



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS

Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária

Relatório Estágio

***“A Urgência de Continuar a Cuidar – Continuidade dos Cuidados no
Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal”***

Autor:

Idália Carminda Simão Valério

Orientador:

Professora Doutora Felismina Rosa Parreira Mendes

abril/2012

Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária

Relatório Estágio

**“A Urgência de Continuar a Cuidar – Continuidade dos Cuidados no
Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal”**

Idália Carminda Simão Valério



188 943

Orientador:

Professora Doutora Felismina Rosa Parreira Mendes

EGESYD

“A Urgência de Continuar a Cuidar – Continuidade dos Cuidados no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal.”

Este projeto relaciona-se com a continuidade dos cuidados desenvolve-se no âmbito do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Setúbal. Pretende colmatar as necessidades de grupos populacionais no que respeita à continuidade dos cuidados. Tem como objetivo geral: Fomentar a Continuidade dos Cuidados de Saúde no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS). Para atingir os objetivos delineados foram estabelecidas diversas estratégias que assentaram essencialmente: na constituição de parcerias quer na instituição hospitalar quer na comunidade, na informação e encaminhamento dos utentes, famílias e dos cuidadores e também na articulação com uma equipa multidisciplinar para a tomada de decisão conjunta.

A população-alvo foi dividida em três grupos de acordo com as necessidades e intervenções dos utentes/famílias/cuidadores.

As intervenções realizadas foram maioritariamente associadas aos problemas sociais e as parcerias assumiram um papel fundamental na otimização da alta e no encaminhamento para a comunidade.

“The Urgency of the Continuing Care” – Continuity of Care in the Emergency Service General Hospital Center of Setubal

This project is related to continuity of care is developed under the Emergency Service of the Centre Hospitalier de Setúbal. Intends to meet the needs of population groups with regard to continuity of care. Its overall goal: Promote Continuity of Health Care in the Emergency Service General Hospital Center of Setubal (CHS). To achieve the goals outlined several strategies that were established essentially settled: in partnerships either in hospital or in the community, information and referral of clients, families and caregivers and also in conjunction with a multidisciplinary team for joint decision-making.

The target population was divided into three groups according to the needs and activities of the users/families/caregivers.

The interventions were mostly associated with social problems and partnerships took a role in the optimization of high and referral to the community.

“Nós somos o que fazemos. O que não se faz não existe. Portanto, só existimos nos dias em que fazemos. Nos dias em que não fazemos, apenas duramos.”

(Padre António Vieira)

AGRADECIMENTOS

A realização deste projeto só foi possível graças à colaboração e ao contributo, de forma direta ou indireta, de várias pessoas, nomeadamente:

A Enfermeira **Helena Matos**, (Enfermeira Chefe do SUG), pela confiança demonstrada e oportunidade conseguida para a concretização destas atividades, pois, pela minha formação pude colocar na prática os meus conhecimentos e em simultâneo colmatar as necessidades de continuidade dos cuidados aos utentes/famílias e cuidadores, utilizadores deste serviço de saúde.

Agradeço a toda a **equipa multidisciplinar**, essencialmente aos colegas de profissão, a colaboração no desenvolvimento das intervenções.

A todos os **elementos das parcerias** pela colaboração neste projeto, e tempo despendido para que as intervenções fossem uma realidade na vida das pessoas nomeadamente na continuidade dos cuidados.

A Professora Doutora **Felismina Mendes** por ter aceitado a coordenação e orientação deste relatório de projeto de estágio, assim como a disponibilidade, transmissão de saberes e apoio, durante a concretização do mesmo.

A minha colega **Paula Jesus**, companheira de viagens académicas que mais uma vez foi um suporte importante na realização deste projeto.

Por fim, mas não menos importantes, à **minha família**, aos meus pais pela educação que me proporcionaram, à minha irmã pelo apoio incondicional, ao meu marido e aos meus filhos pelas horas de ausência dedicadas a este trabalho, ao qual demonstraram sempre a maior compreensão.

A TODOS:

UM MUITO OBRIGADA!

SIGLAS

ACS	– Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	– Administração Central dos Sistemas de Saúde
APAV	– Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
AVC	– Acidente Vascular Cerebral
AVD	– Atividades de Vida Diárias
CCI	– Cuidados Continuados Integrados
CHS	– Centro Hospitalar de Setúbal
CPS	– Cuidados de Saúde Primários
D.L	– Decreto – lei
DN	– Diário de Notícias
DR	– Diário da República
ECCI	– Equipas de cuidados Continuados Integrados
EGA	– Equipa de Gestão de Altas
IDT	– Instituto da Droga e da Toxicod dependência
INE	– Instituto Nacional de Estatística
INEM	– Instituto Nacional de Emergência Médica
IPSS	– Instituições Particulares de Solidariedade Social
ISS	– Instituto da Segurança Social
NPISA	– Núcleo de Prevenção e Intervenção aos Sem-Abrigo
ONG	– Organização Não-Governamental
PNCVD	– Plano Nacional Contra a Violência Doméstica
PNS	– Plano Nacional de Saúde
RNCCI	– Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RRMD	– Redução de Riscos e Minimização de Dados
SUG	– Serviço de Urgência Geral
UCC	– Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	– Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	– Unidade de Saúde familiar
VIH	– Vírus Imunodeficiência Humana

ABREVIATURAS

Art.º - Artigo

Dr.ª - Doutora

Fig. - Figura

Nº - Número

S. - São

Sr.ª - Senhora

Enf.ª - Enfermeira

h - Horas

INDICE	fls
1 – <u>INTRODUÇÃO</u>	12
2 – <u>ANÁLISE DO CONTEXTO</u>	15
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL	16
2.2 – CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS	17
2.3 – DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETENCIAS	18
3 – <u>ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES</u>	23
3.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES	23
3.2 – CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECIFICAS DA POPULAÇÃO ALVO	24
3.3 – ESTUDO SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO-ALVO	27
3.4 – RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO	29
4 – <u>ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS</u>	31
4.1 – OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	31
4.2 – OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO	32
5 – <u>ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES</u>	34
5.1 – FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	35
5.2 – METODOLOGIAS	40
5.3 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS/RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS	43
5.4 – CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS	59
5.5. – ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL	60

6 – <u>ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO</u>	62
6.1 – AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS	63
6.2 – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA	69
6.3 – DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRECTIVAS INTRODUZIDAS	70
7 – <u>ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETENCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS</u>	72
<u>CONCLUSÃO</u>	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	82
Anexo 1 – Ficha de Ligação Multidisciplinar	83
Anexo 2 – Ficha de Sinalização de Sem-Abrigo	86
Anexo 3 – Questionário de Avaliação do Funcionamento da Parceria para a Continuidade dos Cuidados na Comunidade	88
Anexo 4 – Questionário de Avaliação do Funcionamento da Parceria para a Continuidade dos Cuidados na Instituição Hospitalar	93
Anexo 5 – Resultado dos Questionários de Avaliação do Funcionamento das Parcerias para a Continuidade dos Cuidados na Comunidade	101
Anexo 6 – Resultado dos Questionários de Avaliação do Funcionamento das Parcerias para a Continuidade dos Cuidados na Hospitalar	105
Anexo 7 – Panfleto Sobre os Recursos na Comunidade	110

<u>INDICE DE QUADROS</u>	fls
QUADRO I – Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência	16
QUADRO II – Calendarização das atividades desenvolvidas: Estabelecimento de parcerias na e com a comunidade	44
QUADRO III – Calendarização das atividades: Estabelecimento de parcerias no Centro Hospitalar de Setúbal	50
QUADRO IV – Calendarização das atividades desenvolvidas: participação em atividades e formação com elementos de várias disciplinas	55
QUADRO V – Sistematização das intervenções/grupos alvo	63
QUADRO VI – Análise reflexiva das competências mobilizadas e adquiridas	72
<u>INDICE DE GRÁFICOS</u>	fls
GRÁFICO I – Diagnósticos sociais no SUG (1º semestre/2011)	25
GRÁFICO II – Encaminhamentos Sociais no SUG (1º semestre/2011)	26
<u>INDICE DE FIGURAS</u>	fls
FIGURA I – População com escolaridade obrigatória	28
FIGURA II – Ganho médio mensal	28



1 – INTRODUÇÃO

No actual contexto político-social em que vivemos, a prestação de cuidados de saúde vai muito mais além do tratamento da doença, principalmente nas unidades de saúde de cuidados diferenciados, com particular destaque para a prática nos serviços de urgência. O foco da atenção recai agora sobre os utentes/ cuidadores/ famílias e no seu bem-estar; o envelhecimento demográfico, os anos de vida sem saúde, o aumento da dependência funcional, e o aumento das doenças crónicas e incuráveis, impõem quotidianamente necessidades complementares de cuidados.

Torna-se assim imperativo uma nova abordagem que integre o sistema de saúde de apoios sociais, com intervenção nas actividades básicas, nos cuidados de reabilitação e de reinserção, diligenciando respostas coordenadas e interdisciplinares entre os diferentes níveis de cuidados.

Dado o número crescente de utentes que aguardam em contexto hospitalar, nomeadamente no Serviço de Urgência, por condições domiciliárias que garantam a continuidade dos cuidados, torna-se de extrema importância uma avaliação atempada das necessidades dos doentes, envolvendo neste processo os familiares/cuidadores dos mesmos.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) tem por base estes princípios, da integração dos cuidados de saúde e apoio social, favorecendo a intersectorialidade, fundamental para *“dar resposta às necessidades das populações, para obtenção de ganhos em saúde e promoção da eficiência (OPSS, 2009) e, como objectivo, reduzir a demora média e as readmissões não programadas no hospital, visando a adequação de recursos e a coordenação e comunicação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, conduzindo a uma maior satisfação do doente e família.* PNS 2011-2016 Cuidados de Saúde Hospitalares (p.27).

A prática reflexiva do dia-a-dia da zona de ambulatório do SUG (Serviço de Urgência Geral), mediada pelo contexto da prestação de cuidados de situações-problema, cuja complexidade de resposta multidisciplinar incluía a imprescindibilidade dos cuidados de enfermagem, fez “nascer” este projeto em conformidade com a Enfermeira Chefe do Serviço.

Assim foi delineado o **Objectivo Geral:** - Fomentar a Continuidade dos Cuidados de Saúde no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS).



Surgindo assim os Objectivos Específicos:

- Identificar as estruturas da instituição hospitalar que favorecem a continuidade dos cuidados;
- Identificar as estruturas da comunidade, governamentais ou não governamentais, que podem assegurar a continuidade dos cuidados;
- Informar utente/ cuidadores das estruturas existentes que pode usufruir;
- Articular competências com a equipa multidisciplinar com vista à continuidade dos cuidados;

Este projeto é da responsabilidade e coordenação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, e está de acordo com as competências específicas da especialidade, artigo 4º, ponto 1, alínea b) *Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades; e c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;* (D.R. n.35)

Este projeto operacionalizou os elementos multidisciplinares do serviço e os elementos de outros serviços da instituição que são essenciais para o processo de alta do doente. Na dissertação de doutoramento LOURO (2009), faz referência aos autores: SANDS e SMITH (2003) e ANDRADE, JESUS E CRISTINA (2005) que salientam a importância de um processo de alta coordenada para o domicílio com a garantia da continuidade dos cuidados, defendendo que esse processo deve implicar que a colaboração conjunta com o utente/cuidador e equipa multidisciplinar.

No Serviço de Urgência do CHS a tomada de decisão é interdisciplinar e os encaminhamentos são dirigidos às necessidades dos doentes/famílias/cuidadores nomeadamente, em articulação com os recursos da comunidade sempre que as necessidades dos doentes o exijam.

No decorrer deste projeto e com a diversidade de situações apresentadas neste contexto foram agrupados pelas necessidades e formas de intervenção três grupos-alvo: Os utentes sem abrigo, vítimas de violência de qualquer ordem e utentes/famílias e cuidadores com doença crónica ou degenerativa prolongada com necessidade de continuidade dos cuidados nomeadamente os cuidados em fim de vida.

Este relatório apresenta-se dividido inicialmente pela análise e caracterização do contexto em que se desenvolve o projeto, nomeadamente os recursos humanos e materiais e a forma como estiveram envolvidos. Fundamental uma análise da população



e das suas necessidades, e posteriormente os objetivos a atingir quer com a população quer com a intervenção profissional.

Seguiram-se as intervenções e as metodologias utilizadas baseadas nos objetivos, assim como as decisões das estratégias e posteriormente as formas de processo de avaliação e de controlo.

Com o desenvolvimento do projeto mobilizaram-se e adquiriram-se competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, que são compreendidas numa análise reflexiva das intervenções deste projeto de Saúde Comunitária. As intervenções sobressaem pela sua especificidade, ainda mais, porque se desenvolvem num ambiente cujos cuidados de saúde se dirigem a utentes com problemas urgentes/emergentes. Na realidade atual, é imprescindível no serviço de urgência uma equipa de saúde com conhecimentos generalizados dos recursos envolventes, que vão de encontro às necessidades dos utilizadores dos serviços de saúde, para que estes sejam eficientes no papel a que se destinam.



2 – ANÁLISE DO CONTEXTO

O Serviço de Urgência, em Portugal, ainda continua a ser a porta de entrada para o acesso aos cuidados de saúde hospitalares. O PLANO NACIONAL DE SAÚDE (PNS) 2011-2016 refere que a acessibilidade aos cuidados de saúde não é equitativa: no que respeita à distribuição dos profissionais, baixos recursos da população, reduzidos níveis de educação o que dificulta o acesso à informação. As barreiras existentes no acesso à medicina familiar e a limitação nos cuidados de saúde domiciliários, são fatores determinantes para que os utentes utilizem o serviço de urgência de forma inapropriada, prejudicando o acesso daqueles que realmente dele necessitam.

Por outro lado, o PNS (2011-2016) faz referência ao autor (CAMPOS, 2009), que enumera constrangimentos nos cuidados de saúde hospitalares, como sejam: *“a desatualização da carta hospitalar, uma excessiva verticalização dos hospitais, a crescente escassez de médicos, principalmente na área de medicina geral e familiar, insuficiente investigação independente, ausência de avaliação de novas tecnologias e a manutenção de algumas formas de financiamento inadequadas. (...), uma articulação frágil com os cuidados continuados e ausência de resposta adequada aos doentes crónicos”*. p.29

Dada a dualidade de cuidados que existem no sistema de saúde português e a sua deficiente articulação, os utentes recorrem ao serviço de urgência muitas vezes como primeira opção. Um número menor, dos que ocorre ao referido serviço, vem referenciado pelos médicos dos cuidados de saúde primários.

Para além dos utentes com doença crónica prolongada ou degenerativa cujas explicações se englobam nas explicações anteriores, também os utentes sem abrigo ocorrem aos SUG como exclusiva porta de acesso aos cuidados de saúde. A facilidade em serem transportados pelo serviço INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica), ativado pelo cidadão comum, e por não serem impossibilitados de poder realizar a observação médica ou cuidados de enfermagem pela falta de documentos de identificação ou outra qualquer burocracia limitativa pelos horários, são fatores justificativos.

As vítimas de violência, pelas características próprias deste tipo de crimes recorrem ao SUG, normalmente após o sucedido, sendo necessário um encaminhamento que



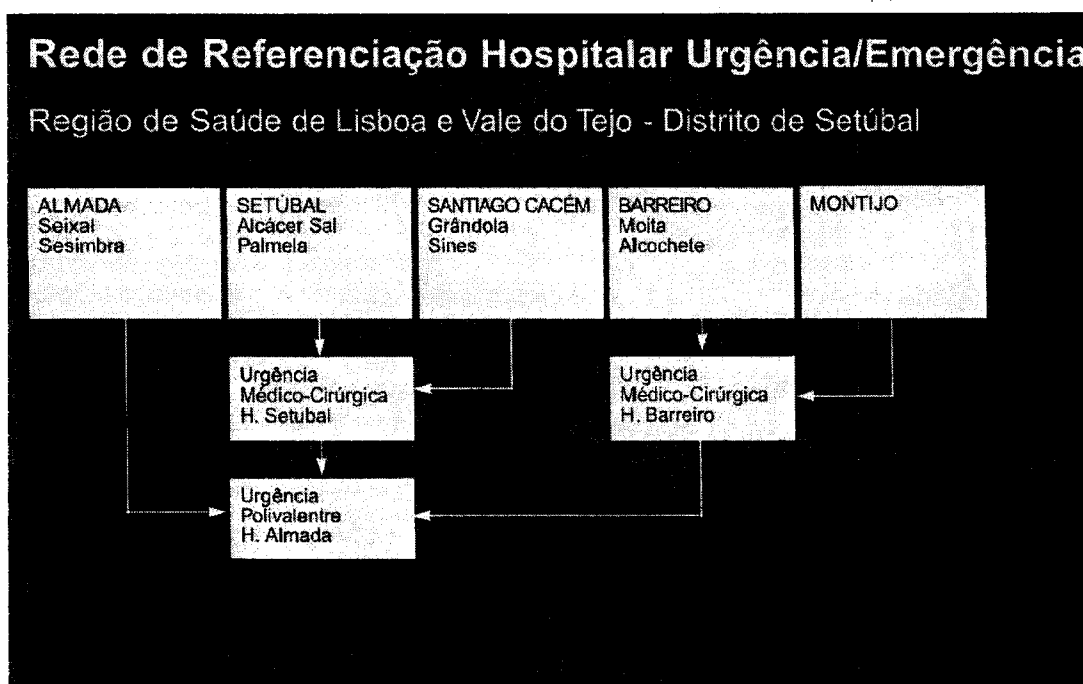
satisfaça as necessidades quer físicas ou psicológicas dos utentes/famílias/cuidadores, e que também respondam às questões médico-legais.

