



**VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA: GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA DE
SAÚDE**

Ana Raquel Mendes Pereira

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Este Relatório não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri.

Orientadora

Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

2013

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA: GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA DE
SAÚDE**

Ana Raquel Mendes Pereira

Relatório Apresentado para a Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem

Este Relatório não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri.

Orientadora

Ermelinda do Carmo Valente Caldeira

2012

Resumo

Pereira, A.R.M. **Visitação Domiciliária: Gestão e eOrganização do Programa de Saúde**. Évora, 2013. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Universidade de Évora.

Visitação Domiciliária traduz-se pela deslocação de um ou mais profissionais de saúde ao domicílio do utente para satisfação das suas necessidades, sejam elas de promoção, tratamento, prevenção ou reabilitação. É um programa comum aos Cuidados de Saúde Primários e inerente à prestação de cuidados de enfermagem.

Para obter uma perspetiva real sobre as mudanças necessárias ao programa da VD, foram aplicados questionários para os enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade de Cuidados Saúde Personalizados de Odemira e chefias dos restantes centros de saúde do agrupamento de forma a conhecer a perspetiva dos profissionais de saúde sobre a eficiência do programa estabelecido. Os resultados, obtidos permitiram concluir que o programa necessita de ajustamentos a médio e longo prazo de forma a dar respostas às efetivas necessidades da população.

Por ser um processo moroso e tendo em conta alguns constrangimentos temporais, procedeu-se ao levantamento das necessidades da população perspetivada pelos profissionais de saúde e foram apresentadas sugestões de mudanças no programa.

Abstract

Pereira, A.R.M. **Home Visiting: Management and organization of the health problem.** Évora, 2013. Master's Dissertation in Nursing – University of Évora.

Home visiting is reflected by the displacement of one or more health professionals to the person's home who needs assistance, in order to supply their needs, whether for promotion, treatment, prevention or rehabilitation. This consists in a joint program regarding Primary Health Care inherent to provide nursing care.

To achieve a real perspective in this domain and thus implement the necessary changes to the program of VD, it was implemented questionnaires to be filled by nurses of the Unity in the Community Care and Health Care Unit Custom of Odemira and heads of other health centres, in order to understand the perspective of each health professionals about the effectiveness of the established program. The results obtained, allowed to conclude that the program needs adjustments in the medium and long period, in order to respond to the current needs of the population.

Since this process it was very time consuming and given some time constraints, we proceeded to assess the needs of the population perceived by health professionals. This acknowledgment enables to present and suggest adequate changes to the implemented program.

Aos meus Pais...

E ao David!

Agradecimentos

Ao culminar esta etapa que fecha o percurso meio ano trabalho, são muitos aqueles a quem devo um “muito obrigada”...

A Deus...

Agradeço em primeiro lugar, por ter colocado as pessoas certas no meu caminho.

A todos os elementos que integraram este estágio, que sem a sua participação e ajuda não teria sido possível, nomeadamente:

À Professora Ermelinda Caldeira pelo rigor e disponibilidade que dedicou à orientação deste estágio.

À Doutora Felismina pela simpatia com que me acolheu.

À ULSLA e ao Centro de Saúde de Odemira...

E a toda a equipa de enfermagem que amavelmente aceitou colaborar comigo na concretização deste trabalho.

À Enfermeira Celestina, e ao Dr. Paulo Espiga pela sua simpatia e disponibilidade.

Para eles em particular um “obrigada” especial.

À minha família...

Em especial aos meus pais, a quem dedico este trabalho, por todos os momentos em que abdicaram de viver para si para poderem investir nos seus filhos.

Ao David, pelo incentivo e apoio constantes, mas sobretudo, pela imensa paciência em me aturar nos momentos em que a pressão me “batia à porta” e a delicadeza se esvaía.

Às minhas irmãs, ao Luís e à Isa, pelo seu optimismo, boa disposição, pela sua amizade e úteis concelhos, que em momentos de desânimo me restituíram a serenidade e a clareza de espírito.

À Mariana, que chegou em julho, um bocadinho antes da hora, por toda a serenidade que me proporcionou e por me motivar nos momentos de maior preguiça.

Aos amigos ...

À Raquel pela sua amizade e disponibilidade.

Aos meus Utentes...

Porque sem eles este Estágio nunca teria sido possível, nem o percurso até aqui percorrido.

Para todos aqueles que de uma forma directa ou indirecta, contribuíram construtivamente para a conclusão desta importante etapa académica e que por esquecimento não foram aqui referidos, deixo também uma palavra de sincero reconhecimento.

SIGLAS/ABREVIATURAS

ACESAL – Agrupamento de Centros de Saúde do Litoral Alentejano

ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde

APCO – Associação de Paralisia Cerebral de Odemira

ARS – Administração Regional de Saúde

AVD – Atividade de Vida Diária

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

HTA – Hipertensão Arterial

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

INR – *Internacional Normalized Ratio*

IPB – Instituto Politécnico de Beja

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIP – Projeto de Intervenção Precoce

PNV – Plano Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

RN – Recém Nascido

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIV – Suporte Imediato de Vida

SUB – Serviço de Urgência Básico

TAE – Técnico de Ambulância de Emergência

TOD – Toma Observada Direta

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSLA – Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano

UMS – Unidade Móvel de Saúde

VASPR – Vacina contra o Sarampo, Papeira e Rubéola

VD – Visita Domiciliária

Índice

1.	INTRODUÇÃO	8
2.	ANÁLISE DO CONTEXTO.....	10
2.1.	CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL	10
2.2.	CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS.....	17
2.3.	DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	22
3.	ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES.....	26
3.1.	CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES	26
3.2.	CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO ALVO	29
3.3.	ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO ALVO	34
3.4.	RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO ALVO.....	41
4.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	43
4.1.	OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	43
4.2.	OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO ALVO	44
5.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	46
5.1.	METODOLOGIA	48
5.2.	FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	51
5.3.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS	70
5.4.	RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS	71
5.5.	CONTACTOS ENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS	72
5.6.	ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL	73
5.7.	CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA	75
6.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	77
6.1.	AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS	77
6.2.	AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA	86
7.	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS.....	88
8.	CONCLUSÃO	91
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
	ANEXOS.....	98

Índice de Figuras

Figura 1: Concelho de Odemira	11
Figura 2: População Inscrita no Centro de Saúde por Grupo Etário.....	28

Índice de Tabelas

Tabela 1: População Inscrita no Centro de Saúde	28
Tabela 2: Orçamento	74
Tabela 3: Cronograma	76

Índice de Gráficos

Gráfico 1: População residente, segundo grupos etários e sexo	15
---	----

Índice de Quadros

Quadro 1: População Residente, População Presente, Famílias, Alojamentos e Edifícios.....	13
Quadro 2: Edifícios segundo tipo de utilização.....	13
Quadro 3: Alojamentos familiares de residência habitual segundo a existência de infraestruturas e estacionamento.....	14
Quadro 4: População residente, segundo grupos etários e sexo.....	14
Quadro 5: População residente, segundo o estado civil legal e o sexo	16
Quadro 6: População residente segundo o nível de instrução mais elevado completo e sexo	16

1. Introdução

A visitação domiciliária segundo Rice (2004) caracteriza-se pela deslocação do profissional de saúde ao contexto domiciliário da pessoa ou família. É um programa inerente à prática profissional da enfermagem, e assenta sobre a satisfação das necessidades dos utentes em todas as vertentes. A Visita Domiciliária (VD) pode levar ao domicílio do utente qualquer profissional de saúde, consoante tipologia da VD, nomeadamente, prestação de cuidados, reabilitação, apoio social, educação para a saúde, etc.

Este programa é universal em todo o país, está presente em todos os planos de ação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), obedece a políticas de saúde estabelecidas a nível nacional (contratualização) e varia os seus critérios a nível institucional.

O Centro de Saúde de Odemira é uma instituição que transitou do Agrupamento de Centros de Saúde do Litoral Alentejano (ACESAL) para a atual Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano (ULSLA).

Integra-se no maior concelho, em área geográfica, do país e onde predomina uma população essencialmente envelhecida e com enormes carências, bem como necessidades bastante especiais.

Nesta instituição, a VD funciona conforme a norma de serviço e é promovida por duas unidades distintas, tendo características particulares a cada unidade, características essas que são descritas mais à frente. No entanto, o que se tem verificado ao longo dos anos é que o número de visitas previstas para o ano nunca é atingido, o que pode comprometer a prestação adequada dos serviços. Este facto provavelmente verifica-se devido à organização deficitária da VD, que apesar da orientação promovida pela norma interna tem algumas limitações ao nível da sua implementação, daí a necessidade de reorganizar o programa e desenvolver este projeto.

Com este trabalho temos como objetivo geral: Organizar o programa de “Visitação Domiciliária” do Centro de Saúde de Odemira de forma a melhorar a equidade e acesso dos utentes, do concelho de Odemira, aos cuidados de saúde.

Para a sua consecução definimos como objetivos específicos:

- Obter aprovação do Conselho de Administração da ULSLA para a implementação do projeto;
- Conhecer a opinião da equipa de enfermagem relativamente ao programa de VD;
- Reorganizar o programa de visitação domiciliária tendo em conta as necessidades identificadas;
- Uniformizar registos da Visitação Domiciliária;
- Aumentar a taxa de visitação domiciliária para 100% até 2016.

Somos conscientes que este objetivo só será alcançável através do esforço concertado de múltiplos intervenientes. Assim sendo, pretende-se envolver de forma direta ou indireta todos os profissionais do Centro de Saúde de Odemira.

Este relatório divide-se, portanto, em oito partes. Na primeira parte, introdução, pretende-se definir o âmbito do projeto e o seu enquadramento. A caracterização do contexto onde foi implementado o projeto, vem de seguida. Segue-se a caracterização da população e a definição da população alvo. A análise reflexiva dos objetivos constitui a quarta parte. Na quinta parte surge a análise das intervenções implementadas, seguida do processo de avaliação e controlo. As competências mobilizadas compõem a penúltima parte e por fim a conclusão do trabalho.

Este relatório está organizado segundo a Estrutura do Relatório de Mestrado em Enfermagem, da Universidade de Évora.

2. Análise do contexto

Neste capítulo surgem delineadas as características do campo de estágio, bem como de todos os recursos nele existentes. Torna-se importante esta caracterização uma vez que permite a localização e perceção da implementação da metodologia posteriormente apresentada.

2.1. Caracterização do ambiente de realização do Estágio Final

Este relatório foi desenvolvido no Centro de Saúde de Odemira cuja sede se localiza no coração da Vila de Odemira.

Figura 1: Concelho de Odemira



Fonte: Câmara Municipal de Odemira

Odemira é um concelho que pertence ao distrito de Beja, no entanto, pertence à região do Litoral Alentejano. É o maior concelho em área geográfica, com 1.720,20 km², apesar de ter pouco mais de 26 mil habitantes. É limitado a norte pelos concelhos de Santiago do Cacém e Sines, a leste pelo concelho de Ourique, a sueste pelo de Silves, a sul por Monchique e Aljezur a oeste tem uma extensa área de bonitas praias naturais. A faixa litoral do concelho e o vale do Mira até à vila integra o Parque Natural do Sudoeste Alentejano e Costa Vicentina. O concelho é atravessado pela ferrovia do sul. Os acessos podem ser variados, nomeadamente, através de comboio, autocarro e automóvel, provenientes de qualquer local do país.

Odemira caracteriza-se pela vasta variedade paisagística, estendendo-se entre a planície, a serra e o mar, aos quais o rio Mira e a barragem de Santa Clara-a-Velha, atribuem uma aura especial.

O seu território está dividido por 17 freguesias dispersas por três tipos de paisagem (planície, serra e mar), cada uma com as suas peculiaridades:

- planície: S. Salvador, Santa Maria, Boavista dos Pinheiros e S. Luís;
- serra: Sabóia, Pereiras Gare, Santa Clara-a-Velha, Luzianes Gare, S. Martinho das Amoreiras, Colos, Relíquias, Vale de Santiago e Bicos;
- mar: S. Teotónio, Zambujeira do Mar, Vila Nova de Milfontes e Longueira/Almograve.

O concelho encontra-se organizado em três faixas económicas e/ou territoriais distintas, faixa litoral (mar): onde dos 55km de costa atlântica, 12 são de praias, é também nesta faixa onde se verifica o maior afluxo/resposta turística (alojamento, animação e restauração).

No litoral verifica-se também a maioria da atividade pecuária (essencialmente a produção de bovinos da raça Limousine e de Holstein Frísia) e o elementar da produção agrícola, nomeadamente a floricultura intensiva, fruticultura e horticultura. Toda esta zona beneficia das infraestruturas que permitem a rega através da água do rio Mira e de um micro clima assente em geada zero.

Na faixa central (planície) localizam-se todos os serviços públicos, bem como, das principais unidades comerciais e indústria.

É na faixa interior do concelho (serra) que existe a maior mancha florestal do país, seja ela autóctone (sobreiro e azinheira), ou exótica (como o eucalipto). Associado a essa mancha florestal, o setor agrícola e pecuário de sequeiro extensivo (bovinicultura, ovinicultura e caprinicultura) marcam a paisagem física e económica de uma grande área do concelho.

No que refere ao associativismo, é indiscutível que as associações ajudam a promover a integração social e assumem um importante papel na promoção da cultura, do desporto, na área social. Porém, há cada vez maiores dificuldades para levar as pessoas a participar na vida associativa. No entanto, no concelho de

Odemira este conceito é muito vasto, uma vez que existe um grande número de associações de tipologias diferentes, nomeadamente: associações de desenvolvimento; humanitárias e de caráter social; juvenis; culturais, recreativas e desportivas; de columbofilia; do setor agrícola e de caçadores e pescadores.

Este concelho, segundo os censos de 2011 (Quadro 1), tem 26.066 habitantes (população Residente), dos quais – contrariamente à tendência nacional – 50,43% são homens, um total de 11.360 famílias (com uma média de 2 membros por família).

Quadro 1: População Residente, População Presente, Famílias, Alojamentos e Edifícios

Zona Geográfica	População Residente			População Presente			Famílias		Alojamentos familiares			Alojamento Colectivo	Edifícios
	HM	H	M	HM	H	M	Clássicas Residentes	Institucionalizadas	Total	Clássicos	Outros		
Alentejo	757190	366760	390430	733219	352932	380287	302944	543	470173	469150	1023	1455	383737
Alentejo Litoral	97895	48610	40285	93546	47453	47893	40524	48	68501	68317	184	266	53448
Odemira	26036	13154	12882	25685	12938	12747	11350	10	20893	20820	73	108	18419

Fonte: INE, 2012

Cerca de um terço dos alojamentos familiares do Alentejo Litoral pertencem ao concelho de Odemira. Neste concelho, as habitações são em número elevado, já que a principal atividade económica advém do turismo.

Quadro 2: Edifícios segundo tipo de utilização

Zona Geográfica	Utilização do Edifício		
	Exclusivamente residencial	Principalmente residencial	Principalmente não residencial
Alentejo	364841	15187	3709
Alentejo Litoral	50728	2181	539
Odemira	17591	649	179

Fonte: INE, 2012

No que refere à existência de infraestruturas nos alojamentos (Quadro 3) que os tornam mais confortáveis e com as condições ideais de habitabilidade, Odemira apresenta grandes falhas, comparativamente com os números do Litoral Alentejano. Mais de metade das habitações sem água canalizada do Alentejo Litoral, pertencem ao concelho de Odemira, o mesmo acontece com a falta de sistema de drenagem de águas residuais e instalação de banho ou duche. Estes dados só reforçam as enormes carências da população.

Quadro 3: Alojamentos familiares de residência habitual segundo a existência de infraestruturas e estacionamento

Zona Geográfica	Total	Água		Sistemas de drenagens de águas residuais		Instalação de banho ou duche		Lugar de estacionamento	
		Com água canalizada	Sem água canalizada	Com sistema	Sem sistema	Com instalação	Sem instalação	Com estacionamento	Sem estacionamento
Alentejo	299704	296665	3039	297106	2598	291184	8520	137250	161451
Alentejo Litoral	39750	38871	879	38970	780	38182	1568	16785	22781
Odemira	10864	10294	570	10349	515	10018	846	4718	6073

Fonte: INE, 2012

Quadro 4: População residente, segundo grupos etários e sexo

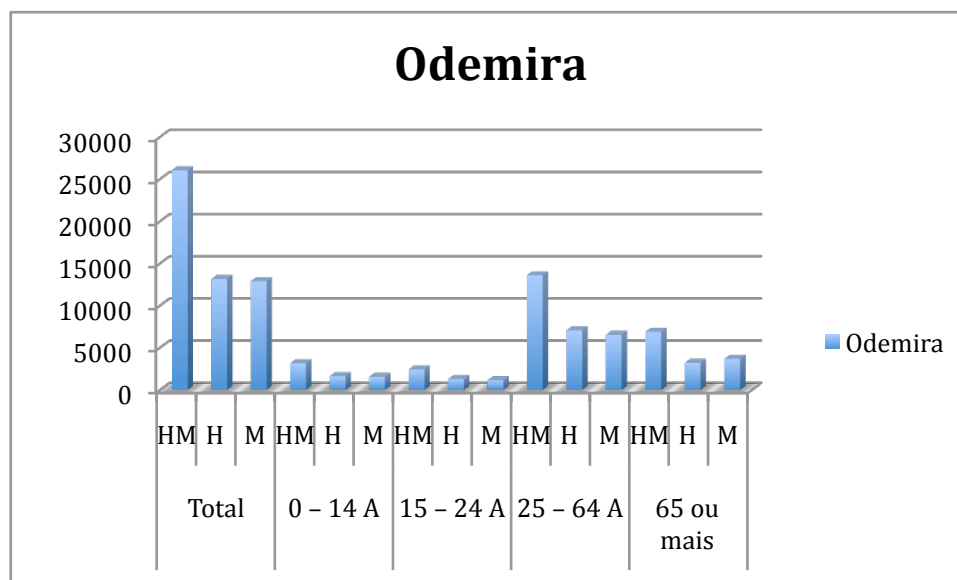
Zona Geográfica	Total			0 - 14 A			15 - 24 A			25 - 64 A			65 ou mais		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Alentejo	757190	366760	390430	102795	52794	50001	73673	37799	35838	396882	197500	199382	183876	78667	105209
Alentejo Litoral	97895	48610	49285	12411	6366	6045	9231	4820	4393	52678	26876	25802	23593	10548	13045
Odemira	26036	13154	12882	3156	1614	1542	2422	1275	1147	13584	7063	6521	6874	3202	3672

FONTE: INE, 2012

Através do gráfico 1, podemos verificar que a população jovem, no concelho de Odemira até aos 25 anos é em menor número do que aquela com mais de 25 anos. Tal facto pode dever-se não só à baixa natalidade que se tem verificado ao longo dos anos, mas também devido aos jovens que saem do concelho para estudar. A população de meia idade é a de maior número, no entanto, se os dados fossem mais específicos, verificar-se-ia que a população de 45 ou mais anos são os maiores ocupantes do concelho.

O concelho também comporta alguns jovens em idade laboral, uma vez que aqui existe muita empregabilidade através da câmara municipal. Neste concelho a Câmara Municipal de Odemira é a maior empregadora do concelho, seguindo-se as empresas agrícolas.

Gráfico 1: População residente, segundo grupos etários e sexo



O quadro 5 representa o estado civil legal da população residente. Verifica-se que o número de casados e solteiros é equiparado independentemente do género. Os divorciados verificam-se em número mais reduzido. No que refere aos viúvos, a tabela apresenta as senhoras em maior número do que os homens, o que vem comprovar as conclusões relativamente à esperança de vida mais longa das mulheres.

Quadro 5: População residente, segundo o estado civil legal e o sexo

Zona Geográfica	Total			Solteiro			Casado			Divorciado			Viúvo		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Alentejo	757190	366760	390430	289122	155952	133170	356935	178561	178374	40347	18238	22109	70766	14009	56777
Alentejo Litoral	97895	48610	49285	40635	22553	18082	42845	21547	21298	5851	2816	3035	8564	1694	6870
Odemira	26036	13154	12882	11196	6406	4790	11206	5630	5576	1281	625	656	2353	493	1860

FONTE: INE, 2012

No que refere ao grau de instrução da população residente, segundo o quadro 6, verificamos que existe alguma diversidade a este nível. Nos iletrados o sexo feminino assume uma posição preponderante, talvez mais associado à população mais idosa em que antigamente as mulheres não iam à escola. O mesmo acontece com a formação básica, em que os homens se encontram em maioria. Pelo contrário no grau secundário e superior surgem as mulheres em maior destaque, são elas que prosseguem mais no estudo, ficando os homens pelo ensino pós-secundário, talvez direcionado para a formação técnico-profissional.

Quadro 6: População residente segundo o nível de instrução mais elevado completo e sexo

Zona Geográfica	Total		Nenhum		Básico						Secundário		Pós - Secundário		Superior	
					1º Ciclo		2º Ciclo		3º Ciclo							
	HM	H	HM	H	HM	H	HM	H	HM	H	HM	H	HM	M	HM	M
Alentejo	757190	366760	174122	74782	200036	101207	93621	53219	119369	63265	93884	44412	8454	4831	67704	25044
Alentejo Litoral	97895	48610	23969	10657	25003	13488	11781	6673	15676	8280	12720	6046	1253	694	7493	2772
Odemira	26036	13154	7435	3442	6566	3717	2981	1701	4142	2084	3001	1437	283	156	1628	617

FONTE: INE, 2012

Odemira é o concelho mais vasto de Portugal, no que confere à sua área geográfica, comporta cerca de 25 mil habitantes dispersos por 17 freguesias, cuja distância à Sede do Centro de Saúde pode variar entre 17 e 50 km. A população inscrita no Centro de Saúde de Odemira, e por conseguinte a população alvo

deste trabalho, é uma população na sua maioria idosa, com elevado índice de envelhecimento (217%) e por consequência com elevados níveis de dependência (Quintas, 2012). Por esta razão, apresenta especificidades muito próprias a este tipo de população.

