitas domiciliárias

$$\frac{n^{\circ} \text{ de visitas domiciliárias realizadas}}{n^{\circ} \text{ total de visitas domiciliárias programadas}} \times 100$$

Meta III: Atingir 70% de participação dos AAD na formação realizada aos mesmos

Indicador de actividades III: Participação dos AAD na formação

$$\frac{n^{\circ} \text{ de AAD presentes na formação realizada}}{n^{\circ} \text{ total de AAD}} \times 100$$

Meta IV: Implementar o processo clínico a **5%** dos utentes em apoio domiciliário,

Indicador de resultado I: Implementação do processo clínico

$$\frac{n^{\circ} \text{ de processos familiares de utentes em apoio domiciliário}}{n^{\circ} \text{ de utentes em apoio domiciliário}} \times 100$$

Meta V: Implementar um gabinete de enfermagem em 8% dos Centros Sociais da ODPS

Indicador de resultado II: Implementação de um Gabinete de Enfermagem na ODPS

$$\frac{n^{\circ} \text{ de Centros Sociais com Gabinete de Enfermagem}}{n^{\circ} \text{ de Centros Sociais da ODPS}} \times 100$$

Meta VI: Obter 90% de classificação positiva na avaliação dos conhecimentos adquiridos nas formações pelos AAD

Indicador de resultado III: Percentagem de classificações positivas na avaliação dos conhecimentos adquiridos nas formações pelos AAD

$$\frac{n^{\circ} \text{ de classificações positivas}}{n^{\circ} \text{ total de testes realizados}} \times 100$$

ACTIVIDADES A DESENVOLVER

- Reunião com a Dr.^a Mónica Taipa (Directora dos Recursos Humanos e Jurídicos da ODPS) e a Professora Coordenadora Norminda Magalhães (Coordenadora do Estágio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, da Universidade Católica Portuguesa_ Porto) para a viabilização do projecto
- Apresentação do projecto de intervenção à Coordenadora do Centro Social do Cerco do Porto para partilha de experiências e envolvimento no mesmo
- Sensibilização dos profissionais envolvidos para o apoio técnico que se pretende disponibilizar
- Elaborar o regulamento interno do Gabinete de Enfermagem para dar a conhecer os serviços que se pretende disponibilizar
- Organização do espaço físico do Gabinete de Enfermagem
- Fazer o planeamento das visitas domiciliárias a desenvolver
- Auscultar as necessidades sentidas pelos AAD na prestação de cuidados
- Realizar visitas domiciliárias com o objectivo da supervisão dos cuidados prestados pelos AAD
- Elaborar o processo de enfermagem dos utentes seleccionados
- Optimizar a parceria entre o Centro Social do Cerco do Porto e a equipa de enfermagem dos cuidados de saúde primários
- Executar e avaliar as intervenções propostas mediante as necessidades detectadas no SAD
- Realizar acções de formação aos AAD e, se oportuno, à equipa multidisciplinar

QUESTÕES ÉTICAS

No sentido de não causar danos aos colaboradores que participam neste projecto, todas as disposições necessárias serão tomadas de forma a proteger a sua dignidade. Igualmente serão assegurados os direitos de confidencialidade dos dados recolhidos para a implementação do projecto. Por conseguinte serão garantidos aos participantes no projecto, os seguintes direitos:

- Anonimato e confidencialidade
- Intimidade
- Autodeterminação

As identidades serão protegidas, de modo a evitar qualquer desconforto ou prejuízo, garantindo o direito à intimidade e ao anonimato dos intervenientes.

RECURSOS

Para a consecução dos objectivos será necessária a colaboração do Centro de Enfermagem da Católica com a disponibilização dos recursos humanos e logísticos para o desenvolvimento da intervenção, da ODPS e do Centro Social para implementação das estratégias definidas.

Condicionantes à realização: total colaboração do Técnico de Serviço Social coordenador do centro, na partilha de informações contidas nos processos sociais dos utentes em apoio domiciliário e sugestão dos casos prioritários para uma intervenção; Colaboração das AAD do centro social no levantamento de necessidades de formação, participação nas acções de formação propostas, aceitação duma supervisão por parte de elementos externos á instituição para a qual trabalham; espaço físico no centro social para sediar a operacionalização das estratégias de intervenção.

Recursos humanos: Enfermeira Marta Luís e Enfermeira Paula Serdoura da Universidade Católica do Porto

Equipamento social: Centro Social do Cerco do Porto

Recursos materiais: sala de trabalho; para formação e pesquisa nos processos sociais; quadro, canetas, videoprojector, computador, para formação em sala; linha de telefone ou telemóvel para comunicar com as AAD no apoio e supervisão de cuidados e na optimização de recursos comunitários, meio de transporte para as visitas domiciliárias.

Período de implementação: 12 de Outubro a 27 Novembro de 2009

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

		ESTAGIO ENFERMAGEM COMUNITÁRIA MODULO II _ANO 2009																																							
		OUTUBRO													NOVEMBRO																										
		1ª SEMANA			2ª SEMANA			3ª SEMANA			4ª SEMANA				5ª SEMANA			6ª SEMANA			7ª SEMANA			8ª SEMANA																	
		5	6	7	8	9	12	13	14	15	16	19	20	21	22	23	26	27	28	29	30	2	3	4	5	6	9	10	11	12	13	16	17	18	19	20	23	24	25	26	27
1. Determinação das prioridades		█																																							
2. Fixação dos objectivos													█																												
3. Selecção das estratégias													█																												
4. Colheita de informação													█																												
5. Planeamento das actividades		█																																							
6. Criação do Gabinete de Enfermagem																				█																					
7. Visitação domiciliária																				█																					
8. Acompanhamento/Supervisão de cuidados																				█																					
9. Aplicação da grelha de observação																				█																					
10. Implementação do processo clínico																				█																					
12. Educação para a saúde																				█																					
13. Formação às AAD																				█																					
14. Avaliação/Correcções																				█																					

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Integrado num protocolo de cooperação entre a Universidade Católica do Porto e a ODPS pretende-se que os estágios dos alunos da Enfermagem contribuam para uma melhoria dos cuidados aos utentes da ODPS e simultaneamente produzam dados empíricos para o desenvolvimento da profissão.

A colaboração e disponibilidade desde já manifestada pela instituição Obra Diocesana de Promoção Social merecem-nos os maiores agradecimentos e na expectativa de que possamos ao mesmo tempo contribuir para a melhoria do serviço prestado pelo Apoio Domiciliário e promoção dos cuidados de saúde aos utentes por ela beneficiados, aqui expressamos o nosso total empenho para a concretização das estratégias definidas.