A continuidade de cuidados de saúde baseados num processo interdisciplinar eficiente pode contribuir para a diminuição de readmissões dos utentes no SUG, e aumentar a satisfação dos mesmos.

2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTAGIO FINAL

O Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal fica situado no Hospital de São Bernardo está incluído na Rede Nacional de Referenciação de Urgências 2001 como uma urgência médica cirúrgica. Os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica são unidades diferenciadas instaladas em hospitais gerais de nível não inferior a hospital distrital. São o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência.

Quadro I



Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência p.20 (2001)

O serviço de Urgência integra as Vias Verde de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Coronária. Dispõe em permanência das Especialidades: Medicina Interna, Cirurgia



Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Cardiologia, Neurologia, Patologia Clínica, Medicina Intensiva, Imunohemoterapia e Diálise para as situações agudas. As valências de Imagiologia e Gastrenterologia são asseguradas de segunda a domingo das 9h às 24h, e Psiquiatria das 9h às 22h.

A Especialidade de Oftalmologia, funciona de segunda-feira a sábado das 8h às 20h, contudo, se necessário recorre-se ao Hospital de São José.

Este projeto decorre na zona de ambulatório do Serviço de Urgência Geral (SUG) local onde os utentes esperam pela sua vez, para a primeira observação médica, após a triagem de Manchester realizada por enfermeiros.

Encontram-se predominantemente utentes triados com a cor amarela e laranja, considerados prioritários, os utentes com a pulseira verde e azul tem geralmente indicação para aguardar na sala de espera.

Os locais/postos de intervenção de enfermagem são a sala de tratamentos, a sala aberta, as salas de triagem [2], a sala de pequena cirurgia e a sala de reanimação. Os cuidados podem ser prestados dentro das salas para o efeito, ou mesmo fora delas como nos corredores, característicos de um Serviço de Urgência, dada por vezes a excessiva lotação de doentes.

Assim, são nas mais variadas e difíceis circunstâncias, que as intervenções de enfermagem assumem particular importância no bem-estar, e promoção da saúde dos utentes e família/cuidadores.

2.2 – CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

O SUG funciona com 60 enfermeiros, 1 enfermeira chefe e 59 prestadores de cuidados entre os quais 56 estão distribuídos por 5 equipas de enfermagem, 2 enfermeiras especialistas, 1 enfermeira especialista de reabilitação que desenvolve a sua atividade no serviço de observações (2^a a 6^a feira nos turnos de manhã e tarde) e 1 enfermeira especialista em saúde comunitária (2^a a 6^a feira durante o turno da manhã) que desenvolve as suas atividades na área de ambulatório. Existem mais 3 enfermeiros especialistas na área da médico-cirúrgica, 8 enfermeiros com formação na área da urgência e emergência e 1 enfermeira a realizar o doutoramento na área da supervisão clínica. O SUG funciona com a triagem de Manchester realizada por enfermeiros. A



instalação do programa ALERT distribuídos por 17 computadores que equipam gabinetes médicos e salas de observação e tratamentos, facilita a consulta e o registo no processo clínico do utente. Estes recursos das tecnologias de informação, favorecem bastante o conhecimento do motivo da vinda dos utentes ao SUG, através da Triage de Manchester e uma análise dos episódios anteriores, se for o caso. Assim, no serviço, o computador é primeiro recurso material a ser utilizado na identificação de potenciais situações de alta, comprometida (ou não) por alterações na realização das actividades de vida do utente pela patologia que lhe está associada.

A realização deste projeto tem a colaboração de recursos humanos já existente no serviço, dos quais se destaca:

- ✓ Enfermeiro Especialista na área da Saúde Comunitária
- ✓ Equipa Médica
- ✓ Equipa de Enfermagem
- ✓ Secretária de Piso
- ✓ Gabinete do Utente
- ✓ Serviço de Admissão dos utentes

Foram estabelecidos contactos com responsáveis pelos serviços e realizada a divulgação do projeto através de reuniões na instituição hospitalar (7), e na comunidade (5) com os representantes/ e ou responsáveis, de forma a constituir parceiros, tais como:

- ✓ Parcerias intra-hospitalares (Hospital de dia de Medicina, Hospital de Dia da Neurologia, Hospital de Dia de Oncologia, Consulta de Paliativos, Unidade da Dor, Serviço Social, Equipa de Gestão de Altas),
- ✓ Parcerias na comunidade (ACS de Setúbal e Palmela NPISA [Núcleo de prevenção e intervenção aos sem abrigo] ONG [Caritas, Desafio Jovem])

2.3 - DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A singularidade deste projeto advém de decorrer no ambiente característico do serviço de urgência e pela metodologia utilizada, pois assenta no trabalho em equipa e na



tomada de decisão interdisciplinar. Assim, a aquisição de competências é todo um conjunto que resulta, quer da dinâmica da própria equipa quer da resposta da população a quem são prestados cuidados que se pretendem de continuidade.

Este contexto determina a forma como ocorre o desenvolvimento das competências profissionais inerentes à realização deste projeto, tendo por base muitas outras já adquiridas por experiências anteriores e que não se conseguem dissociar devido às características de urgência que envolvem alguns dos utentes quando se deslocam ao serviço de urgência.

O que é defendido por SERRANO (2011), quando refere que existe uma responsabilidade partilhada entre o profissional enfermeiro e as condições/organização do contexto, a construção e o desenvolvimento de competências profissionais.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (n.º 128/2011, publicado no *Diário da República*, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, penso que desenvolvi as seguintes competências (pp.8667- 8669):

“G1.A avaliação do estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do Planeamento em Saúde

Unidades de Competência:

G1.1 *Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, os critérios de avaliação foram:*

G1.1.2. Integra variáveis socioeconómicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da saúde

G1.1.3. Identifica os determinantes dos problemas em saúde de grupos ou de uma comunidade

G1.1.4. Identifica as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade”

O desenvolvimento desta competência está inerente ao desenvolvimento do projeto. O diagnóstico de saúde realizado teve subjacente a prática reflexiva, que veio revelar uma lacuna nas intervenções de enfermagem face aos grupos alvos deste projeto.



Surgiu desta forma uma necessidade urgente de cuidar destas pessoas tendo em conta as variáveis socioeconómicas e ambientais, identificando os determinantes dos problemas em saúde (ambiente socioeconómico e familiar que as envolve, estilos de vida, situação de saúde) e conseqüentemente as suas necessidades.

“G1.2. Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade, critérios de avaliação:

G1.2.1. Utiliza critérios objectivos que permitam definir quais as principais prioridades em saúde.

G1.2.2. Integra na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde de uma comunidade as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde.”

As principais prioridades em saúde na população - alvo deste projeto têm como base a filosofia da continuidade de cuidados, integrada numa tomada de decisão interdisciplinar centrada no utente/família/cuidador, fundamentada também nas orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde. A continuidade de cuidados e cooperação intersectorial, referida no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 tem como objetivo a atingir: “*Requalificar os hospitais como prestadores de cuidados agudos e transferência progressiva de doentes para os níveis adequados de cuidados*” (p.52) referindo-se à referenciação dos utentes para RNCCI, e Cuidados de Saúde Primários (CSP). A colaboração de outras instituições governamentais e não-governamentais na comunidade também dão respostas às necessidades mais específicas da população alvo que este projeto pretende atingir (Utentes vítimas de violência, utentes sem abrigo, e com hábitos aditivos), embora não esteja explícito no PNS.

“G1.3. Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas, critérios de avaliação:

G1.3.2. Concebe estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que respondam aos objetivos definidos.

G1.3.3. Promove a co-participação dos cidadãos e dos diversos setores na definição dos objetivos operacionais.

G1.3.4. Atende na elaboração das estratégias aos recursos disponíveis e aos aspetos socioculturais da comunidade



G1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução de problemas identificados; critérios de avaliação:

G1.4.3. Otimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos programas e projetos de intervenção.

G1.4.6. Promove o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções

G1.4.7. Demonstra habilidades nos processos de negociação com vista à participação multissetorial nos diferentes programas e projetos de intervenção.”

Segundo TAVARES (1990), a necessidade é a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir. No contexto da realização deste projeto surgiu a necessidade de existir uma figura (enquadrável no perfil do enfermeiro) com a responsabilidade da continuidade dos cuidados das pessoas (em grupos alvos em particular) que se dirigem ao serviço de urgência.

Desta forma os objetivos são delineados para a continuidade dos cuidados para poderem dar resposta às necessidades dos utentes/famílias/cuidadores, evitando que as mesmas tenham que recorrer ao serviço de urgência pelo mesmo motivo, e beneficiando de estratégias de continuação dos cuidados, quer no domicílio quer na comunidade (RNCCI) com o apoio de estruturas sociais e/ou de saúde.

A metodologia de interdisciplinaridade numa equipa de saúde não exclui a autonomia de cada profissional, no entanto o respeito mútuo e os objetivos em comum, sustentam uma relação profissional essencial e imprescindível para o sucesso das intervenções. Por outro lado, o utente/cuidador/família, depara-se com profissionais interessados e disponíveis em resolver problemas, e em promover a qualidade de vida, conforto e bem-estar dos mesmos, através de estratégias assentes pela equipa.

A colaboração das parcerias na comunidade, governamentais e não-governamentais, enriquecem este projeto pois são uma mais-valia nos encaminhamentos e ajudas em inúmeras situações em que as pessoas recorrem ao SUG.

O diagnóstico social dos utentes/família/cuidadores é atualmente um fator elementar para se estabelecerem estratégias que respondam em simultâneo às suas necessidades de saúde. Assim, a colaboração multissetorial e multidisciplinar em saúde constitui deste



modo um dos objetivos operacionais imprescindíveis para a continuidade dos cuidados. A cooperação da comunidade com a instituição hospitalar e vice-versa torna-se indispensável para a elaboração de estratégias assente em fatores socioculturais, que visam a recuperação física ou emocional do utente, assim como na fase final de vida aliviando o seu sofrimento.



3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

Nos dados disponibilizados pelo INE (Instituto Nacional de Estatística), referentes a 2008, indicam que a população residente na área de influência do Centro Hospitalar de Setúbal é de 257.438 habitantes e abrange o concelho de Palmela (24%), Setúbal (48%), Alcácer do Sal (5%), Grândola (5%), Santiago do Cacém (11%), e Sines (5%).

A área da psiquiatria e saúde mental abrange ainda os concelhos de Odemira e Sesimbra (335.774 total dos habitantes), nas especialidades de cardiologia e nefrologia abrange os concelhos de Barreiro, Montijo, Alcochete e Moita (465.823 total dos habitantes).

3.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/ UTENTES

O serviço de urgência atende indivíduos a partir dos 15 anos de idade, se estes não optarem pela Unidade de Urgência Pediátrica até aos 18 anos como previsto na lei.

A Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS) com a colaboração da Universidade Nova realizou entrevistas telefónicas no primeiro trimestre de 2009 para proceder ao Sistema de Avaliação de Qualidade Apercebida e da Satisfação dos Utentes dos hospitais, 2009.

Na valência das urgências, caracterizou o utente que utiliza o serviço de urgência geral, quanto ao género 58,4% feminino, e 41,6% masculino. A classe etária que mais frequenta o SUG situa-se entre os 30-39 anos. No que respeita ao nível de instrução 31,3% concluiu o ensino secundário, seguido de 27,7% com o ensino básico, 3º ciclo.

A situação da actividade económica dos utilizadores do SUG, estão maioritariamente empregados (55,5%), seguido de 21,9% desempregados.

Em 2010, o atendimento no SUG foi de 83.181 o que corresponde a uma média diária de 228 atendimentos de utentes, sobressaindo os utentes provenientes dos concelhos de Setúbal, Palmela e Alcácer do Sal.

Em 2011 destaca-se uma diminuição de ocorrências no SUG sendo o total de 43614 utentes, o que corresponde a menos 48,4%, do que no ano anterior, mantendo-se a mesma área de influência.



3.2 – CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECIFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

O projeto de continuidade de cuidados incide essencialmente em utentes/ cuidadores com doença aguda em que ocorrem alterações das Actividades de Vida Diárias temporária ou definitivamente, com doença progressiva, e a indivíduos pertencentes a grupos vulneráveis, como sejam, potenciais situações sociais (sem abrigo, indivíduos sem cuidador, franca carência económica/social, vítimas de violência) admitidos no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Setúbal, entre as 8-16h de segunda a sexta-feira.

Os utentes e cuidadores nas circunstâncias acima descritas têm necessidades muito personalizadas de acordo com o motivo que recorrem ao SUG.

Os utentes vítimas de violência física são na sua maioria indivíduos que têm necessidades, para além de físicas, emocionais e sociais, de ordem legal que passa pela forma como são preservados os indícios/provas forenses e o encaminhamento para dar resposta á situação particular, a autoridade do SUG está habitualmente presente ou diligencia apoios de acordo com as circunstâncias. A colaboração com o serviço social é importante quando as vítimas necessitam de alojamento ou outros cuidados básicos como higiene e alimentação. O Departamento médico-legal funciona na estrutura do CHS, e atende às necessidades deste grupo específico.

Os utentes sem abrigo com hábitos aditivos, após a alta têm necessidades que são maioritariamente de cariz social, relativas a habitação, alimentação e higiene. Mesmo com as dificuldades sentidas no actual contexto económico e social as respostas da comunidade vão surgindo e a maior dificuldade que se enfrenta é a socialização dos indivíduos no que respeita a cumprir regras.

As necessidades dos utentes/cuidadores relacionadas com cuidados de saúde são na sua maioria no encaminhamento, de forma a conseguirem responder gradualmente às necessidades/dificuldades sentidas. Estas necessidades podem ser diversas, desde questões simples relacionadas com o cuidar, a outras de maior complexidade como a informação relativa a serviços da comunidade, encaminhamento para o serviço social, articulação com os serviços de referência, (de acordo com situação clínica) hospital de dia de oncologia ou de cuidados paliativos (por exemplo). Estes contatos podem ser suficientes para otimizar a medicação ou programar consultas, medidas que se traduzem em conforto para o utente/cuidador e maior confiança nos cuidados a serem prestados



no domicílio após a alta, assim como a articulação com os recursos de saúde e/ou sociais na comunidade se necessário.

Planeamento da alta segundo a circular informativa n.º.12/DSPCS de 19/04/2004:

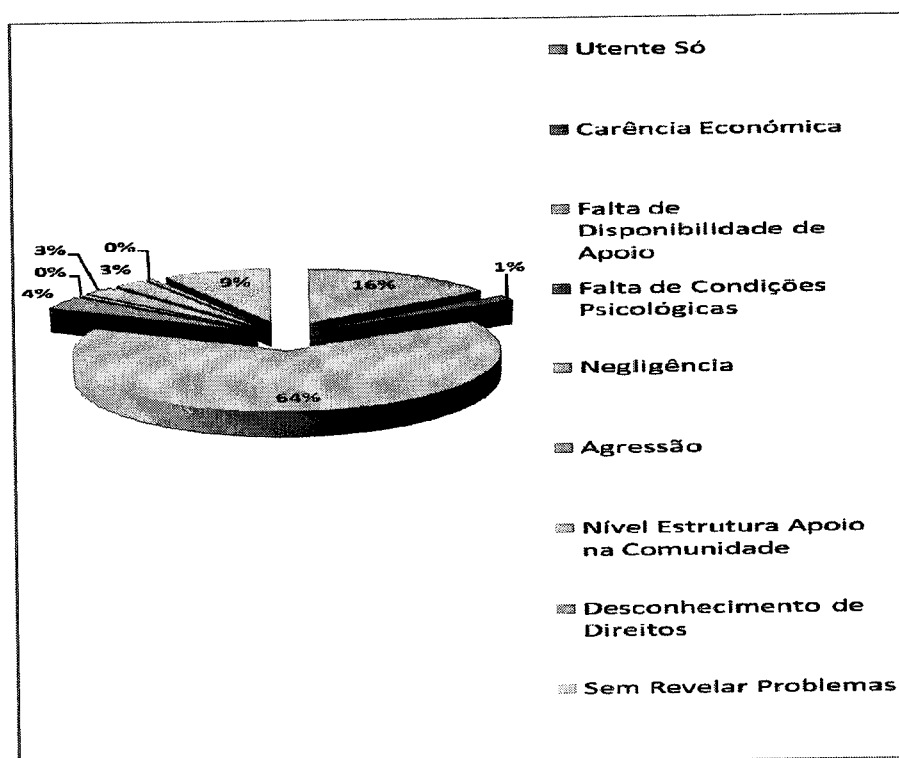
“...é fundamental, não somente para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões, mas também para assegurar o sucesso da reintegração dos doentes e suas famílias na comunidade”

“...é o culminar de um programa da melhor prática clínica e o assegurar que a dependência e o isolamento social do doente no pós-alta hospitalar serão minimizados, sendo maximizada a sua autonomia.”