Assim, considerando as características mais marcantes do concelho, aliadas ao problema do ordenamento do território, a fraca rede de transportes e a deficiente acessibilidade sem meios públicos alternativos, fazem da Visita Domiciliária, no que toca ao seu planeamento e organização, um problema de estudo com fulcral importância, como fator de impacto da qualidade dos cuidados de saúde se atendermos à dispersão geográfica e natureza da população.

2.2. Caracterização dos recursos materiais e humanos

O Centro de Saúde de Odemira localiza-se no coração da vila. É composto por 3 unidades funcionais, mas que funcionam em prol de um objetivo comum que é a prestação de cuidados aos utilizadores dos serviços, nomeadamente a Unidade de Cuidados Personalizados (UCSP) que inclui o Serviço de Urgência Básico (SUB) e as extensões, a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e o Núcleo Regional da Unidade de Saúde Pública (USP)

Caracterizando brevemente cada uma das unidades, a UCSP é a unidade que assegura a prestação de cuidados de saúde primários. Esta unidade é composta por três secções, a da coordenação, a do atendimento direto e os armazéns.

Na zona da coordenação, estão localizados os gabinetes do Coordenador do Centro de Saúde, do Enfermeiro Responsável pela equipa de enfermagem da UCSP, o gabinete da informática, a Biblioteca, o gabinete do chefe dos Administrativos e a Tesouraria, e o Gabinete do Serviço Social/Gabinete do Cidadão.

Na zona de atendimento, existe a secretaria de atendimento ao utente, que funciona das 8h às 20h, de segunda a sexta, bem como a central telefónica do

Centro de Saúde. Segue-se o gabinete do serviço de psicologia, atualmente sem horário definido (consoante a disponibilidade do técnico). Os gabinetes da UCC (Coordenação, Sala Multiusos e Cantinho da Mamã); a Coordenação da UCC funciona diariamente das 9h Às 17h, mas o funcionamento é diário das 8h às 20h, inclusivamente ao fim de semana, consoante a necessidade.

Segue-se o gabinete dos Técnicos de Saúde Ambiental, que funciona de segunda a sexta das 9 às 17:30 e comporta duas técnicas superiores. O gabinete da Higienista Oral está totalmente equipado e tem horário de atendimento às terças e sextas das 9h às 17:30; nos restantes dias a técnica desloca-se às escolas para promoção da saúde. O ginásio é onde decorrem as sessões de fisioterapia (das 8h às 15h) e o Curso de Preparação para a Parentalidade (das 17h às 20h uma vez por semana), ministrado pela Enfermeira Especialista em S. Materna e Obstétrica a todas as grávidas a partir das 28 semanas de gestação que queiram participar.

A zona das consultas (atendimento de enfermagem e médico) é composta por 5 gabinetes de enfermagem (vacinação, terapia compressiva e diabetes, saúde materna e planeamento familiar, sala de tratamentos e gabinete de hipertensão e INR [International Normalized Ratio]), e 4 gabinetes médicos. O atendimento geral de enfermagem acontece de segunda a sexta das 9h às 20h, variando o atendimento dos programas de saúde consoante as consultas médicas. As consultas de enfermagem do Pé Diabético realizam-se às sextas feiras entre as 9h e as 12h, a Terapia Compressiva realiza-se à terça feira das 9h às 13h e à sexta das 14h às 17h. A vacinação ainda não tem horário definido. Os atendimentos de enfermagem, preferencialmente, são feitos por marcação, dando-se prioridade aos marcados.

Ainda nesta zona, existe a sala da esterilização e a farmácia.

Na zona dos armazéns, localizam-se os vestiários (homens e mulheres), a copa, o armazém de material administrativo, o armazém do material de consumo clínico, a lavandaria e a zona de resíduos hospitalares.

Além do espaço físico da Sede, existem também 8 Extensões de Saúde em pleno funcionamento e mais uma com prestação de serviços apenas de enfermagem.

Nas extensões existem médicos, enfermeiros e administrativos. Num total de funcionários, a UCSP (sem o SUB) dispõe atualmente de:

- 13 enfermeiros (um dos quais é o responsável);
- 11 médicos (dos quais 4 são estrangeiros e têm contrato a termo certo);
- 2 assistentes operacionais;
- 5 funcionárias da limpeza;
- 7 técnicos superiores (2 técnicas de saúde ambiental, 1 higienista oral, 1 psicólogo, 1 fisioterapeuta, 1 técnica de serviço social, 1 dietista);
- 14 assistentes técnicas.

Os serviços prestados pela unidade baseiam-se nos programas de saúde existentes em outras unidades do mesmo tipo. A carteira básica de serviços da UCSP Odemira inclui programas integrados no plano de acção do ACES, em estreita articulação com as UCC e USP:

- Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida:
 - Planeamento familiar;
 - Saúde materna;
 - Saúde Infanto-juvenil (inclui exame global de saúde);
 - Vacinação;
 - Saúde do adulto e do idoso;
 - Grupo de risco: diabéticos;
 - Grupo de risco: hipertensos;
 - Vigilância oncológica (Rastreio Cancro Colo do útero, Rastreio do Cancro do Cólon e Reto e Rastreio do Cancro da Mama);
 - Cuidados no domicílio.
- Cuidados em situação de doença aguda:
 - Consulta Complementar.

A carteira adicional de serviços inclui:

- Serviço de Urgência Básico;

- Consulta de Diagnostico Pneumológico;
- Consulta de Cessação Tabágica.

Estes serviços prestados na UCSP são maioritariamente desenvolvidos pela equipa multidisciplinar do Centro de Saúde de forma interdependente, podendo algumas, como a Vacinação e/ou a Visita Domiciliária, serem desenvolvidas de forma independente.

De tudo o que a UCSP dispõe, além dos recursos humanos disponíveis, que segundo os relatórios de atividades de anos anteriores são claramente insuficientes, o serviço dispõe de todos os recursos materiais necessários ao pleno funcionamento da unidade.

O SUB funciona 24 horas por dia, sete dias por semana, dispõe de uma equipa de 11 enfermeiros, dos quais 3 são integrados do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) para Suporte Imediato de Vida (SIV). No âmbito SIV, existe uma ambulância pilotada pelos 4 membros do INEM (Técnicos de Ambulância de Emergência [TAE]) e mais 8 enfermeiros, dos quais 5 são do SUB que fizeram a formação. Além do pessoal de enfermagem dispõe de médicos de empresa (2 por turno), duas auxiliares de ação médica (devido à falta destes profissionais, vários turnos não são assegurados), 3 administrativas de empresa e 4 funcionárias da limpeza. Detém também 5 Técnicos Auxiliares de Diagnóstico (radiologia). A rotatividade de turnos é de 8 em 8 horas. Existem ainda, atualmente, dois seguranças (1 por dia) que de segunda a sexta permanecem durante a noite (das 20h às 8h) e asseguram a SUB ao fim de semana durante 24 horas.

A UCC, tal como o nome indica, presta serviço à comunidade, desde apoio ao individuo, até à promoção de educação para a saúde.

A sua Sede é na Sede do Centro de Saúde, e dispõe de 3 gabinetes, o da Coordenação, a Sala Multiusos e o Cantinho da Mamã.

Dispõe atualmente de:

- 9 enfermeiros (dos quais 2 são especialistas em saúde materna e obstétrica e 1 um de reabilitação);
- 2 médicos;

- 1 assistente técnico;
- 6 técnicos superiores (1 dietista, 1 fisioterapeuta, 1 psicólogo, 1 técnica de serviço social, 1 terapeuta da fala, 1 higienista oral);

que compõem os recursos humanos necessários para o correto funcionamento da unidade.

No que refere aos serviços prestados, tal como na UCSP estes estão divididos em 2 tipos, os de carteira básica, que são:

- Nascer para o futuro;
- Visitando a nova família;
- Saúde escolar;
- Projeto de Intervenção Precoce;
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens;
- Mulheres em Exclusão;
- Beneficiários do Rendimento Social de Inserção;
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados;
- Equipa de Coordenação Local;
- Banco de Ajudas Técnicas;
- Unidade Móvel de Saúde (UMS) – Saúde na Mira;
- Gabinete do Movimento;
- Desenvolvimento e Formação Continua.

E os programas de carteira adicional:

- Registo Cardiotocográfico.

Estes programas, tal como o nome indica, são direcionados a vários grupos específicos. Nomeadamente ao recém-nascido, onde se faz a visita ao domicílio para averiguar o estado de saúde do jovem membro, à puérpera, às crianças e jovens em risco, às presidiárias, aos idosos isolados, aos idosos com carências económicas, promove ajudas à população no que refere ao empréstimo de material clínico (cadeiras de rodas, canadianas, colchões de pressão alterna, etc.) a muitos inacessíveis devido ao seu valor monetário, e à grávida aquando da realização dos registos cardiotocográficos a partir das 36 semanas de gestação.

O núcleo regional da USP engloba dois técnicos de saúde ambiental, um dietista e uma higienista oral. As suas funções são as inerentes ao seu grupo profissional.

Deste modo, pode verificar-se que o Centro de Saúde de Odemira serve uma população específica, com necessidades específicas e funciona em plena sintonia com todos os recursos existentes e promovidos pela comunidade onde está inserido.

2.3 Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro foi aprovado em 1996 e refere-se aos “princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros” (REPE, 1996).

O mesmo documento define quatro conceitos fundamentais, que são a base da prática profissional de enfermagem: Enfermagem, Enfermeiro; Enfermeiro Especialista e Cuidados de Enfermagem.

Assim, segundo o artº 4º do REPE (1996):

Enfermagem “é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”.

Enfermeiro “é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.”

Enfermeiro Especialista “é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores

especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.”

Cuidados de Enfermagem “são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.”

Estes últimos caracterizam-se como sendo o resultado da interação do enfermeiro com o utente, família e/ou comunidade, onde existe uma relação de ajuda enfermeiro/utente e por utilizar uma metodologia científica, que assenta nas mesmas etapas do planeamento em saúde, como:

- 1º. Identificação do problema;
- 2º. Recolha de dados;
- 3º. Formulação do diagnóstico de enfermagem;
- 4º. Realização de planos de prestação de cuidados;
- 5º. Execução dos cuidados;
- 5º. Avaliação da prestação e reformulação das intervenções.

Além destes parâmetros, os cuidados de enfermagem caracterizam-se, entre outros aspetos, por dar informação ao utente que visa a mudança de comportamentos que não promovam a sua saúde, e encaminhar o mesmo e promover a interação de outros profissionais de saúde de acordo com as suas necessidades.

Deste modo, o papel do enfermeiro passa por advogar o utente, compreender e ter capacidade de identificar os seus problemas, sendo igualmente capaz de, através de ferramentas e mecanismos de trabalho, dar-lhes resposta adequada. A defesa da qualidade de prestação dos cuidados é um pressuposto fundamental assegurado pela Ordem dos Enfermeiros, criada em 1998, bem como, “o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de

enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional” (OE, 2012).

Digamos que a OE se preocupa essencialmente com a disciplina e as diretrizes da profissão de enfermagem, e os sindicatos com assuntos funcionais do trabalho, nomeadamente contratos e condições de trabalho.

Além da OE, existe o Código Deontológico que fornece informação sobre a organização ética da profissão de enfermagem. Este define como princípios orientadores da atividade dos enfermeiros como a “responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes; a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais” (OE, 2012). Corroborando estes princípios, existe o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros que estabelece que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (OE, 2012).

Todos estes documentos assentam na ideia de que o utente/família devem ser vistos de forma holística e deve fazer-se um levantamento das suas necessidades de forma a dar-lhes resposta apropriada, tendo sempre em consideração as crenças e princípios do utente nunca descorando a sua dignidade e a sua privacidade.

A passagem de informação pertinente ao utente sob forma de educação para a saúde é uma mais valia para este e ajuda no estabelecimento de uma relação empática entre utente e enfermeiro que promove um maior empenho do utente na evolução do seu estado de saúde. Os cuidados prestados devem seguir determinados padrões de qualidade, uma vez que sem estes a prestação não seria a mais adequada.

Assim, segundo os “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” (2001), cabe às instituições de saúde “adequar os recursos e criar as estruturas que obviem o exercício profissional de qualidade”, já que estes existem para os cidadãos. Os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, existem para servir os mesmos cidadãos, daí que se torna importante uma planificação

meticulosa prévia da prestação de cuidados. Delinear objetivos e estratégias para os resultados previstos, faz com que se promova uma prática de excelência. Por isso, cabe também às instituições de saúde, não só aprovar projetos de intervenção comunitária, mas também promover as condições necessárias para a concretização dos mesmos.

Após a apresentação da proposta no CS Odemira, foi-me dada total abertura para a reorganização e implementação do programa, abertura essa que incluiu a disponibilização de todos os recursos disponíveis. Este projeto foi visto como uma importante forma de promoção da saúde, na medida em que criou oportunidades de promoção de estilos de vida saudáveis, não só ao nível da prestação de cuidados mas também ao nível das referenciações de situações problemáticas e de supervisão das intervenções de enfermagem implementadas (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001).

Segundo o REPE (1996), de acordo com as suas qualificações profissionais, os enfermeiros “participam na colaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos” e “concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral”.

Assim, este trabalho proporcionou a realização e implementação de um projeto importante, não só para o serviço mas também para os próprios utentes, na medida em que permite a identificação de necessidades específicas relativas à VD e ao desenvolvimento de estratégias que permitissem a melhoria da prestação deste tipo de cuidados (domiciliários). Para a identificação de necessidades e implementação de estratégias, foi necessária a mobilização de competências especificamente delineadas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária – nomeadamente, competências específicas relativas ao estabelecimento, segundo a metodologia do Planeamento em Saúde, da avaliação do estado de saúde de uma comunidade; à contribuição para o processo de capacitação de grupos e comunidades; e à integração e coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos

do Plano Nacional de Saúde –, bem como a aquisição de conhecimentos específicos relativos não só à prestação de cuidados diretos, mas também, e não menos importante, relativo à coordenação de programas de saúde e à planificação dos mesmos, de forma a promover a qualidade da prática implementada.

3. Análise da população/utentes

Para uma melhor perceção da população com a qual se trabalhou, tornou-se indispensável a caracterização da mesma, com todas as suas especificidades. Deste modo torna-se mais fácil a identificação destes indivíduos e a perceção do que se pretende desenvolver com esta população específica.

Este capítulo é então destinado à descrição exaustiva da população alvo, das suas necessidades, da avaliação dos programas de intervenção com eles desenvolvido e o método de recrutamento.

3.1. Caracterização geral da população/utentes

O Concelho de Odemira caracteriza-se por ter uma população essencialmente envelhecida, que é perfeitamente visível pelo índice vital de Pearl (0,55), pelo índice de dependência de idosos (43) e pelo índice de envelhecimento (217,8), o mais elevado de todo o Litoral Alentejano (Censos 2011), fatores que contribuem para uma elevada taxa de mortalidade. Em 2011, Odemira apresentou o maior número de óbitos do Alentejo Litoral (389), com uma taxa bruta de mortalidade de 10,13% (INE, 2011).

Paradoxalmente, a paisagem e o isolamento atrai população estrangeira (11% da população residente) a fixar-se no concelho. Sem conceitos estereotipados e sem etnocentrismos, verificou-se tratar-se de uma comunidade com noções diferentes de promoção de saúde e prevenção da doença. Se a isto aliar o aumento de população imigrante para o setor hortofloricultor, verifica-se que

este concelho apresenta uma diversidade cultural e étnica que requer da parte dos serviços de saúde um esforço adicional de forma a personalizar os cuidados ao utente.

Segundo o diagnóstico social de Odemira realizado em parceria com a UCC, verificou-se que o problema mais marcante é a desestruturação familiar devido, maioritariamente, a competências parentais e sociais deficientes, bem como, ao alcoolismo e desemprego vigentes no concelho. Agregados a estes problemas, existe também a violência doméstica que está diretamente relacionada com o alcoolismo, podendo mesmo ser visto como uma consequência do mesmo.

Além destes problemas, o diagnóstico social apresenta alguns problemas que considera prioritários, nomeadamente a falta de projetos de vida dos jovens (o que leva a um aumento do consumo de álcool em camadas cada vez mais novas); o abandono e absentismo escolar; abuso sexual de menores; falta de respostas sociais em matéria de infância/juventude e gravidez precoce indesejada (visível através da taxa de fecundidade na adolescência [Alentejo Litoral 19,9 ‰; Portugal 14,7 ‰] (INE, 2010)).

Além disto, é de interesse para este relatório acrescentar que existe no concelho um estabelecimento prisional feminino, que mantém com o Centro de Saúde alguns protocolos na área da vigilância e promoção da saúde mulher/criança.

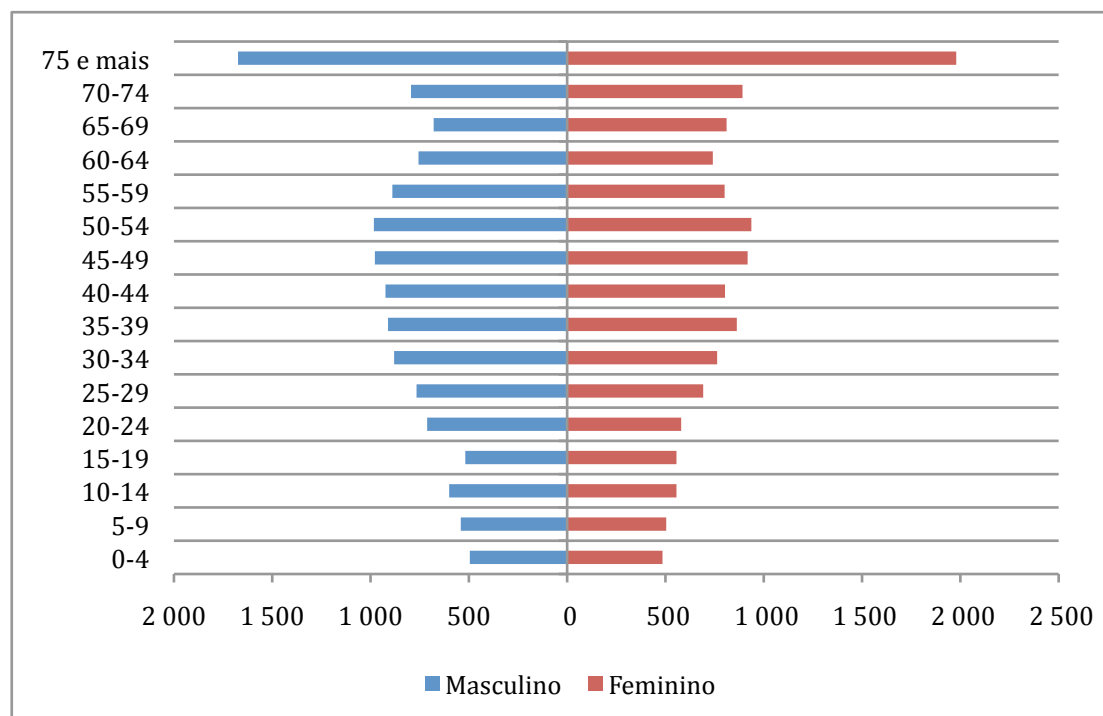
Assim, para se ter uma perfeita noção da população que compõe o concelho, a tabela 7 representa a população inscrita no Centro de Saúde por grupos etários, dados estes retirados do sistema SINUS vigente nos serviços administrativos.

Tabela 1: População Inscrita no Centro de Saúde

Grupos Quinquenais	Masculino	Feminino	Masculino/Feminino
0-4	443	435	878
5-9	539	521	1060
10-14	603	536	1139
15-19	549	594	1143
20-24	705	619	1324
25-29	806	785	1591
30-34	918	750	1668
35-39	993	859	1852
40-44	977	811	1788
45-49	969	914	1883
50-54	944	952	1896
55-59	816	764	1580
60-64	723	704	1427
65-69	620	766	1386
70-74	703	807	1510
75 e mais	1672	2027	3699
Sub - Total	12980	12844	25824

FONTE: SINUS, 2012

Figura 2: População Inscrita no Centro de Saúde por Grupo Etário



FONTE: SINUS, 2012

3.2. Cuidados e necessidades específicas da população alvo

O Diagnóstico Social foi desenvolvido no sentido de conhecer a realidade social, perceber as necessidades, perceber os problemas prioritários e a sua causa. Com isto, pretende também identificar os recursos existentes que podem contribuir para a resolução dos problemas. Deste modo, expõe por áreas os problemas e as prioridades vigentes para que se possa conhecer bem a realidade do concelho.

A sua conceção foi possível devido ao conjunto de parcerias existentes com o mesmo objetivo e que originaram um resultado conjunto.

Assim, um dos fatores de interesse deste diagnóstico são as necessidades em saúde da população do concelho. Aqui, é referido que as infraestruturas e as respostas sociais são limitadas no que refere ao apoio social direcionado para a saúde.

O concelho de Odemira é um concelho bastante isolado, com poucos recursos nesta área. Dista dos hospitais de referência entre 60km (Hospital do Litoral Alentejano) a 100Km (Centro Hospitalar do Baixo Alentejo). A sua população é essencialmente idosa e dispersa, e chegam a viver em locais tão isolados e sem qualquer apoio familiar, que no caso específico de utentes acamados, quando hospitalizados, a sua estadia em contexto hospitalar mantém-se até ao limite da sua capacidade de internamento.

As carências sociais e familiares são também uma realidade inquietante no concelho. A falta de competência parental, o desemprego, o alcoolismo são problemas em crescimento, e devido, por exemplo, à insuficiência de infraestruturas que apoiem as crianças, à falta de apoio e seguimento das famílias em pior situação, não só devido à insuficiência de meios, mas também associados ao isolamento vigente na população. Apesar das equipas de apoio/intervenção da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), as situações emergentes são tantas, que as instituições distritais e circundantes estão sempre lotadas. Denota-se, portanto, uma resposta insuficiente no que refere aos equipamentos e atividades que apoiam as crianças, que cada vez têm menos suporte familiar.

No que refere à população deficiente, existe o apoio da Associação de Paralisia Cerebral de Odemira (APCO). Esta associação apenas tem capacidade para prestar apoio a 30 utentes (15 em contexto domiciliário e 15 em contexto organizacional). O número de sinalizações/referenciações é proporcional à extensão do concelho, logo esta não tem capacidade para abarcar todas as necessidades.

A rede prestadora de cuidados a idosos ainda está muito aquém, no entanto, segundo este diagnóstico, tem-se desenvolvido, na medida em que tem havido formações em geriatria. Apesar de tudo, os esforços mantêm-se insuficientes na medida em que se tem verificado um acentuado envelhecimento da população. Este diagnóstico foi elaborado de forma a levantar as necessidades da população e antecipar as respostas sociais. Deste modo, e relativamente ao emprego e iniciativa empresarial, estabeleceu como prioridades (entre outros não aplicáveis a este relatório):

- 1º. “rede de transportes precária”: é um problema prevalente devido principalmente à vastidão e isolamento de certas zonas do concelho;
- 2º. “comportamento sazonal da economia local”: deve-se essencialmente à fraca dinâmica e iniciativa empresarial e ao facto de apenas existirem pequenas empresas e pouco profissionais;
- 3º. “dificuldade na fixação de ativos”: devido às carências de pessoal nos setores de saúde, justiça e educação, consequência da forte concorrência de outras regiões mais desenvolvidas. O isolamento e o território podem também ser uma das causas de carência;
- 4º. “desemprego feminino elevado”: devido à dificuldade de conciliação entre a vida familiar e profissional no sexo feminino, possivelmente associada à inflexibilidade de horário e falta de apoio institucional para as crianças.

As prioridades ao nível de educação /formação e cidadania (entre outros) são:

- 1º. “baixo nível de escolaridade da população”: associada à falta de frequência escolar, falta de progressão académica. Os fatores familiares e culturais surgem também como causa deste baixo nível de escolaridade;

- 2º. “dificuldade de concretizar ideias e projetos”: associado a vários fatores, nomeadamente ao baixo nível de escolaridade, falta de acessibilidade, burocracia, desvalorização da qualificação profissional, insuficiência de estruturas locais, entre outros;
- 3º. “consumo e abuso de álcool nos jovens”: segundo este documento, as principais causas desta problemática assentam na falta de estratégia de envolvimento parental com a escola, a insuficiência de ofertas culturais/sociais a esta população, ausência de responsabilidade social, falta de progressão escolar, incapacidade parental muitas vezes associada à dificuldade na conciliação da vida familiar e profissional;
- 4º. “falta de atividades de tempos livres”: não só associado a fatores políticos ou familiares, como à falta de estratégias de divulgação ou de infraestruturas para o efeito;
- 5º. “ausência de acompanhamento escolar por parte dos encarregados de educação”: também associada à falta de acessibilidade, incapacidade parental e também baixo nível de escolaridade;
- 6º. “violência na família”: causada por falta de responsabilidade social, burocracias, fatores familiares e culturais;
- 7º. “fraco nível cultural”: também visto como um problema e prioridade associado a outros fatores já referidos, comuns a quase todas as outras prioridades;
- 8º. “limitação de oferta de áreas de estudo”: que potencia também o abandono escolar precoce e a adoção de comportamentos nocivos.

Relativamente às infraestruturas e respostas sociais/saúde, temos as seguintes problemáticas:

- 1º. “carências familiares/sociais graves”: causadas pela dispersão geográfica, falta de competências pessoais, sociais e parentais, desemprego, alcoolismo e baixo nível de escolaridade;
- 2º. “falta de respostas institucionais para crianças e jovens em perigo”: risco causado unicamente pela ausência de espaços físicos e equipamentos adequados;

- 3º. “ausência/insuficiência de rede de apoio ao cidadão com deficiência”: associada à falta de recursos humanos especializados, ausência de internamento, falta de competências pessoais, sociais e parentais e também devido à grande distancia do hospital mais próximo;
- 4º. “insuficiência de respostas ao nível do tratamento do alcoolismo”: causadas, muitas vezes, por desvalorização do diagnóstico e centralização de consultas especializadas;
- 5º. “insuficiente rede prestadora de cuidados de saúde”: devido à falta de pessoal especializado, dispersão geográfica, entre outros;
- 6º. “insuficiente coordenação entre entidades”: causadas pela falta de cultura de parceria, individualismo institucional e dispersão geográfica;
- 7º. “insuficiente rede prestadora de cuidados sociais a idosos”: devido ao encerramento do antigo hospital, falta de pessoal especializado e dispersão geográfica.

Relativamente ao ambiente e ordenamento do território, com pertinência para este relatório a acessibilidade e rede de transportes: causada pela dispersão geográfica, ausência de ligações este – oeste e articulação com o comboio, falta de avaliação de impactos, falta de coordenação entre entidades e entre entidades e sociedade civil.

Dois meses após a realização deste diagnóstico social, surge o Plano de Desenvolvimento Social (PDS) do concelho de Odemira. Este documento vem no seguimento do anterior para dar respostas às problemáticas delineadas. Deste modo, das quatro problemáticas identificadas, resultaram quatro eixos estratégicos de intervenção:

Eixo 1: Iniciativa Empresarial: algumas estratégias de intervenção assentam sobre a “aposta na captação de investimentos e de recursos exógenos, aposta numa mudança de cultura organizacional das entidades empregadoras, fortalecer o potencial de empregabilidade e o empreendedorismo da população do concelho, agilização de procedimentos internos da autarquia”, entre outros.

Eixo 2: Ambiente e Ordenamento do Território: baseiam-se “na aposta num bom sistema de informação e comunicação, promoção dos produtos locais,

qualificação da oferta turística do concelho, contrariar a tendência de abandono dos campos e floresta, tornar o concelho mais atrativo, quer para investidores, quer para visitantes a título individual”.

Eixo 3: Infraestruturas, respostas sociais e saúde: as estratégias delineadas vão de encontro ao “trabalho direto com as famílias dos idosos, valorização do papel de pessoa idosa, reforço e articulação das respostas institucionais, reduzir o isolamento social, reforçar competências parentais, valorizar o papel da família”.

Eixo 4: Educação, formação e cidadania: neste eixo as estratégias de intervenção assentam sobre as “oportunidades educativas e formativas da região, promover o RVCC, informação e orientação escolar e profissional, fomentar a formação profissional em contexto empresarial, promoção da identidade e cultura local, apoio à concretização de ideias e projetos, promoção de estilos de vida saudáveis por via de ocupação de tempos livres dos jovens, reaproveitamento de espaços, prevenção de consumos no seio da família”.

Estas foram as principais estratégias delineadas no PDS e além destes e para cada eixo foram criados objetivos específicos para concretização/avaliação das mesmas.

Os objetivos de ordem política e que implicam grandes obras públicas, ficaram alguns pelo caminho ou de início atrasado também devido à atual crise económica que estamos a atravessar. Ressalva-se a construção da Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) em Odemira, de média e longa duração que inicialmente funcionavam no mesmo edifício, mas recentemente, por obras de alargamento, passaram a funcionar em edifícios independentes. Obra esta que promoveu emprego em várias áreas profissionais e veio ajudar na resposta de apoio aos idosos. Apesar de tudo, e graças ao rápido envelhecimento populacional, esta iniciativa foi insuficiente, mas não só ao nível local, como nacional. A resposta nacional para os nossos idosos é ainda limitada e não consegue dar resposta a todas as necessidades.

Apesar de tudo, e também graças ao diagnóstico social, foram criadas outras funcionalidades, inclusivamente ao nível do Centro de Saúde, nomeadamente a UCC e conjuntamente a UMS. No entanto, todos os esforços são insuficientes e todos os dias se tem conhecimento de novas situações que necessitam de

resposta por parte dos serviços de saúde. A resposta apenas às solicitações, não satisfazem todas as necessidades da população no que refere a esta temática.

Segundo o Plano de Ação da UCSP publicado em 2010 para o triénio (2010 – 2011 – 2012), que não é mais do que uma apresentação do processo de contratualização, surge a “Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos” que corresponde a 145. Num universo de quase 26 000 utentes, as 145 VD’s por mil habitantes correspondem a cerca de 3770 visitas por ano, o que dá uma média de 10 VD’s por dia. Estes valores têm sido inatingíveis todos os anos. Em 2010 – 69% das VD’s previstas foram realizadas, em 2011 – 71% e em 2012 – 86% (SAPE, 2013).

Deste modo, entre outras necessidades que têm sido foco de interesse para outros intervenientes, a VD assume o papel de necessidade mais preponderante nesta unidade e que tem vindo a mostrar necessidade de ser intervencionada.

Assim, com este trabalho, pretende-se perceber as necessidades da população, do ponto de vista dos próprios profissionais de saúde, bem como perceber, o que corre mal na sua perspectiva de forma a permitir o atingimento dos valores convencionados e que vão de encontro às necessidades dos utentes.

Note-se que ainda existem pessoas iletradas que desconhecem que os profissionais do centro de saúde se deslocam ao domicílio, sem custos adicionais, para satisfação de necessidades do utente e/ou família. Torna-se portanto imprescindível o papel do enfermeiro na divulgação e realização deste tipo de atividade.

3.3. Estudos sobre programas de intervenção com população alvo

O concelho de Odemira apresenta-se com características geográficas muito peculiares, bem como as necessidades da sua população.

Todos os projetos desenvolvidos no âmbito da intervenção com a população do concelho, assentam em populações alvo de diferentes faixas etárias, com o propósito de satisfazer necessidades que consideram prioritárias. A título de

exemplo, o Projeto da Gestão Integrada da Doença associada à Diabetes tem como população alvo a população adulta da região do Litoral Alentejano com Diabetes Tipo 1 ou 2. Os projetos desenvolvidos ao nível da CPCJ e da APCO têm como população alvo as crianças até aos 18 anos. O projeto “Serra Adentro” foi um projeto desenvolvido pelo Lar D. Ana Pacheco de Sabóia cuja população alvo eram os idosos isolados daquela freguesia. Estes são alguns exemplos de projetos desenvolvidos em que a prioridade é a satisfação daquelas que consideram ser as necessidades da população.

No entanto, um dos estudos publicados e ao qual se teve acesso, sobre programas de intervenção com a população alvo escolhida neste projeto, foi desenvolvido pela UMS, que iniciou funções antes da criação e inauguração da UCC. Inicialmente a UMS era uma parceria entre a Câmara Municipal, o Centro de Saúde e a Santa Casa da Misericórdia. O primeiro forneceria o motorista e o combustível, o segundo o material, e o terceiro o enfermeiro.

Esta UMS tinha como propósito fazer um levantamento de todos os utentes isolados, ou em situação de fragilidade do Concelho, ou seja, os cuidados prestados baseavam-se na identificação das necessidades reais e sentidas do idoso. Para levantamento das necessidades do idoso isolado, foi utilizado um questionário que possibilitou identificar:

- Os utentes/idosos que vivem isolados, com ou sem contacto telefónico;
- Existência de cuidador;
- Antecedentes clínicos relevantes;
- Dificuldade de acesso aos cuidados de saúde;
- Características das condições habitacionais do utente;
- Necessidade de ajudas técnicas;
- Grau de dependência nas Atividades de Vida Diárias (AVD's);
- Risco de queda;
- Risco de úlcera de pressão;
- Auto-gestão/polimedicação;
- Monitorização da vacinação de acordo com o Plano Nacional de Vacinação (PNV).

Deste modo, e pela abrangência dos problemas encontrados (isolamento, maus acessos, precariedade da habitação, idoso a cuidar de idoso, automedicação), pareceu oportuno, e assim foi decidido, que nos primeiros três anos (até 2013) a sua existência fosse rentabilizada somente para o idoso frágil e/ou mais frágil e isolado. Assim, os cuidados têm carácter de continuidade com qualidade e, proximidade e devem ser encaminhados, numa perspectiva multisectorial e multiprofissional, fomentando a articulação da saúde com outros sectores e instituições da comunidade numa responsabilidade partilhada e potenciadora de recursos.

As conclusões deste trabalho serviram para complementar o diagnóstico social do concelho (referido no capítulo anterior) e anualmente os seus dados são atualizadas, consoante as novas necessidades identificadas.

Outro projeto desenvolvido foi o “Espaço Vivo”.

O projeto foi desenvolvido por duas enfermeiras da UCSP Odemira e foi vencedor da “Bolsa de excelência em cuidados de saúde primários”, bolsa essa no valor de 13 mil euros, promovida pela Pfizer e pela Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (ARS Alentejo, 2009).

Este projeto foi desenvolvido mediante as necessidades de informação identificadas pelas profissionais de saúde da UCSP. Nesta unidade, a informação disponibilizada era antiquada, em suportes rudimentares, posicionada em locais pouco visíveis e não chamavam, de todo, a atenção dos utentes.

Assim, a proposta assentou na reestruturação dos suportes de informação, nomeadamente, substituição dos placards por LCD's, reestruturação dos espaços infantis, criação de um manual de acolhimento para informar os utentes dos serviços disponíveis e do percurso na UCSP, reestruturação do manual de comunicação, entre outros. Para tal, contou-se com a participação de uma equipa multidisciplinar – médicos, enfermeiros, dietista, etc. – que entre todos deram o seu contributo.

Actualmente, está em vias de finalização o manual de acolhimento, onde consta, tal como já referido, a informação sobre o percurso do utente dentro da unidade, a informação relevante nomeadamente horários, serviços, funcionamento, etc. A sinalética foi a atividade mais morosa e mais complexa. Esta foi totalmente reestruturada, permitindo que todos os gabinetes e acessos fossem bem visíveis e compreensíveis inclusivamente pelos utentes que apresentam maiores limitações no que refere à compreensão da informação não verbal. Juntamente com a identificação dos locais, está também exposto o horário de funcionamento – horário dos serviços de enfermagem, horários das consultas médicas, horários da fisioterapia, UCC, etc. Todos os gabinetes foram numerados por uma sequência unidireccional de modo que não exista dúvida ou confusão. Igualmente na entrada, estão colocadas duas placas de acrílico com a sinalética respectiva para direccionar os utentes dos serviços.

Os LCD's foram colocados estrategicamente de forma a ficarem bem visíveis. Nestes surgem apresentações de vários tipos – PowerPoint, vídeo – com informação variada que vai passando aleatoriamente durante o período de funcionamento do serviço. Esta informação é criada por todos os intervenientes do projeto e por todos os que queiram contribuir de forma construtiva. Nestas apresentações é utilizada informação atualizada e pertinente, com recurso a linguagem de fácil compreensão adaptada à população utilitária do centro de saúde. Para o efeito são utilizadas *pen drives* onde consta toda a informação.

A informação selecionada vai de encontro ao descrito no projeto; todos os meses existe um tema de campanha que será a base das apresentações. Outros temas de saúde poderão também ser abordados e apresentados intercaladamente com o material de campanha.

Quanto aos espaços infantis, existem três, dois na UCSP, um em cada sala de espera; e um na sala de espera do SUB. Estes espaços, que inicialmente eram descaracterizados (no SUB não existia), foram completamente transformados. Foi adquirido material infantil – mesas e cadeiras de trabalho, jogos, livros infantis – para cada uma destas áreas. Foram adquiridos, igualmente, três quadros brancos e respetivas canetas para usufruto das crianças. O chão foi

tapado com uma película colante, colorida e lavável, adequada ao local e de acordo com as normas de controlo de infecção.

O objetivo destes espaços foi tornar o Centro de Saúde um espaço não tão pouco convidativo para as crianças. Estas são também utilitárias dos serviços e merecem portanto alguns espaços adequados às suas necessidades.

Outros trabalhos no âmbito da intervenção comunitária tiveram a colaboração dos nossos alunos de enfermagem do quarto ano do Instituto Politécnico de Beja (IPB).

Estes alunos vieram desenvolver nos nossos serviços, estágios de enfermagem comunitária e colaboraram na implementação de alguns projetos de intervenção interessantes, direcionados para as necessidades mais preponderantes da nossa população.

Em 2011, foi desenvolvido o projeto “Gota a Gota”. Este foi direcionado para o problema da vacinação. Em Odemira existe um grande problema com a vacinação, especialmente da população estrangeira. Assentou na vacinação desta população estrangeira até aos 18 anos, residentes na freguesia de S. Teotónio, da vacina contra o Sarampo, Papeira e Rubéola (VASPR).

O trabalho consiste na utilização de meios de difusão simples – posters, panfletos – com o objetivo de propagar informação sobre a vacinação, especialmente sobre esta vacina em particular, sobre os riscos da não adesão, sobre a população na qual deve incidir esta vacina.

Deste modo, e para evitar a perda de informação, foram adotadas duas metodologias distintas. A primeira foi o envio de convocatória do Centro de Saúde para as crianças com a vacina em falta (crianças essencialmente oriundas de países de leste – todas as nacionalidades estrangeiras residentes nesta freguesia), juntamente com o panfleto criado para o efeito (onde constava também o horário de funcionamento da vacinação na extensão de saúde de S. Teotónio e na Sede). A segunda foi a afixação/dispersão de posters no Centro de

Emprego da zona e nas salas comuns das empresas empregadoras da população estrangeira daquela zona.

O que inicialmente se pensou que não surtiria efeito, devido aos vários esforços para captar esta população, tornou-se num verdadeiro sucesso, uma vez que começaram a surgir nos serviços os familiares destas crianças com os boletins de vacinas (estrangeiros e traduzidos) para registo e/ou atualização do histórico vacinal, ou com as crianças para vacinação.

Foi um projeto relativamente simples de concretizar e que teve bons resultados. Mas, apesar de tudo, não aumentou as estatísticas para o necessário, mas subiu consideravelmente o número de crianças vacinadas e por isso protegidas. A grade bolsa vulnerável do concelho viu-se, assim, ligeiramente diminuída, o que traduzido em ganhos em saúde é de uma grande importância.

Já este ano, desenvolvemos um projeto de intervenção comunitária direcionado para a hipertensão arterial (HTA) – “Mime o seu coração”.

A HTA é um problema em crescimento, não só associado aos maus hábitos alimentares e/ou de exercício, mas também grandemente associado à crise económica actual, estes influenciam grandemente o nosso futuro ao nível da saúde, bem como o presente da HTA (Borges, Cruz & Moura, 2005) Assim, se se conseguir adotar hábitos alimentares adequados à condição e coadjuvar com os de exercício físico, torna-se mais fácil controlar a HTA, bem como a toma regular dos medicamentos. Com este cenário de crise, verifica-se que algumas pessoas optam por alimentos menos saudáveis que aparentemente são mais baratos e “fartam” mais e por mais tempo, descuidando os alimentos mais saudáveis e que acabam por, ironicamente, se tornar mais baratos.

A aposta de algumas indústrias alimentares é na baixa de preços de produtos alimentares básicos, de forma a contribuir para que as famílias possam melhorar os seus hábitos sem ter de gastar muito dinheiro. Note-se que, por exemplo, em muitas superfícies comerciais, os ingredientes para confeccionar uma sopa são mais baratos do que um pacote de batatas fritas.

Neste âmbito, os cuidados de saúde primários têm um papel importante na prevenção e no controlo da HTA. Isto torna-se possível através da educação para a saúde realizada aquando das consultas, nas sessões de grupo, na distribuição de panfletos, na afixação de posters, etc.

Assim, o projeto “Mime o seu coração” partiu da necessidade de promover a saúde no hipertenso e assentou, não só, nos utentes, como nos profissionais de saúde. Teve três abordagens diferentes:

1^a) Sessão de educação para a saúde nos Centros de Dia promovidos através da UCC. “Chá Dançante” foi o tema. Foi abordado o tema da HTA – sinais e sintomas, hábitos alimentares, exercício físico, medicação – posteriormente foram expostas várias tipologias de chá e os seus benefícios e por fim foi realizado o chá que se bebeu ao som de música e danças.

2^a) Realização de um vídeo tipo documentário, que retrata o dia-a-dia de um hipertenso, os cuidados a ter, as recomendações médicas, de enfermagem, etc.

3^a) Criação de um protocolo piloto para apoiar nos registos realizados pelos enfermeiros. Este foi baseado no aplicativo do SAPE e em linguagem CIPE.

O projeto foi bem concebido e contribuiu para dar resposta a alguns dos problemas vigentes nesta matéria.

Todos os projetos realizados, independentemente do tema, contribuíram positivamente para o desempenho de todos os participantes (diretos e/ou indiretos), bem como, para os ganhos de saúde inerentes na população abrangida.

Espera-se que estas e outras iniciativas sejam realizadas em prol dos utentes e da sua qualidade de vida e de forma constante para dar resposta às necessidades detetadas.

3.4. Recrutamento da população alvo

A seleção da população alvo vem na sequência da definição da identificação dos problemas e do estabelecimento de prioridades, ou seja, vem no seguimento do diagnóstico da situação e antes da fase da fixação dos objetivos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Assim, a população alvo não é mais do que um grupo de indivíduos com características específicas que queremos estudar e do qual pretendemos conseguir informações relevantes que promovam a melhoria da prestação de serviços. É sempre uma fase complexa, uma vez que só após se ter este grupo bem definido, conseguimos criar objetivos estruturados e estratégias adequadas para o sucesso de qualquer projeto. Esta representa (pode ser vista como uma forma de representação) as necessidades encontradas em determinado grupo.