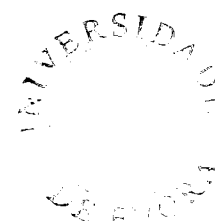
Como implícito na circular informativa o serviço social tem cada vez mais um papel ativo na resolução de problemas das pessoas numa alta eficiente para a continuidade dos cuidados de saúde.

O Serviço Social no SUG apresentou os diagnósticos sociais referentes ao 1º semestre de 2011:

Gráfico I – Diagnósticos sociais no SUG (1º semestre/2011)



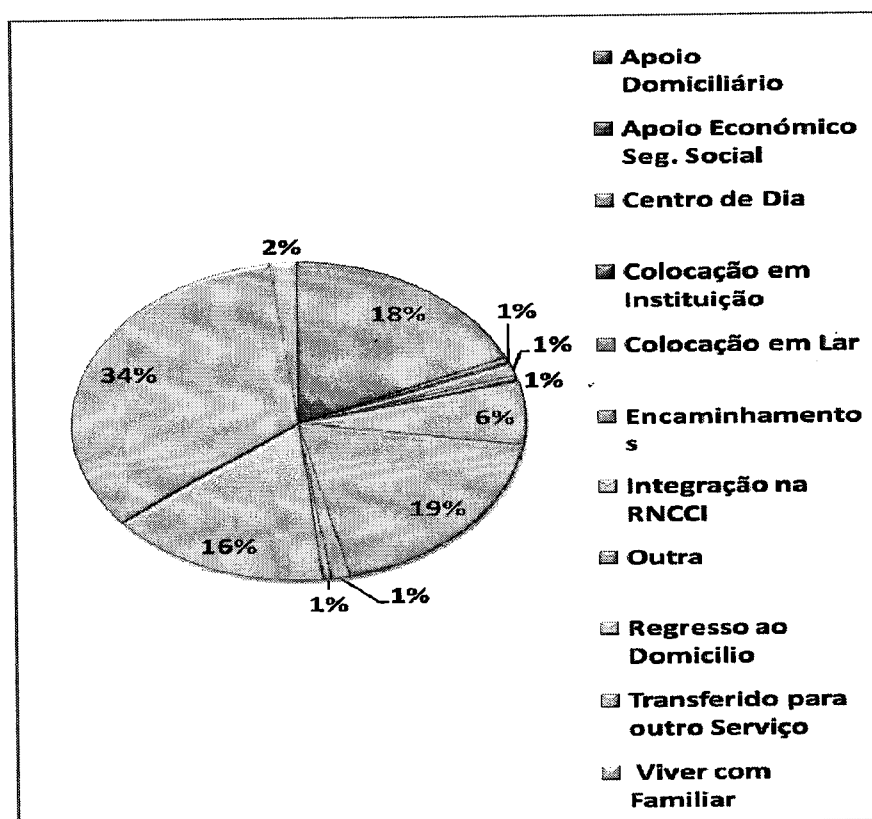
Dados disponibilizados pelo Serviço Social 2012.





Os diagnósticos sociais, foram estabelecidos posteriormente a um trabalho multidisciplinar na sinalização precoce destes utentes como potenciais situações de dificuldade na continuidade dos cuidados. Existe um acompanhamento da equipa multidisciplinar, nomeadamente da permanente equipa de enfermagem na preparação para a alta em conjunto com a família/cuidador, para que a tomada de decisão interdisciplinar permita um encaminhamento que responda às necessidades dos utentes/famílias e cuidadores e que assegure a continuidade dos cuidados. A promoção da autonomia do utente é um desafio no contexto de um serviço de urgência que tem a colaboração particular da enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação e de toda a equipa de enfermagem.

Gráfico II – Encaminhamentos sociais no SUG (1º semestre/2011)



Dados disponibilizados pelo Serviço Social 2012

Os encaminhamentos realizados pelo serviço Social têm a colaboração de toda a equipa multidisciplinar, nomeadamente dos recursos na comunidade na satisfação das necessidades básicas (higiene e alimentação) assim como no âmbito da saúde.

A interligação de ambos os setores de atividade é imprescindível para a continuidade dos cuidados.



3.3 – ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO ALVO

O Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) divulgou um estudo realizado pelo Gabinete do Utente, em Abril de 2012 sobre a sobre a satisfação dos utentes do SUG, os resultados mais significativos foram:

- 50% dos inquiridos em relação à **satisfação global** respondeu “insatisfeito”
- 59% dos inquiridos referem que a informação sobre saúde não é suficiente.
- 51% dos inquiridos foi tratado com cortesia e consideração e 37% respondem que não.
- 44% dos inquiridos considera que a equipa de saúde não demonstrou disponibilidade para os ouvir e 41% respondem que sim.
- 49% dos inquiridos considera que não lhes foi prestada informação sobre a sua situação clínica e tratamento proposto e 37% respondem que sim.

Relativamente às sugestões dos utentes foram evidenciados vários aspetos, salientando-se as relativas à formação dos profissionais.

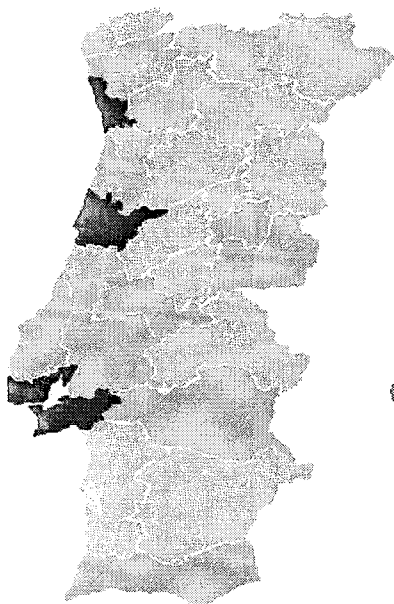
Um estudo realizado este ano pela empresa Deloitte (prestadora de serviços de auditoria, consultoria fiscal), com o título “Saúde em Análise uma Visão para o Futuro” revela que para além dos determinantes da saúde, as características socioeconómicas de uma população também permitem caracterizar aspetos relativos à condição de vida, ou seja, pessoas com rendimentos mais baixos, com menores habilitações ou qualificação tendem a ter uma maior prevalência de problemas de saúde.

Nos mapas publicados no estudo, pode verificar-se que no Concelho de Setúbal a escolaridade obrigatória da população regista-se acima de 40% e o ganho médio mensal é superior a 900euros.



Fig. I

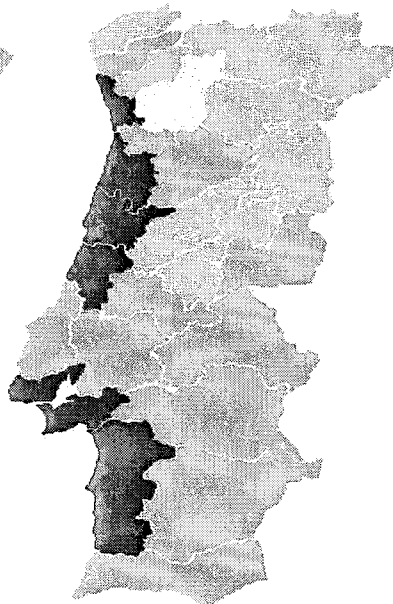
População com escolaridade obrigatória (%)



INE, 2010, dados relativos a 2001

Fig. II

Ganho médio mensal



Ganho médio mensal de trabalhadores por conta de outrem a tempo completo com remuneração completa. INE, 2010 (dados 2008)

20% - 30% 30% - 40%
+ 40%

600€ - 700€ 700€ - 800€
800€ - 900€ + 900€

MARQUES (2011), refere que os motivos para os utentes regressarem ao serviço de urgência, se centram nomeadamente nos problemas que os cuidadores enfrentam no domicílio. Os utentes e cuidadores quando têm alta do serviço de urgência não têm preparação adequada, condições de apoio, nem encaminhamento para os cuidados de saúde primários, recorrendo novamente ao serviço de urgência pelo mesmo motivo de saúde (CHUANG *et al.*, 2005, cita MARQUES, 2011). A autora menciona também dois estudos realizados (ROY *et al.*, 2008, BAUER *et al.*, 2009) em que se afirma que o planeamento da alta para o domicílio é importante para identificar as necessidades dos doentes e cuidadores prevenindo a readmissão, dado que as repetidas hospitalizações dos doentes crónicos representam gastos elevados para o sector da saúde e para a própria economia dos países. Refere também que “40% a 50% das readmissões devem-se a problemas sociais ou perda de apoios dos serviços da comunidade” p. 97. A autora conclui que é indispensável a organização/ estratégia do ponto de vista da prestação de



cuidados que envolva uma equipa multidisciplinar, articulação com apoios sociais, recursos da comunidade e famílias/cuidadores.

OLIVEIRA (2008) aborda a existência dos hiperfrequentadores no serviço de urgência, definindo-o como utentes que procuram mais cuidados do que os outros utilizadores destes serviços. Refere que os estudos que descrevem a epidemiologia das consultas frequentes nos serviços de urgência têm utilizado diversas definições de hiperfrequentadores, que variam entre três a doze atendimentos por ano. O estudo sobre o perfil dos hiperfrequentadores num serviço de urgência de cuidados de proximidade revelou que o hiperfrequentador é um doente idoso com doença médica e necessita de internamento, concluindo que *“ Neste tipo de doente uma boa comunicação e coordenação, entre cuidados primários e secundários, pode proporcionar melhoria na continuidade de cuidados.”*p.553.

O estudo do hiperfrequentador do SUG do Centro Hospitalar de Setúbal está de momento a ser avaliado pela Gestora de Área do Serviço de Urgência.

Foi considerado hiperfrequentador o utilizador dos recursos do serviço de urgência com frequência de 12 ou mais vezes num ano, tendo sido prática em 2011 de 123 utentes.

3.4 – RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO ALVO

O primeiro passo para a realização do recrutamento da população alvo é realizado através do programa ALERT, ou seja no início do turno da manhã, verifico se há altas pendentes de continuidade dos cuidados, do turno anterior, mantendo essa metodologia periodicamente (2h) ao longo do turno.

A informação recolhida na triagem também pode ser suficiente para avançar com entrevista de enfermagem no intuito de perceber se o utente/cuidador usufruem ou necessitam de cuidados complementares de saúde/e ou sociais a curto ou médio prazo. Se não houver informação conclusiva através das triagens, inicia-se um reconhecimento junto dos utentes/cuidadores/familiares.

Noutras situações são os enfermeiros ou médicos da equipa, que dão o alerta para a necessidade de uma intervenção direccionada para as necessidades dos utentes/cuidadores para que no final da avaliação clínica a alta seja efectiva com continuidade dos cuidados.



Todo este processo é moroso e o papel do enfermeiro distingue-se pela forma de atuação quando apresenta disponibilidade em resolver problemas que são na sua maioria do interesse dos utentes/cuidadores. A articulação com os outros membros da equipa multidisciplinar requer tempo para consulta de processos distintos nas suas áreas de actuação. Aqui, o enfermeiro é o elo de ligação de toda a equipa multidisciplinar.

No entanto, dadas as características inerentes ao serviço de urgência, numa situação aguda de maior gravidade clínica o momento adequado para este tipo de abordagem é relegada para segundo plano, devendo aguardar-se pelo *timing* mais apropriado.



4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

A definição dos objetivos determina a natureza do projeto, pois estes são definidos tendo em conta as necessidades encontradas numa determinada população, num contexto específico.

O ambiente do SUG tem características muito próprias por vezes até adversas. Assim, este projeto decorre sob circunstâncias muito diversificadas, pelo que a abordagem tem de ser adequada no tempo e espaço, para se atingirem os objetivos. Habitualmente, o utente/ família/cuidador quando recorre ao SUG pretende obter respostas que por vezes não existem no imediato e que requerem algum tempo de análise, para uma tomada de decisão interdisciplinar exequível e que responda às necessidades dos mesmos, em tempo útil (no próprio dia).

4.1 – OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Os objetivos a alcançar com a realização deste projeto estão relacionadas com o ambiente e com desenrolar das intervenções.

“Os enfermeiros são actores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências.” (SERRANO, 2011 p.15)

A articulação de uma equipa multidisciplinar no desenvolvimento das actividades de forma sistemática, com uma tomada de decisão interdisciplinar em que o ambiente da equipa varia entre contexto comunitário e hospitalar, exige do enfermeiro a capacidade de assimilar ambas as perspectivas e ambos os contextos (de saúde e social).

Desta forma, o enfermeiro líder age como elemento pivô entre comunidade e o SUG, realçando também o seu papel como elemento de referência nas estruturas hospitalares envolvidas no projeto.

Atendendo a que o enfermeiro responsável tem a Especialidade em Enfermagem na área da Saúde Comunitária, é com satisfação pessoal e profissional que coordena estas intervenções, promovendo a continuidade de cuidados.



4.2 – OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO

O objetivo geral foi delineado de forma a abranger também as equipas de enfermagem e médicas sensibilizando-as para a continuidade dos cuidados, e dessa forma constituírem elementos facilitadores no processo.

A importância destas intervenções deve ser considerada por todos, porque o ambiente de imediatismo de determinadas situações clínicas (nomeadamente em reanimação), são para alguns profissionais da equipa (nomeadamente os que têm menor experiência profissional) considerados o foco de toda a atenção das intervenções, em detrimento das que se revestem este projeto.

Objetivo geral:

- Fomentar a Continuidade dos Cuidados de Saúde no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS).

Os objetivos específicos foram delineados tendo em conta o objectivo geral anteriormente traçado:

- Identificar as estruturas da instituição hospitalar que favorecem a continuidade dos cuidados;**
- Identificar as estruturas da comunidade, governamentais ou não governamentais, que podem assegurar a continuidade dos cuidados.**

Estes objetivos são determinantes para a consecução do projeto, pois é através da identificação destas estruturas (intra e extra-hospitalares), que posteriormente se conseguirá estabelecer as parcerias.

- Informar utente/ cuidadores das estruturas existentes de que pode usufruir.

Os utentes e cuidadores ao terem conhecimento que as estruturas na comunidade e na instituição hospitalar, estão disponíveis para apoiá-los no processo de continuidade dos cuidados, ficam mais recetivos à comunicação (estabelece-se parceria com o utente/família/cuidador). Por outro lado, o utente e família adquirem ferramentas que podem vir a ser úteis na continuidade dos cuidados.



- Articular competências com a equipa multidisciplinar com vista à continuidade dos cuidados.

É com a concretização deste objetivo que a continuidade dos cuidados pode estar assegurada, e consequentemente a melhoria da qualidade de vida do utente/ família/ cuidador.

A continuidade de cuidados resulta num trabalho multidisciplinar que tem a mesma finalidade, ou seja de integração do utente/família/cuidador na prestação de cuidados, usufruindo de cuidados de saúde ou sociais. Essa mesma equipa de saúde otimiza os cuidados de saúde transmitindo confiança, e segurança no utente/família/cuidador, de forma a suprimir algumas necessidades e atenuar dificuldades no retorno e manutenção do utente no domicílio.



5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Este projeto de continuidade dos cuidados desenvolveu-se num ambiente de cuidados diferenciados urgentes, pois como já foi referido, existe um recurso excessivo das populações a estes serviços, grande parte das vezes por desconhecimento e/ou falta de respostas na comunidade. Desta forma são nas mais diversificadas situações que os utentes recorrem ao SUG, com situações de saúde/sociais que se relacionam em grande parte com a continuidade e manutenção dos cuidados.

Por outro lado, os hospitais atualmente não estão preparados para dar resposta à crescente necessidade de cuidados aos utentes com doença crónica.

A limitação de espaço, vagas e custos de internamento determina um regresso precoce ao domicílio, o que sujeita a família a retroceder à tendência da desresponsabilização e afastamento no processo de cuidar.

LOURO (2009) refere que cuidar de um familiar com dependência levanta uma inquietação natural nos cuidadores relativamente à capacidade da prestação dos cuidados. As estruturas familiares nos últimos anos têm tido muitas transformações: o aumento da distância geográfica entre os elementos da família, dado o contexto de trabalho e desafios profissionais, a crescente participação da mulher no mercado do trabalho, o aumento generalizado do número de divórcios e o desemprego, são fatores que condicionam o cuidar no domicílio.

A prática do enfermeiro centra-se sobretudo na pessoa inserida numa família e integrada em determinado contexto ambiental e social.

A evidência de cuidados de enfermagem dirigidos às famílias advém ao longo da evolução, desde Nightingale que existiam práticas dirigidas às famílias e no contexto onde estavam inseridas.

A família/cuidador é um parceiro insubstituível na continuidade dos cuidados personalizados ao utente no domicílio. O utente regressa ao domicílio com alteração do padrão das actividades de vida, para além de toda a envolvência dos aspectos clínicos, sociais e psicológicos inerentes à situação de doença. É a família/cuidador que é preciso munir de condições para a continuidade da prestação de cuidados que necessitam de supervisão de profissionais de saúde multidisciplinares, objetivo é melhorar a qualidade de vida dos diretamente envolvidos.