Segundo Fortin (2003), a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações.

Deste modo, a população alvo deste relatório são todos os utentes utilizadores do Centro de Saúde de Odemira (UCSP/UCC) que cumpram os requisitos enumerados na Norma Interna 05/2010, além dos enumerados no plano de ação da UCC (descritos no ponto 2.2).

Este recrutamento acontecerá de forma gradativa, mediante a especificação de critérios e a “educação” dos utentes. Vai-se conseguindo de forma gradual e progressiva, através do *empowerment* do utente proporcionado pelo profissional de saúde. Este último, entre as suas competências, tem a de dotar o utente de informação necessária para este poder tratar devidamente não só da sua saúde, mas também da dos que a rodeiam. “O ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual são elementos importantes face à readaptação funcional” (Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001).

Neste projeto, um dos papeis do enfermeiro será munir o utente e/ou familiar responsável, de conhecimentos sobre o funcionamento dos serviços, nomeadamente, de visitação domiciliária, com o objetivo de melhorar a equidade

e acesso dos utentes, do concelho de Odemira, aos cuidados de saúde. É também através desta capacitação que de certa forma também vai apoiar na satisfação das necessidades dos utentes, na medida em que estando estes informados o acesso vai ser mais facilitado, bem como a identificação das necessidades e continuidade dos cuidados.

4. Análise reflexiva sobre os objetivos

Após a definição da população alvo e do levantamento das suas necessidades (diagnóstico em saúde), a próxima etapa é o delineamento dos objetivos. Esta fase é onde se verificam em que parâmetros assenta todo o trabalho, e mediante a sua concretização/avaliação se verifica se o projeto teve ou não sucesso.

4.1. Objetivos da intervenção profissional

Os objetivos de intervenção profissional vão de encontro às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (Portugal, Ministério da Saúde, 2011, p. 8667). No entanto, nem todas se adequam a este trabalho, daí só terem sido selecionadas as mais relevantes e adequadas ao trabalho desenvolvido.

Deste modo, os objetivos de intervenção profissional, ordenados por unidade de competência, são:

G1.1. Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.

Objetivo: Identificar as necessidades em saúde, relativa ao programa da Visita Domiciliária, na comunidade de Odemira

G1.3. Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas

Objetivo: Conceber estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que respondam aos objetivos definidos

G2.2. Integra nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais

Objetivos:

- Reorganizar o programa da VD no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado;
- Coordenar o programa da VD;
- Avaliar o programa da Visitação Domiciliária.

G2.3. Procede à gestão de informação em saúde aos grupos e comunidade

Objetivos:

- Identificar necessidades específicas de informação da população alvo;
- Promover a disponibilização de informação adequada à população alvo.

G3.1. Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde

Objetivos:

- Monitoriza os resultados obtidos no programa da VD;
- Analisar o impacto das intervenções implementadas aquando da execução do Programa.

4.2. Objetivos a atingir com a população alvo

O objetivo a atingir com a população alvo baseia-se na contratualização vigente no Plano de Ação da UCSP. Esta refere que o previsto é serem realizadas 145 visitas por cada mil habitantes. Visto que anualmente esse objetivo continua sem ser atingido e considerando que a avaliação de 2012 para o programa refere apenas concretização de 86% das VD's previstas, torna-se de extrema importância o desenvolvimento de estratégias que dêem resposta a esta necessidade. Deste modo, surge a necessidade da reorganização do programa em questão e que tem como propósito promover uma melhor organização dos serviços prestados de forma a atingir a contratualização e além disso, promover uma melhoria na prestação dos cuidados melhorando a qualidade da sua

prestação, bem como promover a continuidade dos cuidados e a equidade no que refere ao acesso.

Para isso foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- 1º. Obter aprovação do Conselho de Administração para a implementação do projeto
- 2º. Conhecer a opinião da equipa de enfermagem relativamente ao programa de VD
- 3º. Reorganizar o programa de visitação domiciliária tendo em conta as necessidades identificadas
- 4º. Uniformizar registos
- 5º. Aumentar a taxa de visitação domiciliária para 100% até 2016.

Creu-se que com a concretização destes objetivos, seria possível melhorar o programa em si, bem como a implementação do mesmo, permitindo atingir um bom desempenho e um bom nível de satisfação dos utentes abrangidos. Visto que os objetivos não são mais do que o enunciado dos “resultados desejáveis”, estes acompanham de certa forma a tendência natural do problema existente (Imperatori & Giraldes, 1993). Ou seja, visto que tendencialmente o programa da VD, com as alterações que têm vindo a ser implementadas (especialmente ao nível dos registos), tem sofrido melhorias subtis, acreditamos que com estas alterações mais preponderantes, o objetivo de atingir 100% das VD's previstas até 2016 e a melhoria inerente à prestação dos cuidados seja iminente.

5. Análise reflexiva sobre as intervenções

Intervenção de enfermagem, segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2009), “é uma ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a originar um resultado de Enfermagem”. Entende-se, neste caso, por intervenções, tudo o que é implementado, de modo a que se verifique uma mudança da conjuntura atual, seja ela positiva, ou no pior dos cenários, negativa.

Neste projeto, e para a consecução dos objetivos, as intervenções são de vários tipos, mas principalmente a nível organizacional e baseiam-se nos contributos dados pelos profissionais de saúde que nele laboram, assim deliberem contribuir, nomeadamente enfermeiros.

O programa da Visitação Domiciliária possibilita ao enfermeiro um papel mais alargado e que advém de mais autonomia. Para Almeida (2011) a VD permite “observar a interação entre os vários elementos da família, conhecer o ambiente familiar, as condições socioeconómicas, as condições habitacionais e de segurança quer em casa quer nas imediações, identificar a existência de suporte social e detetar/encaminhar situações de risco”. O estabelecimento de relações empáticas e a socialização com a comunidade, a gestão temporal independente, são algumas das vantagens da prática desta atividade. Durante a sua prática, o enfermeiro, aquando da visita domiciliária trabalha com grande variedade de utentes: idosos, recém nascidos, grávidas, jovens. O objetivo é promover capacidades de autocuidado ao utente e família de forma a aumentar a sua independência e a qualidade de vida.

Segundo Silva (2009) “o domicílio não é apenas um espaço para se cuidar de doença, falar de saúde, esclarecer dúvidas, criar empatias ou divergências, mas um espaço político, cultural e filosófico não considerado porque não se considera a família como um aglomerado de sujeitos que precisam, criam, pagam impostos, votam, reagem e são cidadãos. Dessa forma, a família é um *locus* privilegiado para intervenções de ações diversas do Cuidado do Enfermeiro”.

Forbes (citado por Rice, 2004) defende que para o utente o mais importante no enfermeiro aquando da VD é a sensibilidade às suas necessidades e a relação empática estabelecida entre ambos. Por isso, a visita domiciliária de enfermagem assenta numa base relacional e num tipo de cuidados que tem muito mais de holístico do que técnico.

Segundo Rice (2004), o enfermeiro da visita domiciliária assume vários papéis, nomeadamente, o de formador do utente, aquando da educação para a saúde, o de defensor do utente quando o enfermeiro preserva a sua individualidade, os seus interesses, a sua privacidade, tendo em conta os seus valores socioculturais e avaliando o impacto que a família e o ambiente têm na sua saúde. Assume um papel de gestor de caso quando implementa o processo de enfermagem – avaliação inicial, o diagnóstico, o planeamento do plano de cuidados, a execução do mesmo e a avaliação dos resultados obtidos pelas intervenções implementadas. Funciona também como um intercâmbio estético e religioso que se traduz pelos momentos de preocupação em que não são necessárias palavras para expressar sentimentos.

Para desempenhar o seu papel, o enfermeiro aquando da VD necessita de algumas competências. Deve dispor de capacidades de diagnóstico e avaliação, na medida em que é capaz de fazer um diagnóstico das necessidades do individuo/comunidade e avaliar os resultados obtidos através das intervenções desenvolvidas. Deve ter capacidades de comunicação e discernimento, uma vez que é através destas que estabelece relação empática, bem como toma decisões e encaminha adequadamente sempre que surja necessidade. As capacidades de documentação são, atualmente, fundamentais como forma de uniformizar procedimentos, promover a continuidade de cuidados e otimizar os recursos disponíveis. A orientação pessoal é, para Rice (2004), uma competência necessária ao enfermeiro para desempenhar o seu papel, uma vez que, este estabelece o seu plano de trabalho e acrescenta novos utentes ajustando a planificação para dar resposta a novas necessidades solicitadas.

Mazza (2009) defende a VD como uma “ferramenta com capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população com olhar na dimensão singular

das famílias, o que permite expressar condições de vida e trabalho dos sujeitos”. A visita domiciliária é, portanto, uma prática complexa, uma vez que requer tomadas de decisão independentes e boas capacidades de avaliação. Sendo este um programa que necessita de uma correta organização, para rentabilização de recursos, tanto humanos como materiais, este permite um acesso equitativo à saúde a toda a população.

5.1. Metodologia

O trabalho realizado teve por base o “planeamento em saúde”, o que pressupôs estruturar a intervenção de uma forma planeada e participada e exigiu a co-responsabilização dos diversos parceiros. Este processo realizou-se com a seguinte sequência de fases:

1. Definição dos problemas e diagnóstico de situação:

- Preparação dos instrumentos de colheita de dados;
- Recolha de dados sobre a opinião da equipa de enfermagem relativamente ao programa de VD (análise SWOT e uma questão de resposta aberta) de forma a identificar os pontos fracos do programa e obter sugestões de melhoria;
- Recolha de dados acerca do programa de VD, nos outros centros de saúde do ACES (aplicação de questionário);

2. Definição de estratégias;

3. Organização do programa tendo em conta as necessidades e sugestões identificadas;

4. Avaliação

Teve-se assim em conta as fases do planeamento em saúde (Imperator & Giraldes, 1993).

O Instrumento de colheita de dados

De forma a obter informação precisa, rápida concreta e sistematizada, a primeira abordagem foi a utilização da análise SWOT. Esta ferramenta de análise de estratégia é habitualmente utilizada durante a validação de projetos. Esta identifica os pontos fortes e fracos de um projeto/programa e com ele identifica também todos os fatores externos que o podem influenciar de forma positiva ou negativa. “A análise SWOT pertence ao grupo de ferramentas que estuda a relevância e a possível coerência de programas específicos ou de estratégias completas” (EuropAid, 2005).

Deste modo, e para avaliar o programa vigente da VD e as potenciais interferências que nele podem surgir, foi aplicada esta análise a todos os que concordaram participar nesta recolha de dados, e dela foram retirados os construtos que permitiram a reorganização do programa.

Além desta ferramenta foi utilizada a questão de resposta aberta que permite ao “entrevistado” expressar a sua opinião de forma aberta e estruturada, e facultar sugestões/mudanças de prática compatíveis com o programa abordado.

A análise SWOT e as questões de resposta aberta foram ferramentas utilizadas no questionário aplicado aos enfermeiros da UCSP e UCC do Centro de Saúde de Odemira.

Foram realizados dois questionários dirigidos a dois grupos diferentes, um direcionado para os enfermeiros e outro direcionado para os enfermeiros chefe e responsáveis das equipas de enfermagem. Assim, o questionário desenvolvido para os enfermeiros foi composto pela análise swot e duas questões de resposta aberta. O questionário direcionado para as chefias foi composto por 7 questões de resposta aberta baseadas nos construtos da análise swot.

Posteriormente à criação do instrumento de colheita de dados foi solicitada à Direção da ULSLA a autorização (oficial) para utilização dos dados estatísticos relativos ao programa da VD, bem como aplicação dos questionários. Este pedido foi enviado ao Diretor Clínico dos CSP com conhecimento da Coordenadora e Enfermeira Responsável da UCSP. A autorização não tardou em chegar, assinada

pela Presidente da ULSLA, bem como do Diretor Clínico e corroborada pela Coordenadora e Responsável de Enfermagem da UCSP.

Após cedida a autorização, o próximo passo foi obter o consentimento informado dos colegas do centro de saúde, para responderem então ao questionário. Para isso, aquando da reunião setorial realizada na última quinta feira de cada mês, foi exposto o objetivo do relatório aos colegas e a importância da sua colaboração para a concretização deste relatório. Foi assegurada a confidencialidade dos dados e o anonimato das respostas. Os questionários foram entregues individualmente a cada enfermeiro e para tornar o acesso à resposta mais fácil e rápido, para alguns foi enviado via email. No questionário constava também a explicação do propósito do mesmo e as instruções de preenchimento. Apenas aos colegas da UCC foi entregue um exemplar em papel e recolhido individualmente. Quanto aos da UCSP, a resposta via email foi impressa e junta às restantes de forma a não haver grande comprometimento da identidade do questionado.

Foram utilizadas duas vias de distribuição dos questionários por uma questão de acessibilidade, dado que a geografia do concelho dificultaria a aquisição das respostas.

O questionário aplicado às chefias foi enviado via email através da colaboração da Responsável de Enfermagem da UCSP. Neste constava igualmente o propósito do questionário e o objetivo do relatório, bem como as instruções de preenchimento.

A resposta veio pelo mesmo meio, e foi impressa como os restantes para não comprometer a confidencialidade do entrevistado.

A todos foi exposta a necessidade da sua colaboração, no entanto foi informada a compreensão do investigador no caso de algum não querer participar da colheita de dados, o fator confidencialidade e anonimato foi também assegurado para que as respostas pudessem ser as mais reais possíveis.

As respostas obtidas foram suficientes para recolher algumas sugestões importantes. Foi impossível, no entanto, conseguir a resposta de todos os enfermeiros chefes, provavelmente associado à sua falta de disponibilidade.

5.2. Fundamentação das intervenções

Para que se consiga dar resposta e satisfazer as necessidades identificadas é necessário que sejam implementadas intervenções. Estas intervenções são ajustadas consoante os objetivos delineados. Para que as intervenções sejam delineadas com coerência é necessário, por sua vez, definir estratégias que bem orientadas dêem origem às intervenções que queremos implementar ou que sequencialmente originem as intervenções propriamente ditas.

Deste modo, para cada um dos objetivos específicos foram desenvolvidas as seguintes atividades:

1º Objetivo: Obter aprovação do Conselho de Administração para a implementação do projeto

⇒ ***Realização de reuniões com a equipa multidisciplinar para discussão da pertinência do projecto***

Segundo Imperatori & Giraldes (1993) o diagnóstico da situação de saúde deverá funcionar como justificação das intervenções implementadas aquando da execução de um projeto. Deste modo, depois da seleção da problemática segue-se a necessidade de testar a pertinência da situação a estudar.

Deste modo, foi realizada uma reunião com a Coordenadora da UCSP e a Enfermeira responsável da mesma unidade a explicar o projeto, os objetivos da sua implementação, a necessidade da sua realização bem como os resultados esperados relativamente ao programa da VD.

Esta reunião decorreu no gabinete da Sr.^a Coordenadora, como forma de existirem condições para haver discussão sobre o mesmo, do mesmo modo que havia a necessidade de obter o seu parecer positivo, caso contrario o projeto nunca poderia iniciar.

A reunião foi relativamente célere, uma vez que o programa da VD tem-se demonstrado um problema difícil de resolver, não só associado à falta de motivação dos profissionais, mas também à falta de recursos quer humanos quer profissionais. Logo, a consecução do projeto foi imediatamente autorizada, havendo no entanto, necessidade de proceder ao pedido de autorização oficial aos órgãos administrativos da unidade.

⇒ ***Pedido de autorização aos membros do Conselho Clínico da ULSLA***

Dado que o projeto a ser implementado implicaria a utilização de dados internos, e seriam sugeridas alterações organizacionais dentro de uma instituição, e tendo em consideração que de certa forma, alguma informação relativa a dados constantes em processos clínico poderiam ser levantados, foi necessária a realização prévia de um pedido formal para utilização de dados aos membros do Conselho de Administração.

Segundo a d) do artigo 85º do Código Deontológico do Enfermeiro, relativo ao dever do sigilo, surge a necessidade de manter o anonimato do individuo sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo de qualidade. Visto que com a desenvoltura deste relatório se pretende aceder a dados específicos sobre a população de utentes que necessitam de VD e discutir as suas necessidades específicas, além de que foi necessário o acesso a dados estatísticos sobre este programa, o pedido de autorização para aceder a estes dados foi imprescindível.

Assim, foi realizado um documento (Anexo I) onde foi explicado o objetivo do trabalho, bem como o âmbito em que foi desenvolvido, com o pedido de autorização para utilizar informação interna.

A resposta foi positiva, podendo assim dar-se início à implementação do projeto e por conseguinte à realização do presente relatório.

2º Objetivo: Conhecer a opinião da equipa de enfermagem relativamente ao programa de VD

⇒ Criação dos Instrumentos de Colheita de Dados

Morse (citado por Silva, 2005) refere que é da responsabilidade do investigador selecionar, de entre a variedade de instrumentos existentes, aquele que melhor se adequa ao trabalho que quer desenvolver, conhecendo as suas vantagens e desvantagens de utilização e que dêem resposta às necessidades de informação delineadas e promovam o alcance dos objetivos traçados.

Assim, para este trabalho foram escolhidos dois tipos de instrumento de colheita de dados: Análise SWOT e questionário de resposta aberta.

Tal como o referido no capítulo anterior, a análise SWOT é frequentemente utilizada para validar programas ou projetos, tendo por base as noções dos seus pontos fortes/fracos e oportunidades/ameaças. É uma ferramenta que estuda a relevância e coerência do programa e estratégias implementadas.

O questionário de resposta aberta é também frequentemente utilizado, apresenta como vantagens a riqueza na variedade de respostas, as respostas são mais reais e refletem a verdadeira opinião dos questionados (liberdade de expressão). Além das vantagens, e como qualquer outro método, apresenta também desvantagens das quais se salientam a maior necessidade de tempo para resposta e a dificuldade de organizar e categorizar as respostas. (Amaro, Póvoa e Macedo, 2005).

Deste modo, foram criados dois questionários, o aplicado aos enfermeiros da UCSP de Odemira e o aplicado às chefias dos centros de saúde do agrupamento (Odemira inclusive) para recolha de ideias de ordem organizacional.

O questionário utilizado para a colheita de dados relativo aos enfermeiros continha a análise SWOT e questões de resposta aberta (Anexo II). O questionário aplicado às chefias foi composto unicamente por questões de resposta aberta (Anexo III).

⇒ Realização de uma reunião com a equipa de enfermagem para exposição do projeto e pedido de colaboração

Segundo Pereira (2010) a lógica do trabalho em equipa nas organizações de saúde é a melhoria dos cuidados de saúde prestados ao indivíduo ou comunidade. Nos Cuidados de Saúde Primários as equipas são fundamentalmente equipas multidisciplinares que comunicam entre si em prol da resolução de problemas e satisfação de necessidades de saúde da população onde é interveniente.

O trabalho em equipa é portanto um valor indispensável, nomeadamente à prática de enfermagem

Assim, dado que este trabalho nunca poderia ser bem sucedido sem a colaboração dos intervenientes, ou seja em equipa, surgiu a necessidade de realizar uma reunião onde foi possível apresentar o projeto, o seu objetivo e proceder ao pedido de colaboração dos colegas para a realização do mesmo.

Para isso, foi-lhes pedido que respondessem a um questionário de forma a obter a sua perspetiva no que refere ao programa da Visitação Domiciliária.

Foi através destas respostas que foi possível reorganizar todo o programa tentando dar resposta aquelas, que segundo este grupo profissional, seriam algumas das necessidades da população.

A reunião decorreu no dia da reunião setorial, realizada mensalmente e onde é possível reunir todos os colegas da equipa para discutir assuntos relativos à prática.

Aqui, torna-se importante referir que o pedido de autorização ao órgão administrativo foi aqui abordado para que ninguém tivesse qualquer problema

em prestar a sua colaboração. A adesão foi total, todos aceitaram colaborar e por isso foram emitidos os instrumentos de colheita de dados.

⇒ *Recolha de dados sobre a opinião da equipa de enfermagem do Centro de Saúde de Odemira relativamente ao programa de VD*

O levantamento destas opiniões foi realizada de duas formas, através do email, e pessoalmente.

A entrega dos questionários foi realizada via email para os colegas das extensões (por ser o método mais rápido de chegar à resposta) e pessoalmente para os colegas da Sede e UCC. À medida que as respostas iam sendo entregues, foi-lhes atribuído um numero para manter o anonimato e a confidencialidade foi mantida uma vez que as respostas não foram partilhadas até estarem os dados devidamente tratados.

Estes foram os principais critérios éticos utilizados, uma vez que deste modo conseguir-se-iam obter respostas o mais próximas da realidade possíveis.

O número de questionários entregues, foi o mesmo dos questionários recebidos, o que na relação de questionários entregues para os questionários previstos, corresponde a 100%. Assim, os resultados obtidos foram:

Analise SWOT:

- **Pontos Fortes:**
- Melhoria na prestação dos cuidados;
- Equipa jovem, dinâmica e motivada;
- População bem identificada e facilidade de identificação da população alvo;
- Existência de UMS;
- Disponibilidade dos enfermeiros fazendo sempre as solicitadas;
- Tempo de espera mínimo após as solicitações;
- Utilização de carro próprio;
- Envolvimento dos profissionais de enfermagem com a população;
- Serviço de saúde acessível a todos;
- Prática e utilização dos serviços de saúde;
- Criação de objetivos para o programa de saúde da VD;
- Proximidade aos utentes e suas rotinas;

- Equipa coesa e com bons canais intra-comunicacionais;
- VD's em diferentes áreas: promoção, prevenção e tratamento (paliativos, RN e puérpera);
- Boa relação entre profissionais e disponibilidade em colaboração;
- Maior conhecimento dos utentes e família na sua própria residência podendo assim tratar o seu problema e/ou recuperar ou promover a saúde;
- Maior interação com a população;
- Visão real das condições socioculturais do utente;
- Maior acompanhamento e rastreio de doenças;
- Diminuição do número de deslocações e custos aos serviços de saúde;
- Promoção de estilos de vida;
- Maior disponibilidade;
- VD à puérpera: aumento da taxa de amamentação, < recorrência aos serviços de saúde;
- Ter formação e competência para a sua realização;
- Prestar cuidados de enfermagem personalizados e humanizados;
- Qualidade do material utilizado para tratamentos.

Pontos Fracos

- Dificuldade na referenciação de situações;
- Ausência de estratégias de intervenção;
- Pouca articulação entre UCC e UCSP;
- Pouca valorização da visita para promoção da saúde;
- Rácio enfermeiro/utente desajustado;
- Parcerias na comunidade pouco direcionadas para a promoção da saúde na população alvo;
- Dispersão dos agregados populacionais;
- Só conseguir dar resposta praticamente às solicitadas por falta de tempo e dadas as características do concelho;
- Défice de pessoal medico e de enfermagem;
- Défice de tempo no horário para VD's;
- Não há programa instituído no horário;
- Ausência de carros de serviço;
- Isolamento da população;
- Desconhecimento do programa por parte da população;
- Necessidade de formação em VD;
- Restrição nos recursos;
- Despendem muito tempo;
- Número de utentes que necessitam de VD;
- Falta de pessoal;
- Identificação da população alvo prioritária
- Existência de habitações com condições de segurança e higiene deficientes.

Oportunidades:

- Maior interação entre a equipa multidisciplinar;
- Diretrizes específicas para a VD;
- Boa relação/comunicação com os restantes pares da comunidade;
- Aproveitar uma visita para fazer outra que seja próxima;
- Organizar o trabalho de maneira a realizar todas as visitas urgentes deixando para mais tarde o menos urgente;
- Reuniões com a UCC;
- Reuniões com outras instituições de apoio à comunidade;
- Comunicação com um grupo profissional e não como mini equipas;
- Estabelecimento de relação empática com utente e família;
- Vontade de atingir os objetivos;
- Conhecimento do utente/família no seu ambiente e com os seus recursos;
- Compreender a dinâmica familiar;
- Educar no seu meio e mediante os recursos que existem na casa do utente;
- Ações políticas do governo identificando esta área de atuação como prioritária e disponibilizando meios (p.ex. veículos) para a sua realização
- Criação de equipa de cuidados domiciliários na UCSP.

Ameaças:

- Dificuldade na acessibilidade;
- Surgimento de associações que estão a ocupar o lugar do Centro de Saúde;
- Necessidade de mais tempo e mais enfermeiros para atingir os objetivos assim como transporte;
- Desmotivação dos profissionais;
- Sobreposição de vários esforços com a mesma família/utente;
- Falta de comunicação e isolamento das equipas;
- Dimensão do concelho;
- Dispersão geográfica;
- Recursos exclusivamente materiais, principalmente o carro;
- Falta de recursos humanos;
- Pouco investimento do governo nesta área, levando à redução de meios e consequentemente colocando limitações/entraves na sua realização;
- Necessidade de melhoria da avaliação inicial dos problemas detetados.

Quando questionados acerca das sugestões para a melhoria do programa de saúde e o que consideravam que, estando ao seu alcance, devia mudar para que houvesse um aumento do número de Visitas Domiciliárias, responderam:

- Criação de um protocolo para UCSP's para *follow up* de utentes em pós internamento, quer no hospital, quer na RNCCI;
- Parametrização e apresentação dos resultados em reunião geral;
- Mais viaturas à disposição;
- Maior flexibilidade de horários;
- Informação aos utentes da existência deste tipo de serviços;
- Melhor articulação entre o C.S. e o Hospital Litoral Alentejano (HLA), para referenciação de utentes com necessidade de visitas domiciliárias.

Quanto às mudanças sugeriram:

- Criação de uma equipa direcionada para a VD;
- Necessidade de maior interação entre a equipa multidisciplinar;
- Adequada referenciação de casos;
- Melhoria da acessibilidade, por parte da equipa de saúde, às pessoas que necessitam de VD;
- Visitas domiciliárias para promoção;
- Estabelecimento de um plano conjunto UCC e UCSP;
- Estabelecimento de circuitos da UMS, com conhecimento da população alvo, com antecedência, com um programa de VD estruturado na base da promoção da saúde, não curativa;
- Necessidade de viaturas de serviço;
- Criação de espaço no horário/plano de atividades para as VD's;
- Realizar VD's ao critério da equipa, mesmo para as que não são solicitadas;
- Equipa de VD em cada extensão (alternância mensal);
- Divulgação das noções de UCSP e UCC à população;
- Existência de um elemento responsável pela VD;
- Necessidade de mais recursos humanos;
- Necessidade de maior flexibilidade nos horários dos profissionais de saúde;
- Criação de objetivos e metas bem delineados;
- Necessidade de remodelação de acessos para viaturas automóveis;
- Necessidade de melhoria das condições habitacionais dos utentes;
- Necessidade de viaturas adequadas para transporte dos resíduos;
- Articulação com as Juntas de Freguesia e Câmara Municipal de forma a identificar as reais necessidades (económicas) da população que necessita de determinados tratamentos no C.S. e não se pode deslocar.

⇒ *Recolha de dados acerca do programa de VD, nos centros de saúde do ACES (incluindo o de Odemira)*

Aquando da emissão dos questionários aos enfermeiros da UCSP, foram emitidos, também via email, os questionários destinados às chefias dos centros

de saúde do agrupamento. Para isso, foi pedida a colaboração à Enfermeira Responsável da UCSP para o envio dos questionários às respetivas entidades. Tornou-se deveras importante a obtenção destes dados junto desta equipa, uma vez que estes conseguem ter uma perceção mais ajustada da eficácia do programa, bem como das necessidades que dele possam advir e das estratégias de melhoria que podem ser implementadas.

As respostas obtidas correspondem a 60% das previstas. Dado que são 5 Centros de Saúde e duas unidades em cada um (UCSP e UCC), obteve-se resposta de 6 unidades, relativas a 3 centros de saúde. Deste modo, seguem-se os resultados obtidos da implementação dos instrumentos de colheita de dados:

1. Quais são, no seu entender, os parâmetros indispensáveis à consecução da visita domiciliária?

- Comunicação eficaz entre todos os elementos da equipa de saúde (incluindo utentes);
- Divulgação de circuitos de informação e critérios de sinalização;
- Organização da equipa de enfermagem;
- Envolvimento da família no processo de prestação de cuidados;
- Organização por área geográfica;
- Definição e conhecimento de toda a equipa de saúde, dos critérios para prestação de cuidados no domicílio (fora da RNCCI);
- Definição de circuito de sinalização de necessidade de VD – Quem, como e porquê;
- Validação do pedido pela equipa de enfermagem;
- Definição da data provável da 1ª visita;
- Existência de diagnóstico de saúde actualizado e constituir uma prioridade para a Unidade;
- Existência de recursos humanos (enfermeiras, assistentes operacionais);
- Definição de critérios e de que modo deve ser feita a sinalização dos casos.

2. Quais os pontos fortes/fracos da VD?

Pontos Fortes

- Equipa multidisciplinar;
- Conhecimento profundo da comunidade e do enquadramento familiar;
- reconhecimento dos ganhos em saúde por parte dos parceiros sociais e dos utentes;
- Desenvolvimento das intervenções autónomas;

- Facilitadora das redes de apoio ao utente/família;
- Promoção da visibilidade dos cuidados de enfermagem;
- Espírito de grupo;
- Visibilidade dos cuidados de enfermagem;
- Valorização dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- Oportunidade para prestação de cuidados multidisciplinares;
- Continuidade de cuidados;
- Cuidados de proximidade e resposta real às necessidades dos utentes;
- Maior articulação com os cuidadores;
- Maior visibilidade dos cuidados de enfermagem;
- Promoção do auto-cuidado;
- Ganhos em saúde.

Pontos Fracos

- Atividade com alta penosidade e risco;
- Grandes distâncias geográficas;
- Prestação de cuidados sem apoio de assistente operacional, no caso de grandes dependentes;
- Pouco reconhecimento do desgaste físico e emocional, inter e intra pares;
- Insuficiente nº de enfermeiros, médicos, psicólogo e outros técnicos para as necessidades da população;
- Parque automóvel totalmente desadequado.

3. De que forma considera que a VD possa ser melhorada (a nível institucional)?

- Aumentando os tempos não assistenciais da atividade para planeamento e avaliação conjunta;
- Renovando/aumentando o parque automóvel e o banco de ajudas técnicas;
- Apoio de assistente operacional na prestação a grandes dependentes;
- Assumpção dos critérios para referenciação para VD por toda a equipa do CS;
- Ser considerado um programa prioritário;
- Dotação de mais recursos humanos e materiais.

4. O que considera que a sua instituição faz diferente das restantes para atingir o contratualizado?

- Tem um histórico de intervenção que promove o reconhecimento do programa a nível interno e externo;
- Valorização dos critérios de fragilidade/vulnerabilidade/risco e aposta nos cuidados preventivos e de promoção da saúde;
- Monitorização mensal dos pedidos de VD;
- Folha de registo interno para referenciação dos diferentes serviços e parcerias: SUB, auscultação dos diferentes parceiros;
- Informação dos critérios nas reuniões gerais de funcionários.

5. Dado que o programa de saúde da VD no Centro de Saúde de Odemira é/tem sido de difícil consecução, que sugestões pode apresentar para a melhoria do serviço/programa?

- Promover discussão interna sobre as estratégias a adotar;
- Criar equipa fixa de VD com intervenção por área geográfica;
- Grande reforço da importância da VD, junto dos enfermeiros de Odemira. Esse trabalho foi realizado desde 1999 nos CS da antiga Sub região de saúde de Setúbal;
- Existência de uma equipa com vários pólos e articulação com uma escala durante os 7 dias da semana.

6. Do que conhece do Centro de Saúde de Odemira, o que considera como limitação para o não atingimento dos objetivos relativos à VD?

- Insuficiência de recursos humanos face à área geográfica de intervenção;
- A visibilidade que os cuidados de enfermagem no domicílio têm junto dos profissionais;
- O histórico da actividade;
- A valorização dos utentes (senão conhecem esta possibilidade não a valorizam = baixas expectativas);
- Comunicação efectiva;
- Reforço em cada extensão de saúde, da importância do enfermeiro sair para a comunidade em VD – alocar horas expressas nos horários da extensão e dos profissionais.

7. Se pudesse alterar algo neste programa – critérios, parâmetros de avaliação, etc. –, o que seria?

- Alterar o indicador contratualizado para a VD de enfermagem;
- Considerar com maior ponderação (a par da dependência física e funcional) o isolamento geográfico e as condições socio económicas;
- Alargar o âmbito de intervenção da equipa multidisciplinar;

- Partilha de uma avaliação nacional dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem prestados no domicílio, fruto da investigação;
- Fomentava o reconhecimento da actividade intrapares, consubstanciada pela oportunidade de desenvolver maioritariamente atividades autónomas de enfermagem em detrimento das interdependentes;
- Constituía uma equipa de técnicos vocacionados para a VD para fazerem um estágio/formação, numa unidade de saúde de referência;
- Implementação de projeto elaborado pela equipa;
- Maior articulação com outras unidades de saúde (SUB, HLA, etc).

3º Objetivo: Reorganizar o programa de visitação domiciliária tendo em conta as necessidades identificadas

A concretização deste objetivo foi a fase mais complexa deste projeto, no entanto, todos os anos, permitimo-nos repensar as estratégias tendo por base os resultados obtidos.

⇒ Realização de reunião de enfermagem para discussão dos resultados dos questionários e reorganização do programa da VD

Dada a variedade das respostas e dos pontos de vista dos diferentes enfermeiros, tornou-se necessária a realização de uma reunião para discussão das respostas dos questionários.

Durante a mesma, foram levantados as seguintes problemáticas, identificadas como prioritárias:

1. Dificuldade de referenciação;
2. Ausência de viaturas de serviço;
3. Falta de pessoal de enfermagem;
4. Informação aos utentes deste tipo de serviços;
5. Visitas de promoção;

6. Criação de equipa de VD.

Relativamente ao parâmetro Dificuldade de Referenciação este verificou-se devido ao facto de ser unânime o desconhecimento dos critérios para referenciação para a UCC. Neste sentido, foi realizada uma breve apresentação pelos membros da UCC de modo a esclarecer todos os critérios de inclusão para a correta referenciação dos utentes. Esta apresentação estava já planeada e foi realizada na reunião setorial de abril.

No tema levantado sobre Ausência de Viaturas de Serviço gerou-se alguma discussão e esta mostrou-se ser uma das razões para a desmotivação da equipa relativamente ao programa. Inicialmente existiam 4 viaturas de serviço disponíveis para as necessidades do Centro de Saúde, como era o caso das requisições da viatura para formação, para visitas domiciliárias, para deslocações inerentes à participação de reuniões realizadas fora das instalações do Centro de Saúde, transporte de amostras de sangue e amostras relativas à saúde ambiental, transporte dos resíduos das extensões, enfim, as viaturas eram um bem necessário para inúmeras atividades. No entanto, em pouco tempo ficamos restritos a apenas uma viatura de serviço para todos os efeitos. Visto as necessidades serem tantas e a resposta ser insuficiente, a gestão deste veículo tornou-se difícil. No entanto, surgiu a autorização da administração, em alternativa para se utilizar a viatura própria e o recurso às viaturas de aluguer (que ficam bastante dispendiosas). De qualquer forma, existia a impossibilidade de manter uma viatura em cada extensão apenas associada às limitações das VD's, daí ter-se chegado a consenso de que as VD's poderiam ser realizadas em viatura própria ou de aluguer, de acordo com a deliberação do enfermeiro que as realiza e da respetiva autorização (antecipada) da coordenação do CS. A falta de viaturas não é um problema de fácil resolução, muito menos a nível institucional. É um problema a ser resolvido pelos órgãos administrativos.

Outro problema de difícil resolução é a Falta de Pessoal de Enfermagem. Atualmente o rácio enfermeiro utente é de cerca de 1400 utentes por enfermeiro o que é dificultado pela área geográfica totalmente desproporcional do concelho. O isolamento, as distâncias entre visitas, os maus acessos, a área geográfica afeta

a cada extensão, é de tal forma desmedida que só por si compromete o programa da VD.

Recentemente recebemos dois elementos novos, no entanto, temos dois elementos que vão entrar em licença de maternidade ainda este ano. A responsável de enfermagem referiu que já solicitou substituições, pelo menos para esse efeito, mas a resposta tarda em chegar.

No parâmetro Informação aos utentes deste tipo de serviços foi verificado que a falta de reconhecimento do trabalho do enfermeiro nesta área se deve também à falta de reconhecimento pelos utentes sobre esta prática. Isto foi verificado aquando da implementação do projeto “Espaço Vivo”; aqui foram entregues 100 questionários a 100 utentes escolhidos aleatoriamente em que uma das perguntas foi se sabiam quais os serviços disponíveis no Centro de Saúde, e a VD não foi muito contemplada. Deste modo, foi proposto que no manual de acolhimento criado para o utente, estivesse contemplada a visita domiciliária de enfermagem e o modo de acesso, bem como em algumas apresentações que sejam realizadas para passar em forma de informação itinerante.

Além disso, é uma atividade que cabe também aos enfermeiros em geral, no entanto, crê-se que com a melhoria dos trâmites da visita esse parâmetro seja facilmente ultrapassado.

A Visita de promoção foi dos temas mais abordados quer ao nível das respostas dos enfermeiros do Centro de Saúde de Odemira como das chefias dos restantes centros de saúde. Crê-se que o maior investimento deva ser nesta área.

Entende-se por visita de promoção toda a visita realizada pelo enfermeiro com o objetivo de *cuidar do utente*. Cuidar no sentido de visitar sem solicitação (sem o acréscimo de compromisso económico ao utente) de forma a verificar as condições do utente no que refere ao seu autocuidado, à educação para a saúde de forma a melhorar o seu estado de saúde e promover a melhoria da sua qualidade de vida. Sousa, Lopes e Barbosa (2004) vêm corroborar a ideia de que a visita domiciliária de promoção da saúde existe no âmbito do reconhecimento das condições de vida do utente e família e dos comportamentos existentes que ajudam ou não na manutenção de um bom estado de saúde. A VD de promoção

permite uma visão holística do utente e com isso facilita a promoção da alteração de comportamento identificados como nocivos. Esta é a essência da VD de promoção.

A respeito deste tipo de visita, delinearam-se 3 áreas de investimento inicial:

- **Vacinação** – especificamente no caso dos jovens. A não resposta às convocatórias para atualização do estado vacinal implica VD para deteção da criança/jovem e para perceção da não adesão à vacinação. Dado que no nosso conselho a população migrante é em elevado número, essa necessidade passa a fazer parte dos trâmites da VD.
- **Apoio ao cuidador** – em muitos casos, especialmente quando existe um membro acamado com várias limitações, o cuidador vê-se só e desamparado e atinge um grau de exaustão tal que acaba em alguns casos por negligenciar a sua saúde e passa a ser igualmente dependente. Passamos, em alguns casos, de um dependente a ter dois. Para prevenir esta situação a visita de promoção prevê o apoio ao cuidador; apoio este promovido não só ao dependente mas também ao próprio cuidador. Apoio na referenciação, na disponibilização de informações, educação para a saúde, apoio nas AVD's de prestação de cuidados ao dependente, são alguns exemplos.
- **Gestão do regime terapêutico** – a maioria dos utentes acompanhados em consulta com o médico assistente, quer em contexto domiciliário ou em centro de saúde apresentam este fenómeno com *status* não demonstrado. Sabe-se que a gestão de regime terapêutico abarca três áreas fundamentais: medicação, alimentação e exercício, bastando falhar um dos parametros o foco fica de imediato comprometido, comprometendo a médio/longo prazo a saúde do individuo. A auto-administração de medicamentos é um fenómeno comum a grande parte da população. Atualmente, e com o alargar das necessidades de saúde da população a todos os níveis, o utente é o seu principal cuidador. Visto que no concelho de Odemira a população é essencialmente envelhecida e o idoso isolado, sozinho e analfabeto é uma realidade vigente na nossa população torna-se imperioso o acompanhamento desses utentes de forma a promover-lhes uma maior autonomia, confiança nas suas potencialidades e consequentemente melhoria do seu estado de saúde. Naqueles em que as

limitações são maiores, o acompanhamento deve ser mais assíduo. Planeou-se inicialmente começar com os casos já identificados pelos colegas, que acabaram por se revelar numerosos e fazer esse reconhecimento aquando das consultas com o médico assistente. Note-se que os polimedicados que recorrem ao SUB apresentem debilidade na autoadministração de medicamentos devem igualmente ser referenciados para a UCSP para realização de VD de promoção.

Por fim, e não menos importante, a Criação de uma equipa de Visita Domiciliária. Este parâmetro foi muito abordado nos questionários mas não foi unânime. Alguns foram os que discordaram da implementação desta estratégia, por várias razões, sendo a mais apontada a penosidade da atividade para ser atribuída a um grupo fixo de enfermeiros e a falta de motivação para esta atividade.

Houve então duas sugestões que foram de aceitação unânime. A definição de um enfermeiro responsável (fixo) pela VD em cada extensão e na sede, e a rotatividade mensal dos elementos que realizam a VD.

Ou seja, em cada posto de atendimento, passa a existir um responsável pela VD, em que quando um utente ou cuidador solicita a VD deve dirigir-se sempre ao mesmo enfermeiro, torná-lo o enfermeiro de referência para a visita domiciliária. Claro que nas extensões onde só existe um enfermeiro, esse é, como sempre, o de referência para aquela comunidade, e na sua ausência é contactado o responsável da sede do centro de saúde.

Relativamente à rotatividade, definiu-se que para não recair a responsabilidade de todo o programa apenas numa pessoa, nos casos da sede e extensões com mais do que um enfermeiro, as VD's passam a ser realizadas durante um mês pelo mesmo enfermeiro, sendo que no mês seguinte essa atividade passa a fazer parte das atividades de outro enfermeiro e assim sucessivamente. Nas extensões onde apenas existe um enfermeiro e na sua ausência, as VD's ficam à responsabilidade do enfermeiro da Sede que faz as VD's naquele mês.

⇒ **Organizar do programa da VD**

A equipa de VD, propriamente dita, descrita no Protocolo da VD (ANEXO IV), foi criada com o objetivo de promover uma maior e melhor monitorização do programa e incentivar todos os profissionais a fazer uma correta gestão da VD, tanto no que refere especificamente à prestação de cuidados, mas também no que refere aos registos da mesma.

Assim, a equipa de Visitação Domiciliária visa uma avaliação faseada de todo o processo de realização, permitindo que haja continuidade de cuidados e equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Estas foram as estratégias delineadas no programa da VD a serem implementadas imediatamente a partir da data da aprovação de toda a reestruturação do programa.

Esta planificação de atividades, vai de encontro a todas as etapas do processo de enfermagem que são coincidentes com as etapas inerentes à realização de um projeto de intervenção comunitária, descritas por Imperatori & Giraldes (1993).

4.º Objetivo: Uniformizar registos

⇒ **Requerer formação interna em SAPE**

No Centro de Saúde de Odemira, desde 2005 que os registos médicos e de enfermagem são informatizados, através da utilização do software do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). No entanto, até hoje, foi apenas ministrada uma formação em SAPE e acentuou algumas dúvidas que nunca chegaram a ser esclarecidas.