A mudança dos cuidados de saúde hospitalares para o domicílio é uma realidade que gera na família dificuldades, para as quais esta não se encontra preparada. O enfermeiro tem um papel fundamental nesta área, informando-a, apoiando-a e capacitando-a para o cuidar, ajudando a construir uma rede prestadora de cuidados na qual o hospital, o familiar/cuidador e os cuidados de saúde primários são parte integrante, assumindo todos, igual co-responsabilidade neste processo terapêutico (BERTA 2005).

O utente ao ter alta do SUG, deve ter a situação clínica o mais otimizada possível, para que a família/cuidador seja um parceiro confiante nos profissionais de saúde e nas estruturas de saúde e sociais. A equipa multidisciplinar do SUG está disponível para colaborar em qualquer situação que ponha em causa a continuidade dos cuidados no domicílio, pois tem consciência que os utentes que usufruem da articulação dos cuidados de saúde primários e diferenciados e assim têm acesso a cuidados de saúde mais humanizados e personalizados.

As hospitalizações prolongadas ou as institucionalizações representam para o utente uma mudança significativa no seu modo de vida e uma ruptura com o seu mundo de pertença. Por razões de racionalização de recursos mas também, e fundamentalmente, por razões de qualidade e bem-estar da pessoa dependente, será continuamente estimulado cuidar de um familiar com dependência no ambiente em que está inserido (LOURO, 2009).

O grau de dependência do utente, a falta de apoio da rede formal aumenta a sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores/famílias. O papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária neste projeto não é muito diferente dos contextos comunitários, pois também exerce uma prática de complementaridade com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados. Exige uma identificação das necessidades dos indivíduos/famílias e estabelece as articulações necessárias, sendo a população alvo da área de influência do Centro Hospitalar de Setúbal.

5.1 – FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

De acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007), as doenças cardiovasculares, cérebro vasculares, neurológicas, tumores malignos, fracturas e infeção por VIH (Vírus Imunodeficiência Humana), são o grupo de patologias que, para além de representarem



as principais causas de morte em Portugal, resultam frequentemente numa perda de autonomia para a pessoa doente, de forma permanente e prolongada, provocando situações de dependência de cuidados de saúde e sociais.

Nas situações de saúde agudas em que as respostas estão temporariamente nos cuidados diferenciados, os utentes/família/cuidadores são informados e encaminhados após a alta para as unidades de saúde das áreas de residência, para procederem á realização de consultas de enfermagem e médicas. São incentivados os cuidados de saúde primários como local privilegiado para vigilância e prevenção da doença, assim como promoção e manutenção da saúde.

Quando o utente necessitado de cuidados de saúde/sociais, não pode permanecer no domicílio de forma a garantir a continuidade dos cuidados, a equipa multidisciplinar avalia de forma autónoma cada indivíduo/família e, posteriormente, é tomada uma decisão interdisciplinar. Se possível, em conjunto com a família, decide-se o encaminhamento do utente, nomeadamente através dos recursos na comunidade em unidade de dia/ambulatório com acompanhamento terapêutico, ou em regime de internamento.

Com o D.L nº 101/2006, de 6 de Junho, surge a Rede de Cuidados Continuados Integrados que oferece cuidados multidisciplinares integrados, e que são resposta a inúmeros problemas dos cuidadores/ famílias, para a prestação de cuidados do utente com dependência, quer temporária, quer prolongada. Promove a recuperação através de reabilitação, readaptação e reinserção social, familiar e laboral do utente, pretendendo-se reduzir o número de idas ao serviço de urgência, promovendo uma adaptação dos recursos, humanização e coordenação dos diferentes níveis de cuidados.

A Rede de Cuidados Continuados Integrados é um modelo organizacional conjunto com os Ministérios do Trabalho, Solidariedade Social e Saúde, formado por instituições públicas e privadas. A rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e ou apoio social e de cuidados e acções paliativas. Os cuidados têm origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais de segurança social, a rede solidária e as autarquias locais.

As unidades de internamento estão implementadas ao longo de todo o território nacional, nas tipologias: Unidades de Convalescença, Unidades de média duração e reabilitação, Unidade de longa duração e Manutenção, Unidades de Cuidados Paliativos.



Em ambulatório existem as Unidades de Dia e Promoção da Autonomia, que prestam cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para ser cuidadas no domicílio (n.º 1 do art. 21.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

As respostas domiciliárias são (n.º 1 do art. 27.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho), as Equipas de cuidados Continuados Integrados (ECCI), constituído por uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, que presta serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio.

As Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos prestam apoio e aconselhamento diferenciados em cuidados paliativos (n.º 1 do art. 29.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho)

Relativamente aos casos que exigem maior esforço de intervenção e apoio destaca-se as situações de violência doméstica. De facto, violência doméstica não é um fenómeno social novo, nem um problema exclusivamente nacional que durante muitos anos permaneceu silenciado, como tal de grande complexidade pois trata-se da vida de indivíduos.

As entidades políticas, desde há algum tempo, têm vindo a manifestar preocupação com esta problemática com uma política de consolidação à prevenção e combate à violência doméstica, através da promoção de uma cultura para a cidadania e para a igualdade, do reforço de campanhas de informação e de formação, e do apoio e acolhimento das vítimas numa lógica de reinserção e autonomia. No entanto foram as organizações não-governamentais pioneiras na mobilização de estruturas de apoio a mulheres vítimas de violência doméstica, nomeadamente nas primeiras casas de abrigo e nos primeiros Núcleos e Gabinetes de Atendimento a Vítimas de Violência Doméstica no ano 2000.

No âmbito IV PNCVD (Plano nacional contra a violência doméstica) 2011-2013, o conceito de *violência doméstica* abrange todos os actos de violência física, psicológica e sexual, perpetrados contra pessoas independentemente do sexo e da idade, cuja vitimação ocorra em consonância com o conteúdo do artigo 152.º do Código Penal. O conceito foi alargado a ex-cônjuges e a pessoas de outro ou do mesmo sexo com quem a vítima mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem co-habitação.



A complexidade do fenómeno da violência doméstica exige um aprofundamento do seu conhecimento e da sua monitorização, ao nível da compreensão das suas dimensões estruturais, nomeadamente as que se relacionam com a resistência à mudança.

O serviço de urgência é lugar privilegiado de utentes vítimas de violência (física ou sexual) em que é necessário promover a continuidade dos cuidados tendo em conta os aspetos legais, para além das questões da integridade física e emocional. Mais uma vez a família/ cuidador ao estar presente tem um papel fundamental na colaboração dos cuidados de saúde e outros, no caso de o utente se encontrar só, e não dispor de familiares/ cuidador é necessário que a equipa desenvolva uma resposta interdisciplinar atempada às necessidades do utente em questão (alojamento, cuidados básicos de higiene e alimentação). As articulações com os recursos na comunidade (Linha de emergência de saúde pública, departamento médico-legal, e ONG) nestas circunstâncias são muito importantes na obtenção de respostas adequadas, às situações mais complexas.

Também os utentes sem abrigo recorrem com frequência aos SU é um grupo que enquadra a população alvo deste projeto, pois é seguramente necessário uma continuidade dos cuidados, predominantemente de cariz social.

Segundo o presidente do Instituto da Segurança Social (ISS), no ano 2010 procedeu-se ao recenseamento de cerca de três mil sem abrigo, numa operação conjunta com Instituições particulares de solidariedade social (IPSS)

As instituições de solidariedade social são as entidades que prestam maior apoio, a este grupo de pessoas, nomeadamente na satisfação de necessidades básicas como a alimentação, o vestuário e a higiene diária. No entanto, a resposta /apoio a nível estrutural, como o acesso a uma habitação, a inserção profissional, a formação, os programas ocupacionais e a resolução de problemas de saúde, é mais difícil.

A maior parte destas pessoas entra num ciclo vicioso de exclusão social. A degradação das condições físicas e mentais são entraves à inserção profissional, e simultaneamente inibidoras da procura de trabalho.

A abrangência deste fenómeno não se esgota nas suas manifestações mais extremas, apenas se pode combater eficazmente se for possível conhecer e intervir sobre as suas diversas e complexas etapas, bem como sobre os mecanismos que, a montante ou a jusante, desencadeiam (ou evitam), perpetuam (ou revertem) estas trajetórias de exclusão.



Desta forma surgiu a necessidade de definir uma Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem Abrigo (2009-2015) que decorre do reconhecimento da complexidade do fenómeno e da falta de articulação entre as diferentes respostas, reflecte-se nas medidas adoptadas, que procuram não se basear numa visão redutora do problema, mas abranger a sua multidimensionalidade e responder aos diferentes tipos de causas, de ordem estrutural, conjuntural, socioeconómica, pessoal e institucional. Pretende consensualizar um tipo de resposta que potencie os recursos existentes, públicos e privados, evitando a duplicação e sobreposição dos esforços e possíveis efeitos perversos, nomeadamente de manutenção e persistência do fenómeno.

Sendo necessário que a resposta fosse dirigida a um alvo bem definido, e passível de operacionalização, o conceito de pessoa sem-abrigo que vigora diante no âmbito de implementação da estratégia é o seguinte:

“Considera-se pessoa sem-abrigo, aquela que, independentemente da sua nacionalidade, idade, sexo, condição sócio-económica e condição de saúde física e mental, se encontre:

- *sem tecto – vivendo no espaço público, alojada em abrigo de emergência ou com paradeiro em local precário;*
- *sem casa – encontrando-se em alojamento temporário destinado para o efeito.”*

p. 7

A estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem Abrigo (2009-2015) visa a criação de condições para que ninguém tenha de permanecer na rua por falta de alternativas, e, sobretudo, assegurar a existência de condições que garantam a promoção da autonomia através da mobilização de todos os recursos disponíveis de acordo com o diagnóstico e as necessidades individuais, com vista ao exercício pleno da cidadania.

Estes utentes sem abrigo quando entram no serviço de urgência foram habitualmente encontrados na via pública com ou sem alterações do estado de consciência, apresentam lesões de descontinuidade na pele, estado de higiene deficiente, e desnutrição. São prestados os cuidados de saúde inerentes à situação que apresenta e no caso de alta em conjunto com o serviço social, tenta-se encontrar um encaminhamento para o utente de acordo com as suas necessidades. As necessidades de saúde são na sua maioria de cumprimento e gestão terapêutica, dada a deterioração mental e física, assim como a coexistência de doenças infecciosas.

A garantia da continuidade dos cuidados a estes elementos da população não tem o mesmo impacto que a outros grupos alvos deste projeto, pois sinalizar e encaminhar é



apenas o início de um caminho que passa pela monitorização e acompanhamento para a re-inserção social. Os sem abrigo são pessoas com características próprias e inerentes ao “ser” e “estar” o que não facilita a relação terapêutica, mas leva-nos enquanto profissionais de saúde a intervir na comunidade enquanto agentes socialmente responsáveis e activos na procura e implementação de soluções que garantam às populações o acesso a condições de vida condignas, ao bem-estar e a cuidados de saúde adequados às suas necessidades individuais e sociais.

Desta forma surgiu o NIPSA em 2010 – Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem Abrigo de Setúbal que tem como missão implementar a Estratégia Nacional para a Integração de Pessoas Sem Abrigo, a nível local, assegurando os mecanismos que permitem dar continuidade e sustentabilidade aos resultados e impactos, em estreita relação com o conselho local de acção social da rede social de Setúbal. No NIPSA constituíram-se as seguintes parcerias (10 de Janeiro de 2010): Agrupamentos dos Centros de Saúde de Setúbal e Palmela, Associação C.A.S.A – Delegação de Setúbal, Câmara Municipal de Setúbal, Cáritas Diocesanas de Setúbal, Centro Hospitalar de Setúbal, Cruz Vermelha Portuguesa – Delegação de Setúbal, Direcção Geral de Reinserção Social – Equipa de Setúbal 1, Instituto de Emprego e Formação Profissional – Centro de Emprego de Setúbal, Instituto da Droga e Toxicodependência – CRI da Península de Setúbal, Instituto da Segurança Social – Centro Distrital de Setúbal, Polícia de Segurança Pública – Divisão Policial de Setúbal, Rede Europeia Anti-pobreza/Portugal.

Uma das entidades mais experientes na problemática dos sem-abrigo na cidade de Setúbal é a Caritas Diocesana de Setúbal, que alberga 18 indivíduos em alojamento temporário idealmente por 6 meses, mas que se prologam por muitos meses ou anos.

5.2 - METODOLOGIAS

As metodologias utilizadas na realização deste projeto basearam-se no objetivo último do sistema de saúde: a satisfação das necessidades de saúde dos cidadãos, o que engloba indubitavelmente a família/cuidadores. Assim sendo assumiram-se intervenções de enfermagem centradas no utente/famílias/cuidadores, destacando-se a família como elo principal da relação humanizada, personalizada e dignificante da pessoa, em qualquer fase do ciclo de vida em que esta se encontre.



Ao longo da história, tem-se dado pouca atenção às necessidades da família enquanto cuidadora. A maioria dos cuidados de saúde, é prestada pela família/cuidadores e estes desempenham um papel fundamental na garantia da continuidade dos cuidados, na medida em que contribuem em grande parte para fazer face à carência dos sistemas de protecção social e de saúde. BERTA AUGUSTO ET AL (2005)

A continuidade dos cuidados pode representar sem dúvida, uma diminuição de custos pessoais, sociais e económicos quer para o utente, quer para a família/cuidadores e sociedade, na prevenção de complicações e internamentos recorrentes. LOURO (2009) Assim, o envolvimento da família/cuidadores no projecto terapêutico do utente, constitui uma ferramenta imprescindível para otimizar a capacidade da família para o cuidar e para, simultaneamente, preservar a sua vida familiar e garantir cuidados mais personalizados ao utente.

BERTA AUGUSTO ET AL (2005) salienta que são inegáveis as virtualidades da família, quer se tenha presente o seu valor institucional, quer a sua missão humana e social e as suas múltiplas responsabilidades.

Face as repercussões da doença, deve de haver um cuidado integral à família, tendo em conta todas as necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais. Neste contexto, é necessário considerarmos a família como a instituição fundamental na vida das pessoas e da sociedade, uma vez que o bem-estar desta, enquanto prestadora de cuidados irá reflectir-se no bem-estar daqueles que os recebem.

Contudo, para STHANHOPE e LANCASTER (1999) os referidos cuidadores informais no âmbito do seu desempenho são muitas vezes influenciados por factores externos como a atividade profissional, condições socioeconómicas, o que leva a que algumas das funções entendidas como exclusivamente familiares sejam hoje desempenhadas pelos serviços sociais e de saúde. Os profissionais de saúde face ao trabalho desenvolvido para a promoção da continuidade dos cuidados focalizam a atenção preferencialmente na família/cuidadores como alvo de cuidados e parceira do cuidar.

Na realidade, segundo a opinião de HESBEEN (2000) *"os cuidados de Enfermagem não serão mais do que a atenção particular prestada pelo Enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares, com o objectivo de os ajudar numa situação específica, utilizando as suas competências e qualidades enquanto profissional de Enfermagem, para concretizar essa ajuda".p.67*



Os cuidadores/família/utente são dessa forma objeto de avaliação às necessidades globais, na resolução de problemas sociais e de saúde, envolvendo uma equipa multidisciplinar. A tomada de decisão interdisciplinar, beneficia das capacidades e potencialidades individuais das disciplinas. A equipa desenvolve um trabalho conjunto, decidido, planeado e organizado em prol de um objetivo comum que é a promoção da continuidade dos cuidados.

LOURO (2009), refere que uma comunicação efetiva entre os membros da equipa interdisciplinar, utente/ família/cuidadores, permite avaliar com mais precisão as necessidades sentidas, sejam de equipamentos materiais ou sociais/saúde.

Assim surge a continuidade dos cuidados intersectoriais, quer seja dentro da instituição hospitalar quer seja na ligação com a comunidade. O estabelecimento de parcerias foi outro método que facilitou a continuidade dos cuidados nomeadamente nas estruturas da comunidade e serviço comunitário de proximidade – *“estrutura funcional criada através de parceria formal entre instituições locais de saúde, de segurança social e outras comunitárias para colaboração na prestação de cuidados continuados integrados, constituído pelas unidades de saúde familiar, ou enquanto estas não existirem, pelo próprio centro de saúde, pelos serviços locais de segurança social, pelas autarquias locais e por outros serviços públicos sociais e privados de apoio comunitário que a ele queiram aderir”*. (DECRETO -LEI nº 101/2006)

A ligação com as entidades da rede comunitária de proximidade também foi sendo progressivamente mais facilitada com a comunicação e diversidade de problemas que foram surgindo.

A família/cuidador é uma parceira de relevo destacando-se pela sua relação direta com o bem-estar, e satisfação no cuidar do utente, promovendo a continuidade dos cuidados.

Na concretização deste projeto houve a preocupação para que o utente/família/cuidador regressa-se ao domicílio com a situação de saúde/social orientada com vista a continuidade dos cuidados.