De forma a colmatar essa lacuna, foi solicitada internamente uma formação em SAPE a ser ministrada pelo enfermeiro que colabora na parametrização do sistema. Na ULSLA, tendo transitado do ACESAL, existe um grupo de

enfermeiros, composto por um representante de cada centro de saúde, que parametriza o sistema de forma a que os registos sejam uniformizados. Deste modo, ninguém melhor do que o próprio parametrizador para ministrar essa formação.

Espera-se que com esta estratégia, a problemática dos registos seja rapidamente ultrapassada.

Além da formação ministrada para uniformização dos registos informáticos, foram reajustados alguns documentos inerentes à VD e novos documentos foram criados, nomeadamente:

- Protocolo da VD (já referido);
- Ficha de Identificação do utente e de acompanhamento aquando do domicílio (Anexo V);
- Folha de cardex (Anexo VI).

⇒ Repensar a documentação relativa à VD

Inicialmente, para organização do atendimento de enfermagem existia a norma 05/2010 criada pelo Diretor Executivo e Diretor Clínico do então ACESAL. Esta norma determinava a funcionalidade e a prestação dos serviços de enfermagem. A VD era já contemplada nesta norma, no entanto, seria-o de uma forma muito vaga.

Deste modo surgiu a necessidade de se criar um protocolo de forma a expor de forma assertiva e organizada o programa e o seu funcionamento. Assim, passa a não existir constrangimentos provocados pela falta de algum dos elementos da equipa ou comprometimento da continuidade dos cuidados.

Posteriormente foi reformulada a ficha de identificação do utente existente (Anexo VII). Esta passa a ser mais completa, e permite que o enfermeiro se faça acompanhar dela enquanto realiza as VD's de forma a atualizar todas as intervenções implementadas com o utente e/ou família. Note-se que dada a conjuntura atual, não é possível a aquisição de um *tablet* para efetuar registos

diretamente no programa e para preenchimento de formulários como é o caso da sinalização de utentes para a rede nacional de cuidados continuados integrados. Caso contrário seria uma boa aposta.

Além de repensada, esta documentação aguarda parecer do responsável de enfermagem da UCSP, cuja colaboração foi fundamental para a sua concretização. Além desta, posteriormente os documentos aguardarão parecer da Coordenadora do CS para seguirem para Conselho Clínico para aprovação e possivelmente para réplica nos restantes CS do agrupamento.

Assim, com todos estes ajustes, crê-se que além de mais organizado, o programa da VD será mais bem sucedido e poderá atingir os valores da contratualização. Para isso, além da reorganização do programa conta-se com a colaboração de todos os membros da equipa de enfermagem para a prestação de cuidados de qualidade.

5º Objetivo: Aumentar a taxa de visitação domiciliária para 100% até 2016

Este objetivo corresponde de certa forma à base de todo o projeto. A identificação da necessidade de reorganizar o programa deveu-se à não concretização deste objetivo em anos anteriores, colocando o Centro de Saúde de Odemira na cauda das avaliações dos centros de saúde do agrupamento, relativamente a este programa.

Em anos anteriores, foram arquitetadas outras medidas menos objetivas (apenas discutidas em reuniões de enfermagem, sem caráter oficial) de forma a contornar a situação, no entanto, estas nunca surtiram o efeito devido, deixando, ano após ano, os resultados muito aquém do esperado. Assim, com a criação de novos documentos (que seguirão para aprovação pelo Conselho de Administração) e a implementação das estratégias aqui descritas prevê-se que em 2016 este objetivo seja atingido.

Com a realização deste relatório pretendeu-se, portanto, retratar a reorganização do programa da Visitação Domiciliária. No entanto, sendo este um projeto de

continuidade pretende-se, com as alterações implementadas, que a taxa de VD seja atingida a 100% em 2016.

5.3. Análise reflexiva sobre as estratégias accionadas

O envolvimento dos órgãos de gestão, da equipa de enfermagem, a criação de documentos de suporte aos registos e todas as restantes estratégias delineadas no ponto anterior, dizem respeito à melhoria do programa da Visitação Domiciliária, à melhoria da prestação de cuidados e na melhoria do acesso dos utentes à VD.

O programa da VD no Centro de Saúde de Odemira é a maior lacuna do agrupamento, uma vez que é o único que não consegue atingir os valores da contratualização, no entanto, com a delineação destas estratégias prevê-se que este sofra algumas melhorias.

Além de se prever que o programa sofra melhorias, prevê-se igualmente que haja uma melhoria na prestação de cuidados à população, não se cingindo apenas à realização das visitas solicitadas, mas também à satisfação de necessidades que raramente são expressas pelos utentes. Interessa-nos a qualidade de vida da nossa população, interessa-nos que os nossos utentes sejam capazes de cuidar da sua saúde e para isso têm de ser capacitados com instrumentos que lhes permitam ter os corretos conhecimentos para a manutenção da mesma.

Cabem aos enfermeiros estas intervenções, são estas a essência da sua prática. Cuidar não é apenas tratar e demonstrar conhecimentos técnicos, é compreender o outro e as suas necessidades, é saber identifica-las quando elas não são vistas como tal. Ser enfermeiro de cuidados domiciliários é relacionar-se com o outro e ensina-lo a contornar obstáculos e alcançar o que o outro não pensava já ser alcançável.

Com este trabalho, além de melhorar a prestação de cuidados, bem como promover a equidade no seu acesso, pretende-se dar a conhecer este projeto junto da comunidade profissional (a todos os outros centros de saúde do

agrupamento) para réplica e uniformização dos cuidados e dos registos e junto da comunidade científica através da publicação deste relatório.

5.4. Recursos materiais e humanos envolvidos

Para que este projeto fosse possível, houve necessidade de dispor de determinados recursos tanto humanos como materiais.

Neste caso em particular, foram necessários recursos especificamente direcionados para a resolução do problema levantado – visitação domiciliária.

Os recursos humanos referem-se a todas as pessoas com que houve necessidade de trabalhar, e todas as que direta ou indiretamente estiveram envolvidas em todas as fases deste relatório.

Deste modo, hierarquicamente, foi necessário envolver:

- Presidente do Conselho de Administração da ULSLA, para prévia autorização para desenvolvimento do trabalho;
- Diretor Clínico dos CSP, também para autorização para desenvolver o trabalho;
- Coordenadora da UCSP, para parecer sobre a realização do trabalho;
- Enfermeira Responsável da UCSP, para parecer sobre a realização do trabalho e colaboração no contacto com as restantes chefias (UCC e UCSP) dos centros de saúde do agrupamento;
- Enfermeiras Chefe e Responsáveis de Enfermagem das UCSP's e Coordenadoras das UCC's dos centros de saúde do agrupamento, para colaboração no preenchimento dos questionários sobre a VD efetuado para o efeito e especialmente para este grupo profissional;
- Enfermeiros da sede do centro de saúde e das extensões da UCSP e enfermeiros da UCC, para colaboração no preenchimento dos questionários sobre a VD, efetuado para o efeito e especificamente para este grupo profissional.

Ao nível dos recursos materiais, estes foram em menos quantidade, no entanto, não menos importante:

- Computador: foi necessário para quase todo o processo, para elaboração do questionário, para envio do mesmo tanto para os enfermeiros do centro de saúde de Odemira, como para os restantes intervenientes, bem como, para a elaboração e emissão do pedido de autorização para realizar o presente trabalho;
- Impressora: para impressão dos questionários solicitados e que preferiram não responder por email;
- Telefone: para pedido verbal de autorização para a realização do trabalho de forma a agilizar a implementação dos questionários e obtenção de resultados. Foi aproveitado para apressar a autorização oficial do pedido de utilização de dados e implementação dos questionários.

5.5. Contactos envolvidos e entidades envolvidas

Para a realização deste projeto houve necessidade de estabelecer alguns contactos para agilizar a sua consecução. Não houve, por sua vez necessidade de envolver entidades externas à ULS. Deste modo, os contactos realizados primeiramente foram à Presidência do Conselho de Administração, bem como o Diretor Clínico dos CSP para pedir autorização para a realização do relatório, havendo a necessidade de utilizar dados estatísticos e envolver pessoal do serviço. Foi enviado via *email* o pedido oficial, mas a resposta veio via telefone, antes da resposta oficial.

Seguidamente foi solicitado parecer à Coordenadora da UCSP e Enfermeira Responsável da mesma unidade para o efeito. Estas concordaram de imediato.

Foram contactados os colegas do centro de saúde (UCSP e UCC) através de reunião setorial de serviço que é realizada na última quinta feira de cada mês, para pedir colaboração para a resposta aos questionários criados para o efeito. Todos concordaram.

Também contactados foram os Enfermeiros Chefe e Responsáveis de Enfermagem dos UCSP's do agrupamento, bem como das Coordenadoras das UCC's.

No entanto, atualmente obteve-se apenas 6 respostas, relativas a 3 UCC's e 3 UCSP's. Deste modo, verifica-se que apenas foram acionados alguns contactos, e como o relatório foi realizado com base nas informações e intervenções do Centro de Saúde, não houve necessidade de envolver outras entidades externas à instituição.

5.6. Análise da estratégia orçamental

Estando a intervenção na UCSP de Odemira inserida no plano de ação desta unidade, poucos serão os custos adicionais que advirão da execução do projeto aqui relatado. No entanto, todos os custos que se pensam serem inerentes ao projeto implementado estão representados na tabela respeitante ao orçamento estimado para o projeto.

Tabela 2: Orçamento

	Recursos	Custo Unitário	Quantidade	Custo total
CUSTOS DIRETOS	Veiculo de serviço	500€	1	500€
	Pessoal	8€ (valor médio da equipa de enfermagem)	21 horas 45 semanas	7560€
	Saco da VD equipado/material para tratamentos	300€	1 (por extensão)	2100€
	Computador para registos	700€	1 (por extensão)	6300€
	Impressora	300€	1 (por extensão)	2700€
	CUSTOS INDIRETOS	Papel/tinteiros	Resmas de papel: 4€ Tinteiros: 70€	10 resmas (40€) 7 tinteiros (490€)
Electricidade		50€ (media por mês apenas para registos e planeamento)	Equivalente a 12 meses	550€
Gasolina		1,674€/l	21 000km/ano	1050€ (50€ dá para 1000km)
			Total (anual)	21290€

5.7. Cumprimento do cronograma

A monitorização do percurso de um projeto verifica-se pelo cumprimento do cronograma. Nele constam o grau de consecução das atividades de preparação do projeto, assim como as atividades da execução propriamente ditas, até à data da entrega do presente relatório.

Quando se começou a delinear o projeto nunca se pensou que progrediria desta forma em tão curto espaço de tempo. Para além de se ter conseguido atingir a maioria dos objetivos delineados no cronograma, conseguiu-se através da colaboração e envolvimento dos profissionais de enfermagem, não só do Centro de Saúde de Odemira mas também dos restantes do agrupamento, delinear de forma pormenorizada o percurso do projeto até 2016.

Na tabela seguinte está representado o cronograma do projeto e a sua consecução até a finalização do mesmo.

Tabela 3: Cronograma

Atividades	2012		2013												2014	
	Nov	Dez	Jan	Fev	Març	Abr	Mai	Jun	Jul	Agos	Set	Out	Nov	Dez	Jan	
Reunião inicial com a Orientadora																
Apresentação da proposta de dissertação																
Reunião com a Coordenadora e Responsável de Enfermagem da UCSP para validação da pertinência do projeto																
Pedido de autorização formal ao Conselho de Administração para utilização de dados para realização do projeto																
Realização dos instrumentos de colheita de dados																
Implementação dos instrumentos de colheitas de dados																
Tratamento dos dados recolhidos																
Avaliação do programa VD 2012																
Apresentação da projecto aos colegas em reunião de enfermagem para validação e envolvê-los no projeto																
Realização de formação interna de SAPE																
Reunião de enfermagem para discussão da colheita de dados e organização do programa																
Implementação das estratégias delineadas para a VD																
Monitorização do programa da VD 2013/2014																

Legenda



Atividades Implementadas



Atividades pendentes para implementação

6. Análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo

“Uma avaliação pretende utilizar de maneira sistemática a experiência para melhorar uma atividade em curso e planificar mais eficazmente (OMS, citada por Imperatori & Giraldes, 1993). Neste sentido, a avaliação surge como a resposta à proposta inicial. Esta não é definitiva, uma vez que os objetivos delineados não são estáticos, e implicam uma progressão no tempo. Daí esta avaliação funcionar mais como uma monitorização do estado de implementação do projeto.

Esta avaliação visa monitorizar o estadió das intervenções implementadas, e o impacto da execução do projeto.

O processo de avaliação do programa manterá os trâmites existentes, embora assente em novos padrões. Será realizada uma monitorização mensal dos registos através do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e a avaliação a cada trimestre.

Os resultados obtidos serão apresentados nas reuniões de serviço (setoriais que se realizam mensalmente) e feita a análise e ponto da situação.

No final do ano de 2016, proceder-se-á à avaliação final do programa, bem como, a análise e reformulação – se necessária – das estratégias implementadas.

6.1. Avaliação dos objetivos

Este capítulo está dividido em duas partes, a avaliação dos objetivos de intervenção profissional e a avaliação dos objetivos específicos.

Os objetivos de intervenção profissional dizem respeito à mobilização de competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, ou seja,

foram desenvolvidos tendo por base essas competências e de acordo com o objetivo geral do projeto.

Os objetivos específicos representam a resposta às necessidades identificadas aquando do diagnóstico e são o resultado da definição de prioridades. Estes dizem respeito aos objetivos da implementação do projeto propriamente dito.

Objetivos de Intervenção Profissional

Identificar as necessidades em saúde relativas ao programa da Visitação Domiciliária na comunidade de Odemira

Segundo Imperatori & Giraldes (1993) no planeamento em saúde existe uma etapa considerada fundamental para o seguimento de todo o processo – o diagnóstico em saúde. O diagnóstico em saúde implica o levantamento das necessidades vigentes, quer sejam do individuo quer da comunidade, de forma a identificar os problemas vigentes e planear a resposta aos mesmos.

Neste caso em particular para a consecução do diagnóstico foram criados instrumentos de colheita de dados que se consideraram pertinentes, dadas as características da população alvo. Note-se que, aquando da realização de um projeto de intervenção comunitária implementado a posteriori na UCSP Odemira – “Espaço Vivo” – foram questionados os utentes sobre as necessidades que encontraram ao nível da propagação de informação no Centro de Saúde e as respostas não foram de todo conclusivas. Neste caso, pensa-se que seria apropriado perceber quais as opções/sugestões de mudança ao nível institucional, logo os questionários foram formulados e aplicados aos enfermeiros do Centro de Saúde para se ter uma visão geral da sua perspetiva, bem como um questionário aplicado às chefias do Centro de Saúde de Odemira (UCSP e UCC), e aos restantes centros de saúde do agrupamento.

O objetivo foi atingido, na medida em que foram obtidas respostas por parte dos enfermeiros do CS Odemira (exceto um) e de quase da totalidade das chefias dos CS's do Agrupamento de Centros de Saúde do Litoral Alentejano.

Conceber estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que respondem aos objetivos definidos

As estratégias implementadas foram delineadas de forma coerente e tendo em consideração o trabalho em equipa.

Para se chegar a estas estratégias foi necessário realizar reuniões com todos os membros da equipa de enfermagem de forma a discutir os resultados obtidos através da implementação dos questionários. Deste modo, e através de uma análise cuidada das respostas conseguidas, chegou-se aos pontos-chave dos resultados, mediante os quais se chegou às conclusões tão necessárias para delinear as estratégias e implementá-las, de forma a dar resposta ao programa e aos objetivos definidos. Objetivos estes, que foram delineados tendo por base o diagnóstico realizado e aquilo que parecem ser as necessidades reais da população.

Reorganizar o programa da VD no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado

Foi reorganizado o programa de VD, havendo mais incidência sobre a visita de promoção. Através da colheita de dados verificou-se que a promoção era a maior lacuna do programa.

O programa da VD foi reorganizado, na medida em que por ser um parâmetro contratualizado necessita de uma consecução e avaliação rigorosa.

Entende-se que o processo de contratualização abrange duas etapas:

A contratualização interna – que passa pela definição das atividades a desenvolver pelas várias unidades funcionais dentro do ACES, de forma a dar às necessidades vigentes da população em causa e às prioridades delineadas pelo Diretor Executivo e Conselho Clínico, em parceria com os profissionais de saúde que irão colocar em prática as atividades definidas. A contratualização interna deve também considerar os indicadores de unidade funcional, bem como os constantes do Plano de Desenvolvimento do ACES onde se consideram os eixos locais, regionais e nacionais. Note-se que os resultados obtidos através do trabalho em equipa de cada unidade, contribuem para os resultados do próprio ACES.

A contratualização externa – é a fase final da contratualização interna onde decorre a proposta de Plano de Desenvolvimento formulado pelo ACES. Aqui existe uma negociação entre o Conselho Clínico e a ARS respetiva sobre as atividades a desenvolver para o ano, assim como as contrapartidas de consecução das mesmas. Finaliza-se esta etapa com a assinatura do contrato programa (ACSS, 2012).

Deste modo, e com os objetivos de responder às necessidades da população, e promover o acesso equitativo à saúde, reformulou-se todo o programa com vista, também, a concretizar o compromisso assumido pelo ACES.

Tendo portanto, em consideração os resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados, a visita de promoção foi a mais referida. Esta existe apenas em contexto associado a outra tipologia de visita, nomeadamente tratamentos, sinalizações, ... Visita de promoção propriamente dita é a maior lacuna existente ao nível do programa da VD.

Deste modo, objetivou-se a implementação desta tipologia de VD de forma a responder a necessidades existentes mas não solicitadas, talvez por falta de conhecimento ou qualquer outra razão intrínseca e/ou extrínseca ao programa.

Coordenar o programa da VD

Na UCSP de Odemira, todos os programas de saúde têm um coordenador de enfermagem e um coordenador médico. No caso da VD apenas, o coordenador do programa relativo à equipa de enfermagem sou eu. Deste modo, e dado os resultados em anos anteriores, tendo em consideração que este é um dos problemas vigentes no CS, tanto a nível institucional como para as pessoas, tornou-se necessária esta intervenção.

A coordenação dos programas de saúde não passa apenas por fazer a estatística anual e eventualmente mensal. Passa também por perceber o que está mal e que tipo de estratégias se podem criar e implementar para melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Deste modo, creio que este relatório descreve um importante projeto que teve como um dos objetivos a satisfação das necessidades dos utentes, bem como a promoção de cuidados de qualidade e promoção da sua continuidade.

Avaliar o programa da Visitação Domiciliária

A avaliação é a fase final da implementação de qualquer projeto. Segundo Imperatori & Giraldes (1993) a avaliação dos resultados permite avaliar os impactos conseguidos, e permite igualmente a perceção da efetividade das atividades implementadas, bem como a aquisição de evidencias científicas.

Deste modo, deve referir-se que esta avaliação final do impacto produzido pelo novo programa de VD tem lugar no fim do ano de 2016, altura em que se verifica a concretização ou não do contratualizado e a necessidade de reestruturar novamente algum parâmetro do programa.

Identificar necessidades específicas de informação da população alvo

A identificação das necessidades específicas de informação da população alvo foi uma das etapas do diagnóstico em saúde. Tendo em consideração o questionário

aplicado aos utentes, aquando da implementação do projeto “Espaço Vivo”, relativamente às suas necessidades informativas, verificamos que estes na sua grande maioria solicitavam informação relativa aos serviços disponíveis no CS e quando questionados sobre o conhecimento que detinham sobre eles, muitos responderam apenas consultas médicas e de enfermagem, não referindo a VD (que também era apresentada como opção).

Na prática clínica, a falta de conhecimento dos utentes relativamente à VD é notável. Verifica-se em dois tipos de situações:

- a) Aquando da deslocação do utente e/ou família ao serviço para receber cuidados de enfermagem: quando se está perante um utente com muita limitação, este é informado de que pode solicitar VD e que enquanto mantiver incapacidade irá ao seu domicílio um técnico para prestação de cuidados. É frequente neste tipo de situações, que os utentes se mostrem constrangidos devido à falta de conhecimento relativa ao programa.
- b) O utente ou família contactam telefonicamente o Centro de Saúde (equipa de enfermagem) para saber o que deve fazer para que lhe sejam realizadas VD'S de enfermagem.

Ambas as situações demonstram que o utente não tem conhecimento da existência, ou então, tem conhecimento da sua existência mas não do seu funcionamento. Destas situações, depreende-se que a informação disponibilizada não é suficiente (ou não existe), ou que a forma como se disponibiliza não é de todo eficaz. Daí, que uma das necessidades vigentes relativamente à VD seja a disseminação eficaz de informação, de modo a capacitar o utente e família de conhecimentos que lhes permitam aceder aos serviços de forma continuada equitativa.

Promover a disponibilização de informação adequada à população alvo

Após detetadas as limitações informativas da população alvo, seguiu-se a necessidade de a disseminar de forma eficaz, permitindo às pessoas aceder de forma equitativa.

Neste caso em particular, verificou-se que existem nítidas necessidades de informação relativamente ao programa da VD, e por isso foram desenvolvidas algumas estratégias de forma a dar resposta ao problema. Uma delas, passou por fazer divulgação do programa através do projeto “Espaço Vivo”. Este visa colmatar as necessidades informativas dos utentes utilizadores do C.S. através da divulgação de informação pertinente e atualizada, utilizando para isso os meios disponíveis no serviço para o efeito. No CS existem LCD's para difusão em formato digital (filmes, apresentações em PowerPoint, imagens), posters ...