A articulação com as instituições na comunidade é indispensável, pois assume nos dias de hoje maior complexidade e importância, na satisfação das necessidades e continuidade dos cuidados ao utente/família/cuidador.



5.3 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS/RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

As estratégias são ações que têm como finalidade a concretização dos objetivos.

O tema deste projeto incidiu por grupos alvos vulneráveis que apesar de serem distintos, e das suas especificidades, têm em comum a continuidade dos cuidados, um aspeto fundamental dada a cronicidade e complexidade dos problemas de saúde e sociais.

As respostas para as necessidades dos cuidados foram encontradas na comunidade, quer intra-hospitalar quer extra-hospitalar, nomeadamente na rede comunitária de proximidade de cuidados.

Este projeto foi inicialmente analisado com a enfermeira chefe do serviço, tendo-se realizado reuniões (22/03/10, e 05/04/2010). Posteriormente, e em concordância com a Enf.^a Chefe do serviço, foi solicitado à Sr.^a Enf.^a. Diretora e por conseguinte ao Conselho de Administração, a autorização para realizar o mesmo.

Como já foi referido, as intervenções propostas são inovadoras, principalmente neste contexto (cuidados hospitalares de urgência), e naturalmente surgiu a necessidade de sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância da continuidade dos cuidados.

Num primeiro momento, foi apresentado o projeto e os objetivos a alcançar aos enfermeiros chefes de equipa, que por sua vez os divulgaram junto dos restantes elementos. Numa fase seguinte, a enfermeira chefe informou todos os chefes das equipas médicas, pedindo-lhes que divulgassem o projeto junto do restante corpo clínico.

As estratégias que de seguida se apresentam estão relacionadas com os objetivos específicos propostos e que permitiram dar seguimento ao projeto:

Objetivo 1: *Identificar as estruturas da comunidade, governamentais ou não governamentais, que podem assegurar a continuidade dos cuidados*

Estratégia: Estabelecimento de parcerias na e com a comunidade



**Calendarização das atividades desenvolvidas:
Estabelecimento de parcerias na e com a comunidade**

QUADRO II

REUNIÕES	maio/2010	junho/2010		maio/2011	novembro/2011
Semanas (seg a sex.)	17/05 a 21/05	7/06 a 11/06	21/06 a 25/06	23/05 a 27/05	07/11 a 11/11
Reunião na Cáritas Diocesanas					
Conselho Clínico do ACS de Setúbal e Palmela					
Desafio Jovem					
Workshop “Pessoas sem abrigo em Setúbal - Tecer a Mudança”					

O principal parceiro na comunidade da área da saúde é o Agrupamento dos Centros de Saúde (ACS) de Setúbal e Palmela que para além das (UCSP) Unidades de Cuidados de Saúde Personalizadas, Unidades de Saúde Familiar (USF), inclui também as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

Nas reuniões realizadas com o Conselho Clínico do ACS de Setúbal e Palmela (2) existiu sempre uma grande abertura para estabelecer parcerias neste projeto, pois os objetivos são comuns, com benefícios quer para os utentes, quer para ambos os serviços de saúde. Nestes primeiros passos para a continuidade dos cuidados, em contexto de urgência, os cuidados de saúde primários e SUG devem estar em sintonia, pois são um suporte de saúde fundamental para o utente /família/cuidador. Na troca de ideias partilhadas, durante a realização da primeira reunião, alcançou-se um compromisso de colaboração mútua na continuidade dos cuidados aos utentes/família/cuidador. Numa segunda reunião, foi dado ênfase às diferentes formas de estabelecer e agilizar os contatos, nomeadamente a utilização da Ficha de Ligação Multidisciplinar (anexo 1), de forma a tornar mais céleres as intervenções. Estas reuniões tiveram a duração de mais ou menos 2 horas cada.

A Instituição Caritas Diocesanas de Setúbal é o suporte social mais importante da região no apoio aos indivíduos sem-abrigo. Esta parceria com a Caritas tornou-se determinante para resolução de problemas relacionados com os utentes sem-abrigo que necessitam da continuidade dos cuidados no que respeita a um local para dormir (alojamento) e



realização das principais refeições. A instituição responsabiliza-se também pela supervisão das tomas de medicação, e pelo acompanhamento nas consultas médicas. A valência deste projeto da Caritas denominou-se “Tornar a ser” destina-se a apoiar as pessoas sem-abrigo e existe desde 2002, também com formalização de parceiros através de um protocolo que tem como objetivo: o apoio e acompanhamento das iniciativas junto da população sem-abrigo. A reunião com Dr.^a Isabel Monteiro teve a duração de 1 hora.

Em Novembro de 2011, a convite dos órgãos de gestão do SUG participei no *workshop* “Pessoas sem abrigo em Setúbal: Tecer a Mudança”, realizado pelo Núcleo de Planeamento e Intervenção sem Abrigo de Setúbal (NIPSA), na Casa Baía em Setúbal. Tive a oportunidade de conhecer o funcionamento do núcleo, e perceber a dificuldade que existe na relação entre o SUG e o mesmo em se operacionalizarem para o mesmo objetivo comum: a prevenção e reabilitação dos sem-abrigo. As questões sociais estão intimamente relacionadas com os problemas de saúde e vice-versa. Além disso, a divisão de responsabilidade e custos ministeriais constitui uma barreira a ser ultrapassada. O Centro Hospitalar de Setúbal é um dos parceiros do NIPSA (Núcleo de Planeamento e Intervenção sem Abrigo de Setúbal), e o SUG, em particular pelas suas características, tem responsabilidades acrescidas de sinalizar utentes em risco para que estes não se tornem pessoas sem-abrigo, e/ou hiperfrequentadores do serviço de urgência. Esta parceria tornou-se uma ferramenta imprescindível para prevenir as referidas situações. Durante este *workshop* foi apresentada uma Ficha de Sinalização do NPISA (anexo 2) de potenciais utentes ou pessoas sem-abrigo, aos parceiros e entidades comunitárias, que tem como principal objetivo sinalizar o indivíduo para que este possa ser precocemente identificado e referenciado para um processo de re-integração social pelo NIPSA. A ficha de sinalização é uma ferramenta a ser utilizada na continuidade dos cuidados, mas que ainda não está disponível no Centro Hospitalar de Setúbal, a assistente social do SUG foi o elemento designado para a introduzir e apresentar à restante equipa de saúde logo que possível.

O *Workshop* iniciou-se cerca das 10h da manhã e terminou às 17.30, com intervalo de hora e meia para almoço.

Formou-se facilmente uma empatia com todos os participantes, desde as assistentes operacionais dos cuidados domiciliários das instituições presentes aos responsáveis das mesmas, e salientou-se a importância de um elemento no SUG que funciona como elo



de ligação. Apesar da comunicação se estabelecer em grande parte através de assistentes sociais, as questões de saúde são operacionalizadas com o enfermeiro que age como elemento pivô com toda a equipa promovendo a continuidade dos cuidados aos utentes.

O Gabinete médico-legal apesar de ser uma estrutura a funcionar nas instalações do Centro Hospitalar de Setúbal, não foi fator facilitador na relação/comunicação. Não se encontrou a abertura que se esperava quer pela proximidade do local de trabalho, quer pela cumplicidade de atuação com utentes com necessidades comuns. Tive acesso às informações de situações específicas circunscritas ao encaminhamento dos utentes/família/cuidadores através da assistente técnica do gabinete. Dada a situação, comuniquei ao Diretor do Serviço de Urgência que seria uma mais-valia haver uma comunicação e relacionamento mais estreito com o gabinete médico-legal. Este ficou de estabelecer um contato formal, para que tal viesse a ocorrer. O contato com o departamento demorou, mais ou menos, 15 minutos.

Através da assistente social do SUG que lida diariamente com as problemáticas sociais dos utentes/família/cuidadores que estão no serviço, tive conhecimento da existência da instituição Desafio Jovem. Por sugestão da Enfermeira Chefe do SUG compareci no dia 21/06/2010, a uma sessão de carácter informativo na sala de sessões do Centro Hospitalar de Setúbal (Hospital de S. Bernardo), sobre as atividades desenvolvidas pelo Desafio Jovem.

Esta instituição privada de base religiosa (igreja evangélica) tem parceria com o IDT (Instituto da Droga e Toxicod dependência), e baseia a sua intervenção na Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD). Consiste num modelo próprio de intervenção à problemática do consumo de substâncias psicoativas, e pressupõe a redução do próprio consumo e o impacto a nível individual e na sociedade (redução dos riscos e sequelas). Tem uma comunidade terapêutica e equipas de ruas, de forma atingir o objetivo máximo de recuperação dos indivíduos dependentes de substâncias aditivas. Os contatos foram trocados de forma a poder haver interação com os utentes em comum privilegiando a continuidade dos cuidados. O Desafio Jovem também conta com parcerias, nomeadamente com a rede comunitária de proximidade de cuidados.

Esta formação teve duração de 7 horas.



✓ Recursos

No que se refere aos recursos os materiais, foram essencialmente os meios utilizados para se estabelecer a comunicação, a deslocação, e o local em que ocorreram os acontecimentos (salas). Quanto aos recursos humanos, consistiram nos elementos intervenientes, para se concretizarem as atividades descritas.

Materiais:

- Casa Baia – Setúbal (sala de sessões);
- Sala de reuniões do SUG;
- Gabinete da diretora das CARITAS;
- Sala de reuniões do ACS de Setúbal (Vale do Cobro);
- Sala de Sessões do Centro Hospitalar de Setúbal (Hospital de S. Bernardo);
- Sala de atendimento do Gabinete Médico-Legal;
- Meio de transporte próprio;
- Telefone, Telemóvel;
- Computador, impressora, papel.

Humanos:

- Enfermeira responsável pelo projeto
- Diretor do Serviço de Urgência
- Enfermeira Chefe do Serviço de urgência
- Conselho Clínico do ACS de Setúbal e Palmela
- Diretora das Caritas Diocesanas
- Elementos da equipa multidisciplinar do NIPSA
- Elementos da Equipa multidisciplinar Desafio Jovem
- Assistente Social



✓ Avaliação

Apesar de ser importante um relacionamento disponível com os parceiros com que trabalhamos, sempre dispus das respostas necessárias para encaminhar os utentes de forma a promover a continuidade dos cuidados. As várias perspetivas de temáticas complexas, que influem na saúde e nas condições de vida das pessoas, são foco de interesse dos profissionais multidisciplinares que partilham a situação com autonomia, por vezes com diferentes formas de estar, mas com um objetivo em comum.

Obtive uma visão alargada da contribuição social e de saúde das instituições existentes na comunidade, e considero um privilégio participar com este projeto numa rede de cuidados de continuidade que são essenciais aos utentes/famílias/cuidadores.

As intervenções de enfermagem vão mais ao encontro das necessidades das pessoas/família e cuidadores quando se tem conhecimento das realidades que ultrapassam o ambiente hospitalar, e que habitualmente os profissionais de saúde desconhecem.

Esta estratégia superou as minhas expectativas pois desconhecia que existia uma rede comunitária de proximidade de cuidados organizada, que vários organismos integram essa mesma rede e que o papel multidisciplinar é imprescindível para o sucesso alcançado.

Os cuidados aos utentes com vulnerabilidade em contexto comunitário implicam atuações a vários níveis de prevenção que podem e devem ser prestados nos cuidados diferenciados ou outros. Considero que estas intervenções devem ser encaradas como impulsionadoras de mudança de atitudes e comportamentais a adotar pelas equipas multidisciplinares que integram os serviços de urgência.

OLIVEIRA (2008), refere que o serviço de urgência é para muitos utentes a principal fonte de assistência médica e geralmente necessitam de outro tipo de cuidados. Esta prestação de cuidados de saúde no serviço de urgência não se coaduna com a sua missão, ou seja, na emergência da doença aguda e ou traumática. Desta forma, os utentes dependentes deste serviço para cuidados crónicos ou outros, estão menos propensos a receber tratamento adequado.

O autor afirma também que, uma parceria entre cuidados primários e o serviço de urgência beneficia este tipo de doentes, a equipa de saúde que conhece bem o utente, com acesso ao seu processo clínico facilita a gestão da complexidade dos seus



problemas e melhora a continuidade dos cuidados. A comunicação entre os prestadores de cuidados é uma componente essencial.

Também a autora CUNHA (1999), assegura que a articulação entre os cuidados de saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários está num novo "patamar", na medida em que cada vez mais apela a uma intervenção holística e global que privilegia a prevenção da doença e a promoção da saúde. Esta articulação permite um trabalho em equipa multidisciplinar através de esforços organizados, utilizam as qualidades individuais, competências e experiências no sentido de prestar cuidados de saúde de qualidade ao indivíduo, família e comunidade.

Considero que todas as parcerias que nos propusemos constituir foram constituídas.

Ressalte-se, no entanto, que nem todas as instituições parceiras colaboraram com o mesmo grau de envolvimento. Esta situação deveu-se essencialmente, aos apoios solicitados e capacidade de resposta oferecida face a cada caso, em que eram chamadas a participar. Para avaliar o funcionamento das parcerias na comunidade, foi elaborado um questionário de avaliação (anexo 3)

Objetivo 2: *Identificar as estruturas da instituição hospitalar que favorecem a continuidade dos cuidados.*

Estratégia: Estabelecimento de parcerias no Centro Hospitalar de Setúbal



**Calendarização das atividades desenvolvidas:
Estabelecimento de parcerias no Centro Hospitalar de Setúbal**

QUADRO III

REUNIÕES	maio/junho 2010			setembro 2010	
	Semanas (seg. a sex.) 17/05 a 21/05	31/05 a 04/06	21/06 a 25/06	06/09 a 10/09	13/09 a 17/09
Enfermeira do Hospital de Dia Neurologia					
Assistente Social / Serviço Social					
Enfermeira da EGA (Equipa de Gestão de Altas)					
Enfermeira Unidade da Dor					
Enfermeira Chefe do Hospital de Dia de Oncologia.					
Enfermeira da Consulta de Paliativos					
Enfermeira Chefe do Hospital de Dia de Medicina					

Os serviços inicialmente identificados como possíveis parceiros, foram todos aqueles que tinham contacto com o exterior (hospitais de dia/consultas externas), potenciais facilitadores no encaminhamento dos utentes, de forma a promover a continuidade dos cuidados.

No decorrer do projeto pude verificar que as necessidades dos utentes que frequentam o SUG, não se relacionavam com o encaminhamento para os hospitais de dia ou consultas externas hospitalares. Os utentes que recorrem à urgência sem ser por uma causa aguda, (doença ou traumática), habitualmente são motivados pelo ambiente em que estão inseridos, baixas condições socioeconómicas e incumprimento terapêutico, não comparência nas consultas e ou carências e dificuldades na família/cuidador.

No Hospital de Dia do serviço de Medicina e de Neurologia, fiz a divulgação do projeto e estabeleceu-se uma boa relação de trabalho, mas em termos de continuidade de cuidados não são serviços que respondam às necessidades apresentadas pelos utentes que frequentam o SUG, pelos motivos referidos anteriormente.



✓ Recursos

Foi utilizado o tempo do horário de trabalho para realizar as reuniões (mais ou menos 30' cada) porque não foi necessário sair das instalações do Hospital de S. Bernardo. Desloquei-me aos serviços em questão. Os recursos humanos foram os intervenientes envolvidos para estabelecer as parcerias. Os recursos materiais consistiram nas telecomunicações para se estabelecer a ligação com os serviços e agendamento das reuniões, no material de registo da informação e divulgação do projeto, e o próprio local no serviço onde decorreu a reunião (gabinetes).

Materiais:

- Telefone, Telemóvel.
- Computador.
- Gabinetes de enfermagem dos diversos serviços.
- Papel e caneta.

Humanos:

- Enfermeira da Equipa de Gestão de Altas
- Assistente social
- Enfermeira da Unidade da Dor
- Enfermeira Chefe do Hospital de Dia de Oncologia.
- Enfermeira da Consulta de Paliativos
- Enfermeira Chefe do Hospital de Dia de Medicina
- Enfermeira do Hospital de Dia Neurologia

✓ Avaliação

A apresentação do projeto e o pedido de colaboração nos serviços decorreu de forma agradável e com disponibilidade dos enfermeiros.



Foi de comum acordo que os utentes/famílias/cuidadores beneficiam de um elemento disponível no SUG para os encaminhar e estabelecer contato com os serviços, sempre que seja necessário.

O hospital de dia de oncologia, a consulta de paliativos e a unidade da dor, são as unidades que respondem à grande parte das necessidades dos utentes que recorrem ao SUG, nomeadamente pela necessidade urgente do controle sintomático (habitualmente fora do horário de atendimento desses serviços, ou se a situação surge de novo). Esta articulação com os serviços é frequente, tem uma resposta eficiente pela célere articulação dos enfermeiros/médicos dos serviços com os enfermeiros/médicos responsáveis pelos utentes no SUG. Estes utentes/famílias/cuidadores são encaminhados para os respetivos serviços para acompanhamento posterior em consultas.