Outra estratégia foi a utilização do manual de acolhimento criado pelo mesmo projeto. Neste manual constará informação sobre os serviços disponíveis no CS e o seu funcionamento, de forma a que não se mantenham as mesmas dúvidas e limitações na utilização dos serviços. É claro que o papel dos profissionais de saúde também passa por informar devidamente o utente. Neste sentido, a comunicação verbal continua a ser uma ferramenta imprescindível para a disseminação de informação necessária à satisfação das necessidades dos utentes.

A VD de promoção é vista, também, como uma estratégia para facultar informação sobre o programa, na medida em que prestar cuidados no domicílio ao utente com necessidade sem que este a solicite, leva a que estes passem a ter conhecimento do serviço prestado pelo CS. Assim, poderá haver transmissão de utente para utente, o que poderá promover uma melhoria considerável na prestação de cuidados e no acompanhamento do seu estado de saúde.

Monitoriza os resultados obtidos no programa da VD

A monitorização é uma fase do processo de avaliação. Este visa o “acompanhamento sistemático da evolução de determinados programas” (Imperatori & Giraldes, 1993). Isto é, fazer uma vigilância constante do parâmetro que pretendemos avaliar no final da implementação do projeto, deste modo a monitorização torna-se fundamental na medida em que permite ter uma visão específica sobre a evolução do projeto e sobre o impacto das intervenções implementadas. Assim é possível prever se existirá ou não necessidade de reajustar intervenções e/ou reformular o projeto de forma a satisfazer as necessidades identificadas a priori.

Neste caso em particular, a monitorização é realizada mensalmente para dar uma perspetiva de evolução do projeto. Esta monitorização é realizada durante o horário não assistencial vigente na UCSP Odemira (quinta feira das 14h às 17h). Deste modo, atualmente foram realizadas 2040 VD's e pelo desenvolvimento do programa, tendo em consideração os anos anteriores (em que se verifica um decréscimo acentuado da realização de VD's durante os meses de agosto e setembro, devido ao período de férias) prevê-se que se finaliza com valor inferior ao previsto. No entanto, note-se que o projeto só irá ser implementado em janeiro de 2014.

Objetivos Específicos

Obter a aprovação do Conselho de Administração para a implementação do projeto

Esta foi uma das etapas iniciais deste projeto, na medida em que obrigou à definição do seu objetivo geral, a sua pertinência e o diagnóstico da situação. Para que pudesse ir avante, houve a necessidade de obter a autorização prévia para a sua realização, bem como para a utilização de dados estatísticos relativos ao programa de VD de anos anteriores. Deste modo, foi possível enriquecer o

diagnóstico da situação e fornecer uma perspetiva real que corroborasse a necessidade de reestruturação do programa.

Conhecer a opinião da equipa de enfermagem relativamente ao programa da VD

Na fase seguinte ao pedido de autorização para a obtenção de informações pertinentes de membros do ACESAL, foram utilizados modelos de instrumentos de colheita de dados já existentes e ajustados ao “problema” em questão. Deste modo e tal como referido, foi utilizado o modelo de entrevista com questões de resposta aberta e a análise SWOT. Assim, a primeira foi aplicada às chefias/coordenadores de todas as unidades (UCSP/UCC) de enfermagem do agrupamento, inclusive da UCSP/UCC Odemira. O segundo instrumento foi aplicado a todos os enfermeiros que compõem as equipas da UCSP e UCC a propósito da funcionalidade e da necessidade de reestruturação do projeto.

Os resultados obtidos foram tratados para dar “*asus*” à discussão e organizar um modo de resolução do problema.

Reorganizar o programa da VD tendo em conta as necessidades identificadas

A construção do programa teve por base as necessidades identificadas através do tratamento dos dados recolhidos.

Deste modo, os dados recolhidos correspondem à fase inicial do planeamento em saúde que é o diagnóstico da situação. A identificação das necessidades corresponde ao resultado do tratamento dos dados obtidos através dos instrumentos de colheita aplicados e refere-se à fase de definição de prioridades. Esta fase determina em grande parte a definição dos objetivos (outra fase importante do planeamento em saúde) (Imperatori & Giraldes, 1993).

Assim, foi baseado no diagnóstico, nas necessidades identificadas e na definição dos objetivos que se reestruturou o programa da VD.

Foi criado um modelo de norma interna com o protocolo da VD que servirá de consulta para todos os enfermeiros e também poderá ser útil aquando do processo de integração de novos enfermeiros e/ou alunos. Juntamente com o protocolo foi criado também um modelo de registo para se utilizar aquando da realização de VD, bem como uma folha de cardex.

Neste sentido, o programa tornou-se mais completo e melhor organizado, o que permitirá uma maior facilidade na concretização dos objetivos propostos e no objetivo geral que é 100% das VD's realizadas (145/1000).

Uniformizar registos

Para que este objetivo fosse concretizado, foi solicitada uma formação interna de SAPE, que foi promovida no mês de abril pelo colega da parametrização. A formação foi promovida nas instalações do CS no dia da reunião setorial de enfermagem, que teve lugar na última quinta feira do mês. Além desta formação e com a reestruturação do programa, houve a criação do documento a levar durante a VD. Deste modo, e visto só existir um documento único igual para todos e de fácil preenchimento, promoveu-se a uniformização dos registos elaborados para a VD.

A estatística anual (monitorização) é realizada no fim de cada ano, bem como a caracterização das VD's realizadas.

Com estas alterações prevê-se uma melhoria considerável, tanto na organização do programa e do serviço, bem como uma melhoria na qualidade da prestação dos cuidados de saúde no domicílio através da promoção da equidade de acesso e da satisfação das reais necessidades dos utentes.

6.2. Avaliação da implementação do programa

A avaliação não é mais do que a comparação entre o antes e o depois. O antes corresponde à avaliação inicial e serve de termo de comparação com o após a

implementação de estratégias e a concretização de objetivos delineados, que corresponde à avaliação final (Imperatori & Giraldes, 1993).

A avaliação final deste projeto só será realizada no final de 2016 através da análise do cumprimento dos objetivos específicos. Será realizada a monitorização mensal do programa de forma a perceber o impacto da implementação das estratégias planeadas.

Os objetivos que atualmente permanecem pendentes são os relativos a atitudes que só podem ser implementadas daqui para a frente. No entanto, tendo em consideração todo o processo de implementação do projeto verifica-se que o trabalho em equipa se mostra bastante produtivo, quer relacionado diretamente com a prática diária, quer relacionado com a tomada ativa de decisões baseadas na discussão de assuntos pertinentes.

7. Análise reflexiva sobre competências mobilizadas e adquiridas

Com o terminar da descrição da implementação do projeto afeto à visitação domiciliária o balanço é bastante positivo no que refere ao processo de aquisição de conhecimentos e de mobilização de competências. Deste modo, pode dizer-se que das competências mobilizadas e adquiridas as que maior importância tiveram para mim foram as inerentes à prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. É através de trabalhos desta natureza que percebemos a real natureza desta especialidade e a sua importância.

Deste modo posso dizer que das competências mobilizadas, as mais importantes para mim foram as referidas no ponto 4.1.:

G1.1. Procedi à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade (OE, 2010), uma vez que esta é a base do trabalho do enfermeiro da comunidade. É através destes diagnósticos de saúde que se procede ao levantamento das necessidades de uma população e é baseado nestas que se elaboram programas de intervenção que promovam resposta a estas necessidades. Para a concretização desta competência foi feito um levantamento sobre as características da população alvo, o que proporcionou o levantamento daquelas que parecem ser algumas das necessidades que requerem intervenção.

G1.3. Formulei objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas (OE, 2010). A formulação dos objetivos é tão importante como a fase de diagnóstico, na medida em que é através destes que se delineiam as estratégias a implementar do programa a realizar. O sucesso e a pertinência das estratégias dita a concretização dos objetivos, e estes por sua vez atribuem ao programa a avaliação de bem sucedido ou não. É através dos objetivos que de certa forma damos corpo ao programa e indo estes de encontro à satisfação das necessidades da população ditam a satisfação dos intervenientes e da população alvo abrangida. A delimitação dos objetivos foi uma etapa importante para a realização do projeto, na medida em que permitiu organizar o trabalho tendo por

base as necessidades identificadas. Foi mediante a formulação de objetivos pertinentes, que o projeto foi estruturado e as estratégias implementadas (como resposta a esses mesmos objetivos).

G2.2. Integrei nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimento de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, e ciências humanas e sociais (OE, 2010). Considero esta uma etapa importante da enfermagem comunitária – a execução – a implementação das estratégias minuciosamente criadas para responder às necessidades levantadas pelo diagnóstico. A comunidade é a plataforma de atuação e é a esta que queremos dar as respostas solicitadas. É com esta relação com a comunidade que se interioriza o que é realmente a enfermagem e o cuidar, o educar o outro para promover a sua autonomia, e relacionar-se com o outro e compreender o que não se consegue expressar por palavras. O mais gratificante de trabalhar com a comunidade é ver o reconhecimento do nosso trabalho, quando nos seus olhos verificamos que satisfizemos as suas necessidades.

G2.3. Procedi à gestão de informação em saúde aos grupos e comunidade (OE, 2010).

Esta competência requer que se faça em primeiro de tudo um bom diagnóstico em saúde. A informação é algo que se deve sempre promover, uma vez que ninguém a detém na totalidade. Deste modo, deve proceder-se à sua difusão pelos meios que se considerarem mais adequados. A própria educação para a saúde passa pela disponibilização de informação que o utente não dispõe, seja ela sobre serviços, medicação, cuidados, etc.

Após a deteção das necessidades informativas, cabe ao profissional de saúde decidir qual a melhor forma de a disponibilizar e de gerir a informação a propagar. Note-se que o direito à informação é um direito vigente na carta dos direitos e deveres do utente, daí que a sua disponibilização deve ser uma constante.

Para a concretização desta competência, procedeu-se ao levantamento das necessidades informativas relativas ao programa em questão, seguida do estabelecimento de estratégias que resultem na satisfação dessas necessidades.

Para isso, foi aproveitado o projeto “ Espaço Vivo” na medida em que permite a disponibilização de informação itinerante nos equipamentos dispersos pelo o CS para o efeito, a utilização do manual de acolhimento para um bom esclarecimento sobre o programa e a VD de promoção para uma difusão de informação personalizada e adequada ao utente que temos à frente com necessidades específicas.

G3.1. Participei na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde Conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde (OE, 2010). Esta é a fase de coordenação e monitorização de tudo o que é implementado. Não é só necessário fazer é também preciso monitorizar as atividades, verificar se tudo decorre como planeado, utilizar o plano B se houver necessidade, motivar para a manutenção da implementação das estratégias e avaliar todo o processo no final da sua implementação.

Estas foram algumas das varias competências mobilizadas e adquiridas para a realização deste trabalho. Foi um trabalho moroso, mas que acredito que vai ter muitos frutos e vai ser reconhecido ao nível da comunidade, porque é para ela que se trabalhou.

8. Conclusão

Chegada ao final deste relatório, deste período de projeção e do mestrado em enfermagem comunitária. Assim sendo, posso concluir que o meu balanço é claramente positivo.

A realização deste projeto foi um desafio que exigiu uma grande dedicação mas penso humildemente que poderá colher-se frutos deste esforço.

Tive por base a “Metodologia do planeamento em saúde” (Imperatori & Giraldes, 1993) assim como as preciosas orientações da minha orientadora (Professora Ermelinda). Tentei planear cada fase de forma meticulosa e estruturada (sempre com um plano. B e C...).

Após múltiplas alterações cheguei ao atual projeto. Durante todo este período tive a colaboração constante da minha orientadora que conseguiu orientar-me em cada fase e momento de dúvida. Deu-me autonomia para gerir o trabalho e tomar decisões junto dos colaboradores. Esta autonomia poderá ter contribuído para aproveitar da melhor forma esta oportunidade de aprendizagem como profissional comunitária e alimentar ainda mais a vontade de trabalhar para e com a comunidade.

A orientadora transmitiu-me segurança e ajudou a delimitar o âmbito do projeto, fase esta que talvez tenha sido um dos pontos mais difíceis deste processo, sem falar na fase de planeamento das estratégias.

É de valorizar também os contributos e sugestões dos colegas e outros profissionais que recebi aquando das várias apresentações e discussões do projeto. Assim obtive o “produto final”; e concluída a fase de planeamento procedi então à execução do planeado.

Posso referir que nunca pensei chegar a esta fase em tão pouco espaço de tempo. O projeto está a ser executado tendo em conta o cronograma previamente delineado, mas, graças em grande parte à disponibilidade demonstrada pelos colaboradores, consegui atingir os objetivos planeados para esta fase.

Como se pode verificar ao longo de todo este trabalho, este foi desenvolvido por fases, a fase de análise de contexto onde foi caracterizado o Centro de Saúde como local de implementação do projeto. A análise da população onde foi caracterizada a população abrangida pela intervenção do CS e a caracterização da população alvo para implementação do projeto. A análise reflexiva dos objetivos é um capítulo direcionado para a planificação do projeto. A análise reflexiva sobre as intervenções foi das mais complexas uma vez que inclui a planificação de todo o projeto e são estas que vão ditar o sucesso do programa. A análise reflexiva do processo de avaliação e controlo é a parte final deste trabalho está prevista para final de 2016 onde se avaliará realmente o sucesso ou insucesso deste projeto e qual o impacto ao nível de todos os envolvidos. Penso poder contribuir com a execução deste projeto para a obtenção de ganhos em saúde na nossa população, assim como para incrementar a visibilidade dos cuidados de enfermagem na comunidade.

Todas estas fases fazem parte do planeamento em saúde. O trabalho dos enfermeiros rege-se também por uma sucessão de etapas coincidentes com as referidas, conhecidas como o processo de enfermagem (Stanhope & Lancaster, 1999). O trabalho do enfermeiro requer uma avaliação inicial, um diagnóstico, um planeamento, uma intervenção e uma avaliação final de tudo o que fazemos. Concluo então que o planeamento em saúde não é mais que o processo de enfermagem aplicado a grupos. O nosso utente é a comunidade e como enfermeira especialista tenho a responsabilidade de fazer mais e melhor por ela.

9. Referências bibliográficas

Administração Central dos Serviços de Saúde - Cuidados de Saúde Primários – Metodologia de Contratualização. 2012. [consult. 20 de julho de 2013. Disponível em: [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/14 Mar 2012 MetodologiaContratualizacaoCSP 2012.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/14%20Mar%202012%20MetodologiaContratualizacaoCSP%202012.pdf)

ALMEIDA, E.A.G. Visita domiciliária no pós parto. Escola Superior de Saúde de Viseu – Instituto Politécnico de Viseu. Viseu. 2011. [consult. 14 de fevereiro de 2013]. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1644/1/ALMEIDA%20Estela%20Alves%20Gon%C3%A7alinho%2c%20folha-rosto.pdf>

AMARO, A. & PÓVOA , A. & MACEDO, L. - A arte de fazer questionários. Porto: Faculdade de Ciências da Universidade do Porto. 2005.

ARS Alentejo - Projeto “Espaço Vivo” da UCSP de Odemira vence “Bolsa de Atendimento de Excelência em Cuidados de Saúde Primários”. Évora. 2009. [consult. 12 de janeiro de 2013]. Disponível em: [http://www.arsalentejo.min-saude.pt/Noticias/Paginas/ProjetoEspa%C3%A7ovivoUCSPOdemiravenceBolsa atendimentoexcelenciadocuidadossaudeprimarios.aspx](http://www.arsalentejo.min-saude.pt/Noticias/Paginas/ProjetoEspa%C3%A7ovivoUCSPOdemiravenceBolsa%20atendimentoexcelenciadocuidadossaudeprimarios.aspx)

BORGES, P. & CRUZ, N. & MOURA, E. C. - Associação entre Hipertensão Arterial e Excesso de Peso em Adultos. Arq. Brás. Cardiol. 91 (2):110-118. 2005. [consult. 3 de janeiro de 2013]. Disponível em <http://www.slideshare.net/nadiacachado/a-arte-de-fazer-questionrios>

Conselho Internacional de Enfermeiros - Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos. Geneva, 2009

Concelho Local de Ação Social de Odemira - Diagnóstico Social do Concelho de Odemira. Odemira, 2006.

Concelho Local de Ação Social de Odemira - Plano de Desenvolvimento Social do Concelho de Odemira. Odemira, 2006.

FORTIN, M. – O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização. (3ª ed.) Loures: Lusociência. 2003.

IMPERATORI, E. & GIRALDES, M. R. - Metodologia do Planeamento da Saúde – Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais. (3ª ed.) Lisboa: Obras Avulta. 1993.

Instituto Nacional de Estatística - Anuário Estatístico da Região Alentejo 2008. Lisboa: INE, IP. 2009.

Instituto Nacional de Estatística - Censos 2011 – Resultados Definitivos. 2011. [consult. 12 de dezembro de 2012]. Disponível em: http://www.ine.pt/scripts/flex_definitivos/Main.html

MAZZA, V.A. & RUBEL, F.I. & ALEXANDRE, A.M.C. & DRULLA, A.G. – A VISITA DOMICILIAR COMO FERRAMENTA AO CUIDADO FAMILIAR. Curitiba. Cogitare Enferm 2009 Out/Dez; 14(4):667-74. [consult. 14 de fevereiro de 2013].

Disponível em:

http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362009000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

O que é a análise SWOT? (sd). [consult. 1 de março de 2013]. Disponível em:
http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/tools/too_swo_def_pt.htm

Ordem dos Enfermeiros - Código Deontológico do Enfermeiro. 2009. [consult. 20 de julho de 2011]. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. 2010. [consult. 20 de julho de 2010]. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. 1996. [consult. 20 de julho de 2013]. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf>

PEREIRA, M.C.C.M.A. Dinâmicas e percepções sobre o trabalho em equipa: um estudo em ambiente cirúrgico. Faculdade de Ciências em Saúde – Universidade da Beira Interior. Covilhã. 2010. [consult. 14 de fevereiro de 2013]. Disponível em:

<https://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/827/1/Mestrado%20Maria%20do%20Carmo%20Abreu%20Pereira%20n17907.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde (2011, fevereiro 18). Regulamento N.º 128/2011, de 18 de fevereiro. *Diário da República, II série (35)*, 8667 – 8669

QUINTAS, M.C.F. - Saúde na Mira – Plano de Acção. Unidade de Cuidados na Comunidade. Odemira. 2012

RICE, R. - Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários. Loures: Lusociência. 2004.

SAPE 1.0 [SAPE, Aplicação para computador] Lisboa: SAPE

SILVA, R.O.L. – A VISITA DOMICILIAR como ação para a promoção da saúde da FAMÍLIA: um estudo crítico sobre as ações do Enfermeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2009. [consult. 14 fevereiro de 2013]. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/131988555/A-Visita-Domiciliar-Como-Acao-Para-Promocao-Da-Saude-Da-Familia-Um-Estudo-Critico-Sobre-as-Acoes>

SILVA, A.N.C.C. - Formação e Construção de Identidade(s): Um estudo de caso centrado numa equipa multidisciplinar. Dissertação de Doutoramento publicada. Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho. Braga. 2005. [consult. 7 março de 2013]. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3319/1/Tese%20Final.pdf>

SINUS 1.0 [SINUS, Aplicação para computador] Lisboa: SINUS

SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A. - A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. Revista da UFG, Vol. 6, No. Especial. 2004. [consult. 14 de julho de 2013]. Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/G_contexto.html#Tema

STANHOPE, M. & LNCASTER, J. - Enfermagem Comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. (4^a ed.). Lisboa: Lusociência. 1999.

ANEXOS

Anexo I

Pedido de autorização para realização de relatório de estágio

Pedido de autorização para utilização de dados estatísticos

Ana R Pereira

Enviado: sábado, 16 de Fevereiro de 2013 21:03
Para: DClinico Allitoral
Cc: Alda Joao; Maria Machado
Anexos: Pedido de autorização DI~1.pdf (168 KB)

A. Amador 22.07.13
Mário Moreira
Diretor Clínico - Cuidados Saúde Primários
ULS do Litoral Alentejano, E.P.E.

[Handwritten signature]

Caro Dr. Mário Moreira

Na qualidade de enfermeira da ULSLA a frequentar o Mestrado em Enfermagem Comunitária, foi-me proposta a realização de um Relatório Profissional com base num projeto de intervenção comunitária. Deste modo, o tema selecionado assentou no programa de saúde da Visitação Domiciliária, uma vez que este é um problema levantado pelo Centro de Saúde de Odemira em particular, tendo sido sugerido pelo anterior Diretor Executivo - Dr. Paulo Espiga - e pela Enfermeira Responsável do Centro de Saúde de Odemira - Enfª Celestina Machado. A finalidade passa então por organizar o programa de "Visitação Domiciliária" do Centro de Saúde de Odemira de forma a melhorar a equidade e acesso dos utentes, do concelho de Odemira, aos cuidados de saúde. Tendo em consideração a atual conjuntura e os resultados obtidos pelas avaliações dos anos anteriores, optou-se por reorganizar o programa de modo a dar resposta às necessidades dos utentes indo de encontro aos objetivos do ACES e agora da ULSLA, conferindo-lhe assim maior rigor científico e perspetiva de continuidade. Para este efeito, venho então solicitar a sua autorização para o desenvolvimento deste relatório, tendo por base os dados estatísticos relativos a 2012.

Sem mais assunto, despeço-me cordialmente,

Ana Raquel Mendes Pereira

Enfermeira
ULSLA
UCSP Odemira

*Tomai conhecimento.
Não seja inconveniente na
utilização dos dados solicitados
para a realização do trabalho*

Maria Jesus Gonçalves

Maria de Jesus Gonçalves
Enfermeira Diretora
ULS do Litoral Alentejano, E.P.E.