A Equipa de Gestão de Altas e o Serviço Social são parceiros por excelência neste projeto, pois as questões de continuidade de cuidados estão estreitamente relacionadas com as competências destes elementos multidisciplinares. As questões sociais são preponderantes nas necessidades dos utentes/famílias/cuidadores no retorno ao domicílio, ou então quando esta situação não é possível, na referenciação do utente na plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, pela EGA. Esta parceria surgiu com naturalidade dada a necessidade de haver um enfermeiro que atuasse como pivô na deteção precoce das questões relacionadas com as intervenções das referidas equipas, e também pela necessidade contínua dos elementos dessas equipas integrarem a tomada de decisão interdisciplinar dos utentes/família/cuidadores no SUG.

Assim pode-se verificar que o envolvimento dos parceiros é variável de acordo com a maior ou menor intervenção com os profissionais/utentes do SUG. Desta forma foi também aplicado o questionário que pretende avaliar o funcionamento dos parceiros na instituição hospitalar. (Anexo 4)

Objetivo 3: *Informar utente/ cuidadores das estruturas existentes de que pode usufruir.*

Estratégia: Realização da entrevista de enfermagem ao utente/família/cuidador

Antecedendo a realização da entrevista de enfermagem o acolhimento é fulcral para o sucesso desta. O profissional de saúde deve ser bom ouvinte e abordar o utente/família/cuidador com profissionalismo, cortesia, disponibilidade e atenção.



O acolhimento no serviço de urgência também depende da forma como o doente chega. Segundo VIEIRA (2000), a forma como é realizado o acolhimento irá marcar o utente negativamente ou positivamente acerca do hospital ou do serviço que lhe será oferecido, desta forma o acolhimento deve ser considerado um momento fulcral e importante para todos os membros da equipa multidisciplinar, lembrando também o envolvimento com os familiares /cuidadores desde o início de todo o processo para que obtenham informações adicionais e se tranquilizem ambas as partes.

A entrevista de enfermagem ocorre após o conhecimento do processo clínico do utente e antecedentes clínicos/sociais, exige um conhecimento global sobre as pessoas que se encontram nos grupos alvos na concretização deste projeto. Este conhecimento inclui a dimensão física, psicológica, social e cultural.

A entrevista de enfermagem segundo GIDEA (2003) é um dos instrumentos básicos em enfermagem no processo de cuidados e é também concebida como um procedimento de investigação científica que utiliza a comunicação, mantendo uma relação terapêutica com o utente/família de respeito, tolerância e aceitação. Esta relação vai permitir compreender a forma como a pessoa vivencia a sua saúde e manifesta as suas necessidades.

É através da entrevista de enfermagem que os utentes/famíliares e cuidadores são informados das estruturas existentes que podem usufruir, dada a situação clínica/social que motivou a vinda ao SUG.

Atividades desenvolvidas: Realização da entrevista de enfermagem ao utente/família/cuidador

A entrevista de enfermagem decorre na zona de ambulatório do SUG.

Habitualmente com o decorrer da evolução clínica até á provável alta é escolhido o momento apropriado para a realização desta entrevista com vista a continuidade dos cuidados.

Os elementos da equipa multidisciplinar/parceiros colaboram esclarecendo detalhes mais específicos, para que se adequem os cuidados às capacidades e características quer da condição clínica do utente quer da família/cuidadores. Nestas circunstâncias há paralelamente uma preocupação com o utente, mas também com o cuidador/ familiar responsável pelos cuidados.



✓ Recursos

Os recursos a serem utilizados nesta estratégia, são essencialmente as pessoas envolvidas no ambiente natural do SUG, a entrevista de enfermagem pode ocorrer em pé junto à cama do utente, sentados numa cadeira em sala de espera, num gabinete disponível, quando a situação exige um ambiente mais calmo no gabinete do enfermeiro chefe quando disponível, ou junto a qualquer parede da estrutura do SUG. Por vezes é o momento que vai determinar o local.

Materiais:

- Estruturas físicas do ambulatório do SUG
- Telefone, telemóvel

Humanos:

- Equipa multidisciplinar (enfermeiro responsável pelo projeto, equipa de enfermagem, equipa médica)
- Elementos parceiros no Centro Hospital de Setúbal – Hospital de S. Bernardo

✓ Avaliação:

Na avaliação deste objetivo pretendeu-se saber se o utente/familiar/cuidador reteve informação sobre os recursos e estruturas da comunidade que pode o vir a usufruir.

Na finalização da entrevista ao utente/familiar/cuidador é colocada uma questão cuja resposta deve ser a devolução da informação transmitida.

Com o intuito de cimentar melhor a informação prestada ao utente/família/cuidador decidi criar um panfleto com os recursos da comunidade de forma a favorecer a memorização e compreensão que lhe será entregue. (anexo 5)

As intervenções realizadas junto do unte/família/cuidador e as tomadas de decisão são registadas em notas de enfermagem no processo informático dos utentes.



Objetivo 4: *Articular competências com a equipa multidisciplinar com vista à continuidade dos cuidados.*

Estratégia: Participação em atividades e formação com elementos de várias disciplinas com o intuito de adquirir conhecimentos sobre as atividades/intervenções dos mesmos numa perspetiva interdisciplinar.

Esta estratégia foi muito importante para a relação que se gerou entre os profissionais das diversas disciplinas e atividades profissionais distintas na área da saúde. A minha participação em eventos, momentos de formação e informação com os referidos profissionais foi uma oportunidade para promover o projeto, disponibilizar recursos dentro da minha área de atuação, melhorando a comunicação e nomeadamente aferir formas de intervenção no encaminhamento dos utentes.

Estes ambientes promovem a atividade grupal e interdisciplinares, favorecem as relações com as estruturas da comunidade e o SUG, reforçando a imagem do serviço no que respeita à continuidade dos cuidados do utente/família/cuidador.

Calendarização das atividades desenvolvidas: participação em atividades e Formação com elementos de várias disciplinas

QUADRO IV

REUNIÕES	junho 2010	abril 2011	outubro/novembro 2011	
Semanas (seg. a sex.)	21/06 a 25/06	11/04 a 15/04	24/10 a 28/10	07/11 a 11/11
Desafio Jovem				
Cuidados Forenses no Hospital				
Curso Cuidados Continuados.				
Workshop "Pessoas sem-abrigo em Setúbal- Tecer a Mudança"				

A formação Cuidados Forenses no Hospital esteve integrada no Ciclo de Conferências da Cuid'arte (revista de enfermagem do Centro Hospitalar de Setúbal).

A conferencista foi uma Enfermeira, Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica no Centro Hospitalar Médio Tejo do Hospital de Abrantes.



Nesta conferência podemos tomar conhecimento do meio de preservação e manutenção de provas médico-legais, notificação de crimes públicos e os cuidados à pessoa vítima de crime.

O crime público mais abordado foi o da violência doméstica, no entanto em qualquer vítima de crime estão subjacentes os cuidados físicos e a possibilidade de colheita de vestígios forenses, os cuidados psicológicos favorecendo as redes de apoio (família/amigos), a informação adequada (recurso á autoridade se necessário) e obviamente um trabalho em rede multidisciplinar para uma alta bem encaminhada de acordo com as necessidades da vítima.

Foi abordada também a importância de uma equipa multidisciplinar presente nas equipas de saúde para uma intervenção eficiente na particularidade destes casos.

Esta conferência teve a duração de 4 horas.

O Curso dos Cuidados Continuados foi promovido pela EGA. Participei como preleitora expondo as atividades e intervenções de enfermagem no que respeita aos encaminhamentos dos utentes no ambulatório do SUG, nomeadamente os que necessitam de apoio dos cuidados continuados e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Esteve também presente a enfermeira Paula Banha responsável pela consulta de cuidados paliativos, pela particularidade que se revestem os utentes da consulta, nomeadamente pela crescente dependência e incapacidade de resposta aos cuidados de saúde por parte dos familiares e cuidadores.

Foi um momento de partilha de experiências com os elementos da equipa multidisciplinar (médicos, assistentes sociais), quer do Centro Hospitalar de Setúbal quer do Agrupamento dos Centros de Saúde de Setúbal e Palmela, nomeadamente os enfermeiros da Unidade de Cuidados Continuados Integrados onde estão agregados os serviços que promovem a continuidade dos cuidados. Tive oportunidade de dar a conhecer o projeto do SUG aos elementos presentes, e desta forma melhorar a comunicação e relação para as futuras intervenções junto da comunidade.

A participação com preleitora teve a duração de 30 minutos, e a participação no total de 7 horas.

O Desafio Jovem promoveu uma formação sobre as suas atividades e convidou as várias personagens com intervenção profissional individual, funcionam em rede de forma a intervirem junto dos indivíduos com hábitos aditivos, com o objetivo de diminuir o



impacto social. Estavam presentes elementos do IDT (Instituto da Droga e Toxicod dependência), Policia de segurança Pública, líderes de equipas de rua da instituição, técnicos responsáveis na comunidade, assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros.

O serviço de urgência é habitualmente “palco” de diversificadas situações clinicas/sociais com utentes com hábitos aditivos, nomeadamente pela manifesta alteração do comportamento, próprio do efeito das drogas e ou desajuste social, e ausência de familiares e cuidadores. Foram colocadas situações reais e houve partilha de experiências que contribuíram para aferir comportamentos mais adequados pelas equipas de saúde e tomadas de decisão interdisciplinares.

A visão multidisciplinar da realidade das vivências deste grupo de indivíduos, que diariamente frequentam o serviço de urgência, foi sem dúvida uma mais-valia para modelar as intervenções da equipa de saúde no SUG, pois uma atitude mais direcionada para as suas necessidades, pode evitar readmissões e descompensação clínica, em indivíduos que para além das questões sociais são na sua maioria portadores de doenças infetocontagiosas e de doença mental associada.

A participação do *Workshop* “Pessoas sem-abrigo em Setúbal – Tecer a Mudança” foi também mais um momento muito gratificante de partilha de ideias, de vários elementos de uma equipa multidisciplinar quer da comunidade (NIPSA e rede de proximidade de cuidados – parcerias comunitárias), quer do âmbito hospitalar. O SUG é sem dúvida uma porta aberta para a comunidade, a responsabilidade da equipa de saúde como agentes sociais ativos na colaboração e cooperação para com este grupo de indivíduos é uma realidade constante.

O conhecimento obtido neste encontro, no que respeita à participação das várias entidades envolvidas foi importante para que o SUG integre esta rede como parte da equipa para a tomada de decisão interdisciplinar, favorecendo os indivíduos sem-abrigo nas suas necessidades quer sejam sociais ou de saúde, promovendo o tratamento, cura e reabilitação.

✓ Recursos

Materiais:

- Sala de sessões do Hospital de S. Bernardo;
- Sala de sessões do Hospital Ortopédico Santiago do Outão;



- Casa Baía – Setúbal (sala de sessões);

Humanos:

- Enfermeira forense e assistentes da formação sobre enfermagem forense
- Enfermeira da EGA, preletores e assistentes do Curso Cuidados continuados
- Elementos da Equipa multidisciplinar Desafio Jovem
- Elementos da equipa multidisciplinar do NIPSA

✓ **Avaliação**

Considero que este objetivo foi atingido com sucesso, pois as atividades desenvolvidas na participação dos eventos foram momentos enriquecedores e gratificantes do ponto de vista profissional e contribuíram em muito para a continuidade dos cuidados aos utentes do SUG.

A tomada de decisão multidisciplinar é uma atitude cada vez mais frequente nos profissionais do SUG na tentativa de encontrar resposta às necessidades dos utentes/famílias/cuidadores, nomeadamente com os recursos na comunidade. As respostas na comunidade são indispensáveis nos cuidados aos utentes quer seja no domicílio ou em instituições, o que contribui favoravelmente para a diminuição da taxa de internamento, custos de saúde e sociais. Apenas com a colaboração/articulação do saber de várias disciplinas se pode encontrar soluções úteis, eficazes, consentâneas com a realidade e vulnerabilidade destas populações, de forma a se poderem reabilitar, cuidar e tratar as pessoas.

Por outro lado os profissionais de saúde que prestam cuidados no serviço de urgência, sentem-se mais apoiados na resolução dos problemas dos utentes/famílias/cuidadores que implicam a continuidade de cuidados. De fato, a relação entre setores e disciplinas com intervenção na tomada de decisão no utente/família/cuidadores é benéfica e pretendida por todos os intervenientes.



5.4 – CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Este projeto, como já foi referido, surgiu para responder às necessidades dos utentes/famílias/cuidadores que frequentam o serviço de urgência deste hospital como recurso à continuidade dos cuidados. Inúmeras vezes estes utentes/famílias/cuidadores recorrem ao serviço INEM, ou a outras transportadoras para se dirigirem ao serviço de urgência para resolverem problemas que não são do âmbito da urgência, mas que consomem tempo e cuidados de saúde em detrimento dos verdadeiramente urgentes.

Existem questões que vão para além da saúde, que implicam a continuidade dos cuidados no domicílio, e por outro lado maior disponibilidade e empenho dos profissionais de saúde em ouvir os utentes/famílias/cuidadores, na forma como estes vivenciam o estado de saúde/doença e manifestam as suas necessidades.

A realização deste projeto antecedeu do pedido ao conselho de administração do Centro Hospitalar de Setúbal.

Nas características próprias de um serviço de urgência, esta relação mais próxima com os utentes/famílias/cuidadores, careceu de envolvimento de todos os profissionais. Estabeleceram-se contatos com os órgãos de gestão do serviço, com o intuito de sensibilizar e informar do início desta atividade liderada por uma enfermeira especialista em Saúde Comunitária, assim como a interação de outros profissionais de saúde de outros serviços do hospital, e ligação com serviços e organismos na comunidade.

Desenvolveram-se contatos para o estabelecimento das parcerias à medida que o projeto se desenvolvia, dadas a diversidade das situações encontradas. Foram marcadas reuniões para estabelecer as parcerias quer na estrutura hospitalar (Hospital de dia de Medicina, Hospital de Dia da Neurologia, Hospital de Dia de Oncologia, Consulta de Paliativos, Unidade da Dor, Serviço Social, Equipa de Gestão de Altas), quer na comunidade (ACS de Setúbal e Palmela, NPISA [Núcleo de prevenção e intervenção aos sem abrigo] ONG [Caritas, Desafio Jovem]), potenciadores de mais respostas às necessidades dos utentes/famílias/cuidadores. A assistente social de apoio ao SUG, é interlocutora da APAV, aos utentes/família/cuidador são adequados os cuidados tendo em atenção a forma como a situação se desenrola nesse organismo (necessidades de ordem psicológica/habitacional/protetora), permitindo e assegurando a continuidade dos cuidados. No que respeita às parcerias relacionadas diretamente com a saúde, são os enfermeiros os principais elementos de ligação.



5.5 – ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

O orçamento é uma das etapas fundamentais para a realização de qualquer projeto. Os recursos investidos devem ter uma relação direta com as atividades previstas e com os objetivos estabelecidos.

Este projeto não acrescentou custos para a instituição, pois todo o trabalho realizado centrou-se essencialmente na maior rentabilização dos recursos existentes, otimização, e reorganização em prol dos objetivos comuns.

Dadas as características de multidisciplinaridade e dimensão do projeto, que se desenvolve dentro e fora da instituição hospitalar, torna-se de difícil acesso a quantificação de custos no que respeita aos honorários de todos os envolvidos.

No entanto, desde o início que se disponibilizou tempo/recursos para formar o projeto nomeadamente com as reuniões com a Enfermeira Chefe (3horas), com os chefes de equipa de enfermagem (3 horas), na constituição das parecerias disponibilizaram-se na totalidade 16 horas, tempo que decorreu durante as horas de trabalho dos elementos envolvidos.

Houve necessidade e oportunidade de dar a conhecer o projeto, adquirir conhecimentos sobre as intervenções e também sobre a dinâmica de funcionamento dos parceiros na comunidade, e de toda a rede de proximidade de cuidados existentes na cidade (total de 18h)

A formação Cuidados Forenses no Hospital – 4h

O Curso dos Cuidados Continuados - 7h

O *Workshop* “Pessoas sem-abrigo em Setúbal – Tecer a Mudança” – 7h

No que respeita às deslocações na comunidade, foram realizadas em transporte próprio dentro do horário normal das atividades num total de mais ou menos 20km.

O panfleto desenvolvido para ser entregue aos utentes/famílias /cuidadores sobre os recursos na comunidade é impresso no SUG sempre que se justifique, aliás como todos os documentos ou requisições se necessário.

De forma direta e indireta todos os profissionais na prestação de cuidados do SUG colaboram com as intervenções deste projeto, em favorecer um ambiente mais personalizado e humano, adequado ao tipo de intervenções de acordo com a situação em particular.



Este projeto é apenas uma pequena parte de um trabalho, em rede comunitária, que é desenvolvido em prol das necessidades dos utentes/famílias/cuidadores, que recorrem ao SUG do Centro Hospitalar de Setúbal, cuja união de esforços consegue obter mais respostas que promovem seguramente a continuidade dos cuidados.



6 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

O desenvolvimento deste projeto foi baseado na evidência prática das inúmeras situações que surgem no serviço de urgência, tendo sido por isso necessário agrupar os utentes (famílias e cuidadores) de acordo com as necessidades, como já foi referido.

A consolidação da relação da equipa multidisciplinar com as parcerias foi sendo conseguido ao longo do tempo e da frequência das intervenções, o que permitiu aferir as atividades a que cada pertence, existindo um controlo do trabalho interdisciplinar sendo respeitado o trabalho autónomo.

Outra forma de processamento do controlo tem a ver com o *feedback* da restante equipa de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, tendo sido assunto nas reuniões de chefes de equipa o desenvolvimento do projeto. Evidencia-se a colaboração dos elementos da equipa na deteção de situações de comprometimento da continuidade dos cuidados, constando-se maior preocupação na resolução dos problemas dos utentes/famílias/cuidadores e maior colaboração com as parcerias nomeadamente o serviço social e a EGA.

Entende-se por parceria: o interesse em que duas ou mais partes tem, em participar num determinado projeto ou evento, estabelecendo uma relação de forma a atingir objetivos comuns de forma eficaz.

Neste projeto a prioridade é fornecer competências e prestações técnicas em vários setores profissionais, e tem como alvo grupos específicos da população.

CARRILHO (2008), Refere-se à maturação da parceria associando-a à implementação das atividades (utilização e combinação dos recursos disponibilizados e partilhados) de duas formas, p.102:

- ✓ *“Participação das instituições no processo de parceria em termos de recursos disponibilizados e partilhados e a nível das tarefas desenvolvidas,*
- ✓ *Dinâmica de parceria baseada na articulação entre parceiros e também nos impactos organizacionais ocorridos no projeto (alteração de objetivos e/ou tarefas) e nas instituições de origem (relações interinstitucionais e adaptação de novos métodos de trabalho) ”.*



As parcerias foram desenvolvidas com o intuito de partilha e disponibilização de recursos como forma de resposta às necessidades dos utentes/família/cuidadores, e principalmente nos problemas mais complexos das pessoas, apenas uma rigorosa articulação de parceiros pode promover uma continuidade dos cuidados. Esta articulação desenvolvida em contexto de urgência faz emergir novos comportamentos, e que se pretendem disseminados pelas restantes equipas de saúde.

6.1 – AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

Permitiu-se desta forma sistematizar as intervenções e controlar o desenvolvimento das atividades dos profissionais de saúde e conseqüentemente dos parceiros, na tentativa de alcançar os objetivos inicialmente propostos.

Sistematização das intervenções/grupos alvo

QUADRO V

GRUPOS ALVO	INTERVENÇÕES
<i>Doença aguda/progressiva/incapacidade para realizar AVDs</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das necessidades do utente/família/cuidador • Articulação e encaminhamento para os recursos da comunidade • Articulação e encaminhamento na instituição hospitalar
<i>Vítimas de violência</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das necessidades do utente/família/cuidador • Atender a questões médico-legais • Articulação e encaminhamento para os recursos da comunidade
<i>Sem abrigo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das necessidades do utente • Sinalização precoce do sem-abrigo • Articulação e encaminhamento para os recursos da comunidade

Os utentes agruparam-se pelas necessidades mais comuns: ação social, inscrição para a RNCCI, encaminhamento e articulação com outros serviços do hospital de forma a otimizar a alta, encaminhamento e articulação com recursos na comunidade, intervenção



precoce e reinserção dos sem-abrigo, preservação de provas forenses e informação dos cuidados médico-legais.

No que se refere à avaliação do objetivo 1 e 2 procedeu-se à elaboração de um questionário de forma a se poder avaliar o funcionamento das parcerias (anexo 3 e 4), na participação do projeto pode haver maior ou menor envolvimento dos parceiros, dependendo da interação que se constituiu.

O 3º objetivo é avaliado na parte final da entrevista de enfermagem ao utente/família/cuidador e pretende-se perceber se houve compreensão da informação que foi transmitida.

O 4º objetivo refere-se à articulação de competências, foi favorecido por alguns momentos de formação no que respeita ao funcionamento individual e autónomo dos setores e profissionais (parcerias), e articulação com as intervenções realizadas no âmbito do projeto de forma a melhorar a eficiência interdisciplinar.

Os objetivos 1 e 2 respetivamente: *Identificar as estruturas da comunidade, governamentais ou não governamentais, que podem assegurar a continuidade dos cuidados e identificar as estruturas da instituição hospitalar que favorecem a continuidade dos cuidados*, foram atingidos através da constituição de parcerias. Desta forma foi criado um instrumento de avaliação de forma a se poder avaliar o funcionamento das mesmas.

Os grupos alvos deste projeto são os utentes das parcerias pelo que existe obviamente objetivos comuns.

As preposições que surgem no instrumento de avaliação estão relacionadas com o envolvimento que a parceria tem com os utentes pertencentes a grupos específicos que frequentam o SUG. A continuidade dos cuidados, nomeadamente com a reinserção e reabilitação dos utentes, e o benefício que as parcerias obtêm com a parceria, é um fator importante no funcionamento/envolvimento das mesmas e conseqüentemente na relação que se adquire ao longo do trabalho.

O profissional vinculado a este projeto pela parceria respondeu às 3 questões colocadas sob uma escala de likert com 7 opções (Concordo plenamente, Concordo em grande parte, Concordo um pouco, Nem concordo nem discordo, Discordo um pouco, Discordo em grande parte, e Discordo plenamente), anexo 5 e 6.



As respostas dadas a este questionário realizado aos parceiros na comunidade (anexo 5) foram via telefone, pela dificuldade em se estabelecer agendamento para contato pessoal.

Na análise e reflexão com o elemento que se estabeleceu a parceria, após responderem ao questionário, podemos constatar que existe uma grande proximidade com o maior parceiro a nível dos cuidados de saúde (ACS de Setúbal e Palmela). Existem no entanto particularidades que se mantêm, dadas as características próprias da dinâmica de cada setor de atividade e que se pretendem vir a ultrapassar. No entanto é notória a satisfação entre ambas as partes na participação conjunta em resolver as situações de saúde dos utentes/cuidadores/familiares tornando-se indispensável, para a continuidade dos cuidados, a articulação dos serviços.

A Cáritas Diocesanas e o NPISA têm uma orgânica de funcionamento particular, dada a permanente colaboração existente entre ambas, no encaminhamento de utentes sem abrigo. É de comum acordo que o SUG, é um serviço de saúde muito frequentado pelos utentes sem-abrigo, sendo por isso importante e imprescindível a articulação com o serviço, assim como o conhecimento sobre o funcionamento e dinâmica dos mesmos. As atividades da equipa de saúde ao serem direcionadas para a prevenção dos sem-abrigo e para a reinserção e autonomia dos mesmos estão a caminhar no objetivo comum de todos os intervenientes que se traduzirão seguramente em ganhos em saúde. No entanto, ambas as partes concordam que ainda existe um longo percurso pela frente na criação e otimização de ferramentas que promovam estes cuidados em comum, (os serviços comunitários e sociais aliados para a continuidade dos cuidados de saúde).

O Desafio Jovem é a parceria, cuja articulação é menor sendo estabelecido o contato através dos assistentes sociais de ambas as partes.

O encaminhamento dos utentes que vão ao SUG, são particularmente indivíduos com hábitos aditivos que concordam em realizar tratamento, cura e posterior reabilitação, com uma equipa de profissionais com regras e métodos próprios.

Pelas suas características o Desafio Jovem tem integrado cuidados de saúde e apenas numa fase de descompensação clínica os utentes ocorrem ao SUG. Esta instituição tem o apoio da rede de proximidade dos cuidados de saúde da rede comunitária que também encaminha e promove o tratamento destes utentes.



O preenchimento dos questionários realizado aos parceiros na instituição hospitalar (anexo 6) decorreu presencialmente nos serviços das respetivas parcerias. Procedeu-se posteriormente a um momento de reflexão sobre a forma de funcionamento e do projeto. Estes momentos individuais tiveram a duração de mais ou menos 15-20’.

Relativamente aos serviços: Unidade da Dor, Hospital de Dia de Oncologia, Consulta de Paliativos, EGA, Serviço Social, constata-se uma maior articulação nas intervenções e na tomada de decisão interdisciplinar com os utentes/famílias/cuidadores que recorrem ao SUG do que com o Hospital de Dia de Medicina e de Neurologia.

Verifica-se que os utentes que frequentam os hospitais de dia (medicina e neurologia) e que se dirigem habitualmente ao SUG apresentam normalmente situações mais complexas do ponto de vista social, pois são utentes que não comparecem às consultas e não cumprem regime terapêutico.

A Enfermeira Chefe responsável pelo Hospital de Dia da Medicina atribui também o resultado de pouca relevância da parceria ao facto de em meados do ano 2011 ter iniciado uma consulta denominada de consulta aberta que funciona diariamente no Hospital de Dia, e que se destina aos utentes seguidos em consulta, que manifestem alterações clínicas não compatíveis com espera da consulta programada. Conclui-se assim que os utentes do Hospital de Dia de Medicina recorrem ao SUG apenas fora do horário do Hospital de Dia.

A avaliação da parceria com a enfermeira do Hospital de Dia de Neurologia também esteve de acordo com a situação real, verifica-se para além do motivo anteriormente apontado, os diagnósticos das doenças neurológicas pela sua complexidade e necessidade de realização de vários exames complementares não se determinarem no SUG. Os utentes, grande parte das vezes, são internados ou direcionados para consulta externa ou para Hospital de dia para realização de exames para se estabelecer o diagnóstico definitivo. Desta forma os encaminhamentos e apoio nas intervenções no SUG são limitados, esclarecendo-se apenas o utente/família/cuidador sobre informações básicas acerca do Hospital de Dia de Neurologia. Relativamente ao utente com o diagnóstico de AVC no SUG, se o utente integra os critérios para a Via Verde AVC, é transferido para a Unidade de AVC. Se não integra a Via Verde AVC, e se permanece no SUG o utente/família/cuidador é informado da sua situação



clínica, adequando-se as intervenções da equipa multidisciplinar às necessidades dos mesmos.

As necessidades de continuidade de cuidados aos utentes/famílias/cuidadores que recorrem ao SUG são de natureza multidisciplinar, e a tomada de decisão interdisciplinar é imprescindível para que as intervenções sejam exequíveis e adequadas à realidade dos mesmos. Existe desta forma uma presença constante no SUG dos elementos das parcerias na resolução dos problemas das pessoas, que vão também de encontro aos objetivos dessas mesmas parcerias o que determina um funcionamento harmonioso.

A relação e o funcionamento das restantes parcerias constituídas na instituição hospitalar tornam-se assim fundamentais para a concretização dos objetivos deste projeto.

Concluo que os objetivos 1 e 2 foram atingidos e que são determinantes, como se perspectivava, para o sucesso deste projeto.

A estratégia para atingir estes objetivos, realização de parcerias, foi fundamental para se obter ferramentas da maior utilidade para os utentes/famílias/cuidadores, quer na comunidade quer na instituição hospitalar.

Os objetivos 3 e 4 estão relacionados consecutivamente com a informação sobre os recursos existentes transmitida aos utentes/famílias/cuidadores, e com a articulação entre as equipas multidisciplinares e as intervenções desempenhadas ao longo do projeto. Esta articulação é um fator preponderante para que as intervenções interdisciplinares vão de encontro aos objetivos de todos os envolvidos.

No contexto do serviço de urgência torna-se difícil avaliar/validar *à posteriori* se a informação prestada ao utente/família/cuidador foi retida pelos mesmos.

A estratégia para atingir o 3º objetivo que me pareceu ser a mais adequada foi a entrevista de enfermagem, e na incerteza de poder vir validar a informação que considerei importante para a situação (pela dinâmica do SUG), há uma preocupação em avaliar nessa mesma entrevista se a informação foi corretamente assimilada. Assim no término da entrevista é colocada uma questão, cuja resposta é a devolução da informação anteriormente fornecida, através da observação e de forma indireta posso avaliar a resposta e reformular a informação, recorrer a outros familiares ou



cuidadores que não presentes se necessário, mas que possam ser contactados via telefone de forma a passar claramente a mensagem.

O 4º objetivo foi direcionado os recursos da comunidade cujo contato é mais limitado, quer pela frequência quer pela presença física.

Foi através das parcerias na instituição hospitalar que surgiram as oportunidades para frequentar os eventos/momentos de formação e discussão de ideias e de intervenções que foram fundamentais para dar a conhecer o projeto, partilhar ideias, aferir intervenções e até mesmo estabelecer parcerias, como no caso do NPISA (Núcleo de Planeamento e Intervenção Sem abrigo de Setúbal).

Estes momentos permitiram-me conhecer: a vasta rede de proximidade de cuidados que existe na região, o funcionamento em rede com o objetivo de reinserção e recuperação das pessoas, as dificuldades em exercer o trabalho na comunidade e no contexto domiciliário e os cuidados específicos com situações particulares de violência nomeadamente os médico-legais.

O SUG é sem dúvida parte integrante desta rede de proximidade de cuidados pela sua especificidade, no acolhimento de pessoas com necessidades em continuidade de cuidados de variada ordem. Estando as questões sociais intimamente relacionadas com as questões da saúde, foi muito importante tomar conhecimento de estruturas que desenvolvem trabalho paralelo com utentes que frequentam o SUG, cujo objetivo é comum.

Considero que este último objetivo foi atingido com sucesso, pois a colaboração e a proximidade que se gerou com as estruturas envolvidas foi muito importante para a resolução de situações complexas de continuidade de cuidados dos utentes que frequentam o SUG.

Os utentes/famílias/cuidadores do SUG são atualmente foco da atenção e preocupação dos vários profissionais de saúde que exercem funções no Centro Hospitalar de Setúbal, que compreenderam e alargaram o campo de ação individual no cruzamento de intervenções que vão ser as respostas para muitos dos problemas apresentados, e que vão privilegiar a saúde das pessoas promovendo a continuidade dos cuidados.



A interação com as estruturas da comunidade foi facilitada pelo elemento de ligação (Enfermeira Especialista de Saúde Comunitária) no SUG e pela assistente social que veicula a informação no encaminhamento dos utentes, que necessitam de intervenções na comunidade.

6.2 – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

A implementação deste projeto no ambulatório do serviço de urgência, veio preencher uma lacuna existente relacionada com a continuidade dos cuidados. Exigiu das equipas de saúde a capacidade de se adaptarem às intervenções, que não as comuns.

Tipicamente o serviço de urgência determina-se pela celeridade das intervenções, no cumprir de esquemas e protocolos que vão desde a entrada pela triagem à sala de reanimação. Sendo o SUG uma das formas de acesso à saúde da comunidade, existem vários tipos de urgências que são priorizadas pelo programa Triagem de Manchester. Toda esta dinâmica é de alguma forma motivadora e entusiasta principalmente pelos mais novos.

A continuidade dos cuidados é um fator determinante para a reincidência do utente/família/cuidador no SUG, existindo dessa forma um consumo excessivo de cuidados de saúde.

Positivamente destacam-se aspetos que até então não estavam presentes no SUG:

- Equipas de saúde mais despertas, para a continuidade dos cuidados.
- Intervenção interdisciplinar na resolução de problemas das pessoas (utentes/famílias/cuidadores),
- Interação com a comunidade e recursos de proximidade de cuidados,
- Envolvimento e maior proximidade de estruturas hospitalares (serviços) de forma a promover a continuidade dos cuidados no domicílio (otimização da alta),
- Envolvimento do SUG com estruturas comunitárias;
- Articulação com os cuidados de saúde primários, nomeadamente com a UCC e RNCCI;



- Diminuindo a reincidência destes utentes mais e melhor disponibilidade para os casos verdadeiramente urgentes,
- Cumprimento das orientações determinadas no PNS 2011-2016.

Pelo facto de conseguir orientar/encaminhar as situações dos utentes/famílias/cuidadores no SUG para a continuidade dos cuidados, considero que obtive uma importante conquista.

Entendo que este projeto me valoriza enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, pois sou um elemento de referência a nível institucional com conhecimentos adquiridos na e com a comunidade em geral.

A prática de 17 anos de experiência de Urgência com a recente experiência na área da Enfermagem Comunitária é sem dúvida uma mais-valia para estabelecer relação terapêutica com os utentes/famílias/cuidadores para a obtenção dos resultados pretendidos.

BRISSOS, 2004, refere que a saúde deve ser encarada com uma abordagem mais alargada envolvendo os centros de saúde, hospitais e cuidados continuados, valorizando-se o utente/família/cuidador nas suas dimensões humanas, o que pressupõe uma estratégia de intervenção multissetorial.

A mesma autora refere também que os projetos devem proporcionar uma análise integrada das necessidades das populações, concentração de esforços e aproveitamento dos recursos que deem respostas de qualidade às necessidades. Pressupõe também que os recursos humanos sejam o capital mais importante de uma organização pelo que os profissionais devem ser possuidores de um bom nível de informação adequada às funções.

6.3 – DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS

Considero que a avaliação intermédia neste projeto foi naturalmente realizada à medida que as intervenções iam sendo implementadas, pois sendo uma metodologia interdisciplinar no seio de uma equipa multidisciplinar muitos foram os momentos de



pausa e reflexão que em simultâneo constituíram também formas de processo de controlo.