Anexo II

Instrumento de Colheita de Dados – Equipa de Enfermagem do Centro de Saúde
de Odemira



MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

2012/2013

Visitação Domiciliária: Gestão e Organização do Programa de Saúde

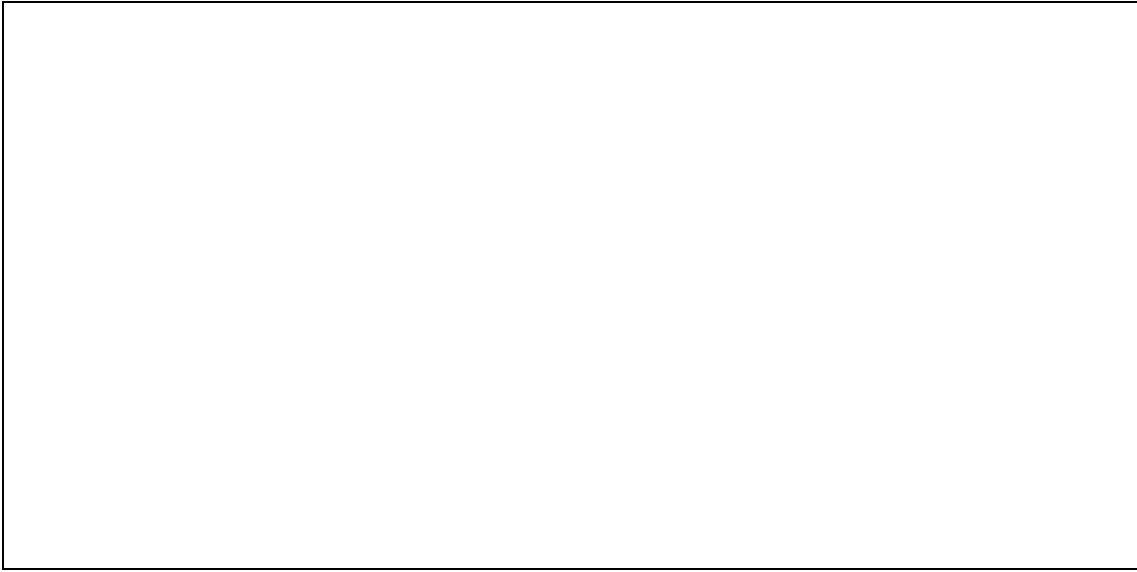
Este questionário foi concebido na sequência da realização de Relatório Profissional do Mestrado em Enfermagem Comunitária, para levantamento de necessidades relativas ao Programa de Saúde: Visitação Domiciliária.

É constituído por duas questões: Análise SWOT e questão de resposta aberta.

Pontos Fortes	Pontos Fracos
Oportunidades	Ameaças

Que sugestões apresenta para a melhoria do programa de saúde? O que considera que, estando ao nosso alcance, deve mudar para que haja um aumento do número de Visitas Domiciliárias?

No seu entender que mudanças seriam mais adequadas para a melhoria do programa de Visitação Domiciliária?



Grata pela colaboração.

Ana Raquel Pereira

Anexo III

Instrumento de Colheita de Dados – Enfermeiros Chefe e Responsáveis de
Enfermagem das UCSP's e Coordenadores das UCC's do agrupamento



MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

2012/2013

Visitação Domiciliária: Gestão e Organização do Programa de Saúde

Este questionário foi concebido na sequência da realização de Relatório Profissional do Mestrado em Enfermagem Comunitária, para levantamento de necessidades relativas ao Programa de Saúde: Visitação Domiciliária.

1. Quais são, no seu entender, os parâmetros indispensáveis à consecução da visita domiciliária?
2. Quais os pontos fortes/fracos da VD?
3. De que forma considera que a VD possa ser melhorada (a nível institucional)?
4. O que considera que a sua instituição faz diferente das restantes para atingir o contratualizado?

5. Dado que o programa de saúde da VD no Centro de Saúde de Odemira é/tem sido de difícil consecução, que sugestões pode apresentar para a melhoria do serviço/programa?

6. Do que conhece do Centro de Saúde de Odemira, o que considera como limitação para o não atingimento dos objetivos relativos à VD?

7. Se pudesse alterar algo neste programa – critérios, parâmetros de avaliação, etc. –, o que seria?

Grata pela colaboração!

Ana Raquel Pereira

Anexo IV

Protocolo do programa da VD

Protocolo

UCSP ODEMIRA – Programa da Visitação Domiciliária

Assunto: Visitação Domiciliária

Destinatários: Equipa de enfermagem

Objetivo: Organizar o programa da VD tendo em consideração as necessidades dos utentes

Preambulo

Este documento foi formulado e discutido de acordo com as necessidades identificadas ao nível da VD, pelos profissionais de saúde de UCSP e UCC de Odemira, nomeadamente enfermeiros.

A sua concretização surgiu da concordância entre o enfermeiro responsável pela equipa de enfermagem da UCSP Odemira – Enfermeira Celestina Machado – e da enfermeira coordenadora do programa da VD – Enfermeira Ana Raquel Pereira – pertencentes à recente ULSLA.

Introdução

A VD adquire grande importância quando se fala de dependência, quer seja para tratamentos especializados, quer para a satisfação de necessidades associadas à dependência para atividades de vida diárias. Deste modo, a VD de enfermagem organizada é uma plataforma de apoio ao utente, quando se promovem cuidados de qualidade e igualmente se promove a equidade no acesso.

A organização do programa da VD é também uma forma de gerir e melhorar os cuidados prestados, na medida em que todos os profissionais trabalham tendo em conta os mesmos objetivos e os mesmos princípios havendo também continuidade de cuidados. A estruturação dos programas de saúde, requer algum trabalho, mas permite que não hajam surpresas ou descontrolo na prestação dos cuidados na falta de algum membro que pertença à equipa, não havendo portanto comprometimento da continuidade e da própria prestação de cuidados.

Organização

1. “Os cuidados prestados no domicílio do utente são organizados por área geográfica, correspondente ao território de cada extensão, ao território de várias extensões conjugadas podendo, ainda, nas extensões com elevado número de utentes, corresponder a uma divisão até duas áreas;
2. As diferentes áreas geográficas, em que se distribuem as equipas que prestam cuidados no domicílio, têm de ser explícitas e aprovadas por acordo entre o coordenador e o enfermeiro responsável da UCSP;
3. Os critérios para admissão em cuidados prestados no domicílio são:
 - a. Dificuldades de mobilidade;
 - b. Não adesão a comportamentos de saúde;
 - c. Toma Observada Direta (TOD);
 - d. Situações sociais, devidamente justificadas;
 - e. Outros critérios clínicos desde que aprovados pela coordenação da Unidade.
4. A sinalização de necessidade de cuidados no domicílio pode ser efetuada, por qualquer pessoa e meio;
5. A validação do pedido é efetuada, no máximo em 24 horas, pelos profissionais de enfermagem tendo de ser fornecida informação ao utente sobre:
 - a. Data provável da primeira visita;
 - b. Período do dia previsível;
 - c. Equipa responsável, com contacto;
 - d. A justificação registada por escrito, em caso de recusa;
 - e. As visitas domiciliárias seguintes, quando se destinem a tratamentos, apenas serão efetuadas com prescrição de médico do SNS
6. considera-se que o tempo médio de duração de cada visita é de 50 minutos.” (ACESAL, 2010).

Enfermeiro responsável pela realização da VD:

1. Na sede, a VD deve ser assegurada por um enfermeiro com rotatividade mensal. Este deve igualmente assegurar a VD nas extensões na ausência de qualquer colega que esteja sozinho na extensão respectiva ou sempre que necessário;
2. Nas extensões com apenas um enfermeiro, todo o programa deve ser assegurado pelo próprio enfermeiro;
 - a. Na sua ausência a VD deve ser assegurada pelo colega da sede que assegura a VD durante aquele período.
3. Nas extensões com mais do que um enfermeiro a VD deve ser assegurada alternadamente (mensalmente) por um enfermeiro. Na ausência de um deles, este programa deve ser assegurado por qualquer um dos que assegura a prestação de cuidados na extensão.

No que refere à reestruturação e identificação da população alvo com as necessidades identificadas, fica delineado que:

1. VD's em contexto de vacinação são identificadas pelo responsável da vacinação (em horário não assistencial – 5^a feira das 14h às 17h) e devem ser realizadas pelo mesmo em dia e horário específico;
 - a. A regularidade é consoante a necessidade – semanal, quinzenal ou mensalmente;
 - b. na ausência deste elemento, esta tipologia de VD deve ser assegurada pelo colega responsável pela realização da VD na sede;
 - c. nas extensões esta tipologia de VD deve ser realizada pelo colega da extensão ou pelo colega que lá permanece na sua ausência (no caso das extensões com mais do que um enfermeiro). Na ausência de ambos, deve ser a VD assegurada pelo responsável de vacinação, e por sua vez em situação de ausência deste último deve ser assegurado pelo colega da sede responsável pela realização da VD naquele período.
2. VD's em contexto de Gestão de Regime Terapêutico
 - a. Durante esta tipologia de VD são considerados 3 parâmetros essenciais:

- i. Medicação (auto-administração de medicamentos)
 - ii. Alimentação;
 - iii. Exercício físico.
 - b. Todos os parâmetros devem ser avaliados aquando da VD e os ensinamentos devem ser facultados sempre que necessários. Deve ser preenchida uma folha de cardex para avaliação de medicação e facilidade de apoio nesta matéria;
 - c. No que refere à alimentação e exercício físico, todos os utentes devem ser referenciados para o dietista sempre que se verificar necessidade;
 - d. Esta tipologia de VD deve ser realizada pelo enfermeiro responsável pela VD durante o período respetivo. Na ausência do enfermeiro da extensão, e tal como anteriormente referido, a VD deve ser assegurada pelo colega da sede ou o disponível na extensão (no caso das extensões com mais de 1 enfermeiro);
3. VD em contexto de apoio ao cuidador
- a. Nesta tipologia de VD são considerados além do utente (que é o foco de atenção em contexto de VD), o(s) cuidador(es). Neste caso pode ser apenas um cuidador (formal ou informal) ou a respetiva família;
 - b. O apoio ao prestador de cuidados assenta sobre várias premissas, das quais se destacam:
 - i. Apoio na referenciação;
 - ii. Disponibilização de informação;
 - iii. Educação para a saúde;
 - iv. Apoio nas AVD's de prestação de cuidados ao dependente e na gestão do regime terapêutico do utente;
 - v. Apoio, propriamente dito, ao prestador de cuidados no que refere à sua "gestão de regime terapêutico".
 - c. Tal como a tipologia descrita anteriormente, esta VD deve ser realizada pelo enfermeiro responsável pela realização da VD no respetivo período. Na sua ausência, este deve ser assegurado pelo

segundo elemento da extensão ou pelo colega da sede, consoante a situação.;

4. no que refere à equipa de VD, esta foi criada com o objetivo de fornecer ao utente um elemento de referência para o tema relacionado com a VD e para efeitos de promoção e continuidade de cuidados;
 - a. a equipa é, assim, constituída por 7 elementos:
 - i. 2 enfermeiros da sede (incluindo o coordenador do programa);
 - ii. 2 enfermeiros das extensões da serra (1 da extensão de Sabóia e 1 da extensão de Colos/Relíquias);
 - iii. 2 enfermeiros das extensões do litoral (1 da extensão Vila Nova de Milfontes e 1 da extensão de S. Teotónio);
 - iv. 1 suplente.
 - b. estes sete elementos devem participar de reuniões trimestrais de forma a :
 - i. conhecer-se os casos interessantes;
 - ii. esclarecimento de duvidas relacionadas com a VD;
 - iii. avaliação estatística;
 - iv. uniformização dos registos (informáticos e papel).
5. para a realização de VD, tanto em contexto de coordenação e/ou realização de VD, existem os seguintes documentos:
 - a. Norma 05/2010 – relativa aos atendimentos de enfermagem;
 - b. Ficha de identificação do utente/Ficha para acompanhamento do utente no domicilio;
 - c. Folha de cardex;
 - d. Folha resumo de caracterização de VD;
 - e. Programa informático para realização de registos.
6. A avaliação do programa é feita trimestralmente aquando das reuniões, bem como no fim de cada ano, acompanhada das reestruturações consideradas necessárias;
7. Este protocolo resulta de concordância entre a Responsável de Enfermagem da UCSP e da Coordenadora do Programa da VD.

Plano de Organização e Funcionamento da VD

Critérios de Admissão:

- Dificuldade de mobilidade;
- Não adesão a comportamentos de saúde;
- Toma Observada Direta;
- Situações Sociais;
- Outros.

1. Anamnese

- 1.1. Preenchimento da folha de VD
- 1.2. Preenchimento da folha de Cardex
- 1.3. Programar VD

2. Planeamento da VD/Plano de Cuidados

- 2.1. Motivo da VD
- 2.2. Periodicidade
- 2.3. Quem solicitou
- 2.4. Tempo de resposta
- 2.5. Planear cuidados

3. Execução da VD

- 3.1. Tempo de prestação de cuidados
- 3.2. Tempo de desclocação (Km)
- 3.3. Cumprimento do plano de cuidados

4. Registos

- 4.1. SAPE/Avaliação Inicial
- 4.2. Folha de VD
- 4.3. Reunião de enfermagem
- 4.4. Informar outros profissionais de saúde
- 4.5. Informar família/cuidador

5. Avaliação

- 5.1. Intermédia
 - 5.1.1. Reformular plano de cuidados
- 5.2. Final (alta).

Anexo V

Ficha de identificação do utente e de acompanhamento aquando do domicílio

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade:

Morada:

Telefone:

Pessoa Significativa:

Telefone:

Coabitantes:

VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA

Motivo da VD:

Promoção

Tratamento

Reabilitação

Periodicidade:

Diária

Trissemanal

Bissemanal

Semanal

Quinzenal

Mensal

Outro _____

Solicitada por:

Enfermeiro

Médico

TSS

Hospital

Família

Vizinhos

Outro

Tempo entre o pedido de VD e a 1ª visita:

<24h

24h

48h

>48h

Tempo de deslocação _____
KM _____

Tempo de prestação de cuidados _____

1. Agendamento da 1ª VD com o utente/família
2. Saudação ao utente/família
 - 2.1. Apresentação da equipa e do serviço
 - 2.2. Promover/estabelecer relação empática com o utente
 - 2.3. Perceber a recetividade do utente/família ao serviço prestado:
 - 2.3.1. Positiva
 - 2.3.2. Negativa
3. Realização da avaliação inicial
 - 3.1. Motivo da VD
 - 3.1.1. Promoção
 - 3.1.2. Tratamento
 - 3.1.3. Reabilitação
 - 3.2. Conhecer o nº de coabitantes _____
 - 3.3. Relação entre coabitantes:
 - 3.3.1. Positiva
 - 3.3.2. Negativa
 - 3.3.3. Aceitável
 - 3.4. Compreender as rotinas do utente que necessita de VD
 - 3.4.1. Higiene

Dependente <input type="checkbox"/>	Dependente grau moderado <input type="checkbox"/>
Independente <input type="checkbox"/>	Dependente em grau reduzido <input type="checkbox"/>
 - 3.4.2. Alimentação

Dependente <input type="checkbox"/>	Dependente grau moderado <input type="checkbox"/>
Independente <input type="checkbox"/>	Dependente em grau reduzido <input type="checkbox"/>
 - 3.4.3. Confeção de alimentos

Dependente <input type="checkbox"/>	Dependente grau moderado <input type="checkbox"/>
Independente <input type="checkbox"/>	Dependente em grau reduzido <input type="checkbox"/>
 - 3.4.4. Tipo de Alimentação

Adequada <input type="checkbox"/>	Inadequada <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-------------------------------------
 - 3.4.5. Exercício físico

Adequada <input type="checkbox"/>	Inadequada <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-------------------------------------
 - 3.4.6. Medicação
 - 3.4.6.1. Conhecimento

Demonstrado <input type="checkbox"/>	Não demonstrado <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--
 - 3.4.6.2. Auto administração

Dependente <input type="checkbox"/>	Independente <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	---------------------------------------
 - 3.4.7. Atividades de Vida Diárias (compras, gestão do dinheiro, sair de casa, subir escadas)

Dependente <input type="checkbox"/>	Dependente grau moderado <input type="checkbox"/>
Independente <input type="checkbox"/>	Dependente em grau reduzido <input type="checkbox"/>
 - 3.4.8. Hábitos nocivos

Tabaco <input type="checkbox"/>	Álcool <input type="checkbox"/>	Drogas <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/> _____
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------
 - 3.5. Identificar necessidades de educação para a saúde
 - 3.5.1. Avaliar motivação para a gestão do regime terapêutico

Demonstrado <input type="checkbox"/>	Não demonstrado <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--
 - 3.5.2. Promover ensinamentos sobre adesão ao regime terapêutico

Alimentação <input type="checkbox"/>	Exercício físico <input type="checkbox"/>	Medicação <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	---	------------------------------------
 - 3.6. Identificar necessidades de apoio ao cuidador

Apoio nas AVD's <input type="checkbox"/>	Medicação <input type="checkbox"/>	Alimentação <input type="checkbox"/>
--	------------------------------------	--------------------------------------

Exercício físico Referência Informativas
Outras _____

3.7. Conhecer o historial de saúde/doença do utente

Internamento hospitalar Sim Não

Duração _____

Diagnóstico _____

Queixas iniciais _____

Sintomatologia _____

3.8. Tratamento de feridas

3.8.1. Traumáticas

3.8.2. Cirúrgicas

3.8.3. Químicas

3.8.4. Outras _____

3.8.5. Compromisso vascular

Varicosas Arteriais

3.8.5.1. Antes da VD

3.8.5.2. Durante a VD

 Não cumprimento de orientações

 Insuficiência de meios

 Causa idiopática

3.8.6. Material utilizado _____

4. Realizar plano de cuidados

5. Planear/Agendar nova VD

Data: _____

Hora: _____

Data: _____

Hora: _____

Data: _____

Hora: _____

Data: _____

Hora: _____

Data: _____

Hora: _____

6. Monitorizar evolução do estado de saúde do utente/família

7. Avaliação final

7.1. Óbito

Hospital Domicilio

7.2. Transferência

Lar Hospital Outro

7.3. Melhoria

Data da alta: _____

Anexo VI

Folha de Cardex

Anexo VII

Ficha de Identificação existente no CS

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA

Nº Ordem: _____ Zona: _____ Data Entrada: _____

1º Ano: Seguintes: Data Alta: _____*** IDENTIFICAÇÃO**

* Nome: _____ Idade: ≤ 64 65 - 69
 70 - 74 75 - 79
 80 - 84 ≥ 85

* Morada: _____

* Localidade: _____ * Telefone: _____

* Distância ao C.S.: _____ Kms * Profissão: _____

Vive só: C/ Cônjuge: C/ Filhos: Outros:

* Pessoa Significativa: _____ * Telefone: _____

*** VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA**

* Solicitada por:
 Enfermeiro Médico TSS Hospital Família Vizinho Outro

* Tempo entre o pedido de VD e a 1ª Visita: < 24h 24h 48h > 48h

* Obs: _____

* Motivo Inicial:
 Promoção Tratamento Prevenção Reabilitação

* Periodicidade:
 Diária Bisemanal Quinzenal Outra
 Trisemanal Semanal Mensal

* Tempo de Deslocação _____ Tempo de Prestação de Cuidados _____ Kms _____

*** ÍNDICE DE KATZ**

ACTIVIDADES		Data			
		Admissão		Alta	
		Independente		Independente	
		Sim	Não	Sim	Não
1. Banho:	Não precisa de ajuda ou só precisa para lavar uma parte do corpo				
2. Vestir:	Veste-se sem ajuda, excepto calçar e apertar sapatos				
3. Higiene Pessoal:	Utiliza a casa de banho se ajuda ou com ajuda de um andarilho				
4. Transferência:	Consegue deitar-se e levantar-se da cadeira e cama sem ajuda				
5. Continência:	ocasionais)				
6. Alimentação:	pão				

* **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

- A. Orientação / Apoio ao próprio
- B. Orientação / Apoio aos cuidadores informais
- C. Orientação / Apoio aos cuidadores formais
- D. Articulação com outros profissionais
- | | | | |
|-----------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 1) Médico | <input type="checkbox"/> | 3) Fisioterapeuta | <input type="checkbox"/> |
| 2) TSS | <input type="checkbox"/> | 4) Ajudante familiar | <input type="checkbox"/> |
- E. Articulação com outras instituições
- F. Tratamento de feridas
- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| F.1) Cirúrgicas | <input type="checkbox"/> |
| F.2) Traumáticas | <input type="checkbox"/> |
| F.3) Químicas | <input type="checkbox"/> |
| F.4) Outras | <input type="checkbox"/> |
| F.5) Compromisso Vascular | <input type="checkbox"/> |
- | | | | | | |
|-----------|--------------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| F.5.1) UP | <input type="checkbox"/> | F.5.1. Antes da VD | <input type="checkbox"/> | F' Não cumprimento de orientações | <input type="checkbox"/> |
| | | F.5.1. Durante a VD | <input type="checkbox"/> | F'' Insuficiência de meios | <input type="checkbox"/> |
| | | | | F''' Causa idiopática | <input type="checkbox"/> |
- | | |
|------------------|--------------------------|
| F.5.2) Varicosas | <input type="checkbox"/> |
| F.5.3) Arteriais | <input type="checkbox"/> |
- G. Cateterização Vesical
- H. ENG
- I. Administração terapêutica
- J. Outros

* **ALTA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

- Óbito
- | | | |
|-----------|--------------------------|-------|
| Domicílio | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hospital | <input type="checkbox"/> | _____ |
- Transferência
- | | | |
|----------|--------------------------|-------|
| Lar | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Hospital | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Outro | <input type="checkbox"/> | _____ |
- Cura/Melhoria _____