No entanto houve momentos mais decisivos de correção ou otimização das intervenções.

A introdução do panfleto sobre os recursos na comunidade (anexo 7) aquando a entrevista de enfermagem aos utentes/famílias e cuidadores foi uma das medidas que foi necessário introduzir. O ambiente de um serviço de urgência pela diversidade de situações que os utentes/famílias/cuidadores presenciam, é por si só adverso à comunicação, pelo que houve necessidade de colocar a informação em suporte de papel que as pessoas pudessem levar para o domicílio. Por outro lado, aos cuidadores ou familiares a quem eram prestadas as informações, que não os principais cuidadores/responsáveis, fez surgir a necessidade de que a informação veiculasse da melhor forma possível a mensagem que se pretendia transmitir.

Nestes momentos, também foi necessário perceber o envolvimento com as parcerias no contexto hospitalar, e foi através das intervenções mais frequentes e com melhores respostas às necessidades dos utentes/famílias/cuidadores que surgiu uma triagem natural, agrupando-se os grupos alvo de forma a sistematizar as intervenções. Esta foi uma das formas de controlo que facilitou precocemente esse conhecimento.

Assim sendo, foi tomada a decisão de investir mais nas parcerias cujo funcionamento e articulação eram cruciais para o desenvolvimento do projeto, em detrimento das parcerias constituídas com o Hospital de Dia da Medicina e Neurologia.

Um projeto não é estático e é nesta fase que surgiram as opiniões/críticas de todos os intervenientes diretos ou indiretos, críticas construtivas.

7 – ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

QUADRO VI

<p>Competências Específicas propostas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública</p>	<p>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública mobilizadas e adquiridas no projeto "A Urgência de continuar a cuidar"</p>
<p>"G1.A avaliação do estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do Planeamento em Saúde</p> <p><u>Unidades de Competência:</u></p> <p>G1.1 <i>Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, os critérios de avaliação foram:</i></p> <p>G1.1.2. <i>Integra variáveis socioeconómicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da saúde</i></p> <p>G1.1.3. <i>Identifica os determinantes dos problemas em saúde de grupos ou de uma comunidade</i></p> <p>G1.1.4. <i>Identifica as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade"</i></p>	<p>Nesta competência foram mobilizados os conhecimentos adquiridos na metodologia de Planeamento em Saúde, que foram aplicados para a avaliação do estado de saúde no que respeita à continuidade dos cuidados da população área de influência do centro Hospitalar de Setúbal. Procedeu-se a um "diagnóstico de saúde" no que respeita à continuidade dos cuidados integrando os critérios de avaliação descritos. Invariavelmente as condições socioeconómicas e o reconhecimento dos principais determinantes da saúde (condições socioeconómicas do cuidador/familiar /utente, condição clínica, otimização dos cuidados de saúde para a alta e cuidados no domicílio), que afetavam a continuidade dos cuidados. Os determinantes dos problemas foram identificados e categorizados, os utentes foram agrupados pelas suas necessidades mais comuns tendo em conta esses mesmos determinantes. Permite-se desta forma sistematizar melhor as</p>

<p><i>"G1.2. Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade, critérios de avaliação:</i></p> <p><i>G1.2.1. Utiliza critérios objetivos que permitam definir quais as principais prioridades em saúde.</i></p> <p><i>G1.2.2. Integra na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde de uma comunidade as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde."</i></p> <p><i>"G1.3. Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas, critérios de avaliação:</i></p> <p><i>G1.3.2. Concebe estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que</i></p>	<p>tomadas de decisão e intervenção, tornando-as mais céleres e eficientes.</p> <p>Adquire esta competência nas intervenções determinadas em conformidade com a realidade social (tipo investigação-ação), que definem as prioridades em saúde de forma a responder às necessidades dos utentes/família/cuidadores, tendo em conta a continuidade dos cuidados.</p> <p>As tomadas de decisão intersectorial e interdisciplinar promovem a continuidade dos cuidados, previstas e descritas no Plano Nacional de Saúde – Cuidados de Saúde Hospitalares de 2011-2016, cito: "...que um dos <i>objectivos do sistema de saúde, a que o PNS também deverá apelar, consiste na articulação dos cuidados hospitalares com outros prestadores de cuidados, entre eles os CSP e Cuidados Continuados Integrados (CCI), com necessidade de cooperação intersectorial e interinstitucional"</i> p.27</p> <p>Os objetivos deste projeto moldaram essencialmente os primeiros passos para que o SUG atuasse como força impulsionadora de tomada de decisão e articulação interdisciplinar, tendo como base a continuidade dos</p>
--	--

<p><i>respondam aos objetivos definidos.</i></p> <p><i>GI.3.3. Promove a co-participação dos cidadãos e dos diversos setores na definição dos objetivos operacionais.</i></p> <p><i>GI.3.4. Atende na elaboração das estratégias aos recursos disponíveis e aos aspetos socioculturais da comunidade</i></p> <p><i>GI.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução de problemas identificados: critérios de avaliação:</i></p> <p><i>GI.4.3. Otimiza e maximiza os recursos</i></p>	<p>cuidados aos utentes/famílias/cuidadores. Adquiri competências principalmente no que respeita a estratégias de intervenção. Constituíram-se parcerias (intra-hospitalar, e na e com a comunidade), de forma a responder às necessidades da população e alcançar os objetivos propostos.</p> <p>A participação das ONG foram essenciais para a resolução dos problemas de cariz social e de saúde, nomeadamente nos grupos alvos em que as necessidades humanas básicas assumem maior importância, como sejam o caso dos sem-abrigo. Surgiu a necessidade de formas de comunicação e interação entre os setores e disciplinas (parcerias na comunidade), o que foi decorrendo naturalmente à medida que as intervenções foram sendo mais frequentes. As parcerias são elementos essenciais para a realização deste projeto, pois para além da saúde, têm como objetivo comum acompanhar o utente/família/cuidador na sua magnitude como ser humano, nomeadamente nos aspetos socioculturais.</p> <p>A aquisição desta competência consolidou a minha capacidade de análise das difíceis situações de vida das pessoas, e que refletem o atual contexto político e económico da sociedade.</p> <p>As intervenções são delineadas e personalizadas tendo como</p>
--	---

necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos programas e projetos de intervenção.

GI.4.6. Promove o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções

GI.4.7. Demonstra habilidades nos processos de negociação com vista à participação multissetorial nos diferentes programas e projetos de intervenção."

base a condição clínica do utente e dos cuidadores e familiares, e o ambiente socioeconómico em que os utentes/famílias/cuidadores estão inseridos. Também a dificuldade em encontrar cuidador para os utentes que não podem ficar sós no domicílio, (famílias que trabalham ou incapazes de desempenhar tal papel), é outro fator muito frequente para a readmissão no SUG ou constituição dos utentes como "casos sociais".

As parcerias na comunidade (Caritas, RNCCI) e o serviço social (diligenciando cuidados domiciliários, centros de dia, etc.) assumem-se perante estes fatos uma função vital na continuidade dos cuidados. Sendo otimizado o processo de alta (regime terapêutico que promova o conforto e bem estar e encaminhamento clínico), adequado às necessidades do utente/família/cuidador, e garantindo a continuidade dos cuidados em rede, estes enfrentam menos dificuldade no processo de cuidar no domicílio, recorrendo com menor frequência às instituições de saúde.

As parcerias, principalmente na comunidade carecem de encontros e reuniões frequentes para que se encontre as melhores estratégias para a obtenção dos objetivos, que são comuns.



CONCLUSÃO

O Serviço de Urgência é uma das principais “portas” de entrada no sistema de saúde em Portugal, tem assim o dever de estar cada vez mais atento para a diversidade das necessidades dos utentes que recorrem sistematicamente por casos “não urgentes” e “pouco urgentes”, e também “urgentes” do ponto de vista do sofrimento dos utentes/famílias/cuidadores.

Dirigem-se a esta unidade de saúde na procura de respostas, que pela sua complexidade na continuidade dos cuidados necessitam de uma abordagem interdisciplinar com conjugação de esforços sectoriais (âmbito da saúde, social e comunitário).

Este projeto, de continuidade dos cuidados no âmbito do SUG, pelas suas características é similar no seu desenvolvimento a um trabalho científico de investigação-ação, pois as intervenções foram decididas à medida que as situações surgiam.

A população alvo deste projeto foi constituída por três grupos, de acordo com as necessidades de intervenção comuns: utentes/famílias/cuidadores com doença prolongada crónica, degenerativa ou em fim de vida; vítimas de violência de qualquer ordem, e utentes sem-abrigo.

Para desenvolver este projeto houve necessidade de envolver profissionais de outros serviços do hospital, enfermeiros com funções específicas que promovem a continuidade dos cuidados e outros profissionais que apesar de pertencerem a outras disciplinas (nomeadamente assistentes sociais e médicos) são essenciais para o encaminhamento/alta dos utentes/famílias/cuidadores.

Um ponto fulcral na resposta pronta e atempada dos diversos níveis de cuidados está relacionado com o planeamento da alta.

A comparência de outros profissionais, que não os das equipas de saúde no serviço de urgência, e a intervenção nas tomadas de decisão, foram ao longo do tempo vistos como uma necessidade premente na preparação da alta assegurando a continuidade dos cuidados dos utentes/famílias/cuidadores. As parcerias assumem um papel preponderante no encaminhamento dos utentes na comunidade.

É fundamental a interação do Hospital/Serviço de Urgência com a comunidade e vice-versa. Os cuidados de saúde hospitalares para fomentarem a continuidade dos cuidados carecem de uma relação estreita com os cuidados de saúde primários, nomeadamente com as Unidades de Cuidados na Comunidade e todas as suas valências. E os cuidados de saúde primários carecem do encaminhamento dos utentes com informações, as mais completas possíveis, particularmente com altas precocemente preparadas, otimizadas, para que os recursos na



comunidade possam agir com eficiência e traduzirem-se na satisfação das necessidades dos utentes.

As necessidades estão muitas vezes relacionadas com o fato de algumas doenças ditas agudas apresentarem um caráter crónico e a hospitalização dos utentes é substituída pelos cuidados em ambulatório e domiciliários.

A readmissão dos utentes/famílias/cuidadores com carência económico-social é um problema recorrente se não for corretamente encaminhado do ponto de vista social. Os profissionais de saúde estão neste momento mais sensibilizados para estes aspetos, encaminhando-os e ajustando o mais possível as necessidades de saúde às condições socioeconómicas para que estas possam ter continuidade.

O ISS referiu à Agência Lusa publicado no DN de 05-03-2012 que *“a forma como a alta é gerida condiciona o sucesso da intervenção e a manutenção dos resultados obtidos” e que, por essa razão, “importa proceder à avaliação das necessidades dos doentes, atempadamente, envolvendo no processo de preparação os familiares/cuidadores dos mesmos de modo a garantir a continuidade de cuidados”*.

No entanto aumentam as altas pendentes por motivos sociais e conseqüentemente os dias de internamento hospitalar, pois as respostas, nomeadamente as da segurança social são demoradas. Estas circunstâncias ocorrem em grande parte das vezes com utentes idosos, cujo cuidador principal também é idoso, e a família não consegue disponibilizar recursos para atender às necessidades do utente no domicílio.

O apoio social é uma realidade, vivida pelos cuidadores informais, SALGUEIRO (2008), refere:

“Neste contexto é inevitável pensar em respostas sociais que permitam aos mais velhos e suas famílias o apoio adequado a partir de uma rede integrada de serviços diversificados, que incluam os serviços públicos, particulares de solidariedade social, privados e autarquias, articulando-se entre si e com a rede informal de apoio.” p. 53

O Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária é responsável pelo desenvolvimento deste projeto e age como elemento central na equipa multidisciplinar dentro e fora da instituição. Existem seguramente ganhos em saúde que ainda não são quantificáveis, no entanto considero que com este trabalho de parceria se irão reduzir despesas em deslocações e internamentos desnecessários.



Outro aspeto importante são os hiperfrequentadores, que devem pela sua dimensão ser alvo de maior estudo e importância pelas administrações hospitalares, pois constituem uma grande “fatia” dos consumidores dos cuidados de saúde, e cujo impacto nos gastos ainda não são conhecidos.

Foi objetivo geral deste projeto fomentar a continuidade dos cuidados nas equipas de saúde do SUG, encontrando estruturas de apoio na instituição hospitalar e na comunidade, ou seja desenvolver um trabalho em rede com uma equipa multidisciplinar e interinstitucional, constituída por um conjunto de profissionais de diversas áreas e que mobilizam qualidades individuais, competências e experiências para o cuidar do utente/família/cuidador.

A implementação deste projeto permite já neste momento novas formas de estar e de avaliação por parte dos profissionais de saúde, na alta dos utentes/famílias/cuidadores tendo sempre presente a continuidade dos cuidados, pois é primordial, a **“Urgência de Continuar a Cuidar”**.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUGUSTO, Berta M. et al - **Cuidados continuados, Família, Centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar.** Coleção Manual Sinais Vitais Formasau, Formação e Saúde fda
ISBN: 972-8485-60-3 2005

BRISSOS, Maria Adelaide - **O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde.** Revista portuguesa de Saúde Pública. Vol. 22, nº1
Jan/Junho (2004) pp. 43-55

CARRILHO, Tiago - **Conceito de parceria: três projetos locais de promoção do emprego.** Análise Social, vol. XLIII (1.º), (2008), 81-107

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

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL – **Relatório de satisfação do serviço de urgência. Gabinete do Utente.** 2011

DELOITE – **Saúde em Análise uma Visão para o Futuro.** 2011

DECRETO-LEI nº 101/06. D. R. I Série. 109 (06-06-06) pp. 3856-386

DIREÇÃO GERAL DOS HOSPITAIS, Circular Informativa nº 12/DSPCS de 19/04/04, 1997.

Escola superior de enfermagem de Santarém, Grupo de Investigação e Desenvolvimento de Enfermagem em Ação (GIDEA) – **“Instrumentos Básicos de Construção da disciplina de Enfermagem Expressões e significados”** Santarém 2003

GUERRA, Isabel – **Introdução à metodologia de projeto.** Lisboa 1994

HESBEEN, Walter -**Cuidar no Hospital -.** Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.



LOURO, Maria C. - **Cuidados Continuados no Domicílio**. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem. Dez.2009

MARQUES, Rita M. - **Readmissão dos doentes dependentes no serviço de urgência: estudos de alguns factores**. Revista de Enfermagem Referência III serie – nº. 3 Mar. (2011) pp-95-104

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Morbilidade Hospitalar: Serviço Nacional de Saúde 2004-2005**. Lisboa. Direcção Geral de Saúde, 2007

OLIVEIRA, Agripino - **Hiper utilizadores e urgência**. Acta Med Port. 2008; 21(6) pp553-558

OPSS – **10/30 anos: razões para continuar: relatório de Primavera**. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Mar da Palavra, 2009.

PORTUGAL - **Cuidados de Saúde Hospitalares PNS 2011-2016**

PORTUGAL, DIÁRIO DA RÉPUBLICA, 18 DE FEVEREIRO 2011, Nº 35, PARTE E, pp.8667-8669

PORTUGAL – **Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação dos utentes dos hospitais**. Administração Central dos Sistemas de saúde 2010

PORTUGAL - **IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica 2011-2013**.Ministério da Igualdade.

PORTUGAL - **Estratégia nacional para a integração de pessoas sem-abrigo. Prevenção, intervenção e acompanhamento 2009-2015**

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento. **Rede hospitalar de urgência/emergência**. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001 – p.24



RUIVO, Maria, et al – **Metodologia de projeto: Coletânea Descritiva das Etapas.** Revista Percursos, nº 5, (2007)

SALGUEIRO, Hugo – **Perceção do Estado de Saúde e Qualidade de Vida da Família que Coabita e Cuida de um Idoso Dependente.** Revista Investigação em Enfermagem. Formasau (2008) Fev. 51-63 (Anexo I).

SERRANO, M. Teresa et al – **Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s).** Revista de Enfermagem Referencia III serie – nº. 3 Mar. (2011) pp15-23

STHANHOPE, Marcia; LANCASTER. 1. - **Enfermagem comunitária: Promoção da saúde de grupos, família e indivíduos.** 4ª Ed.. Lisboa: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-05-3.

TAVARES, António – **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde.** Ministério da Saúde. 1990.

VIEIRA, João – **Triagem de Enfermagem na Urgência Geral de Adultos Uma Realidade no Hospital Amadora-Sintra.** Revista Sinais Vitais Número 42. Maio (2002). pp.33 a 35

REFERÊNCIA ELETRÓNICA:

Agência Lusa 2012 consultado em (08-03-2012 10:56)
http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=2341410&page=-1



ANEXOS



ANEXO 1

FICHA DE LIGAÇÃO MULTIDISCIPLINAR



Folha de Articulação Multidisciplinar para Utentes de Cuidados Continuados

Data: ___/___/___ Hora: ___h___ Registo entrada N.º ___/___ ECC de Palmela
 ECC de Setúbal

Nome Profissional que envia:

Instituição:	De:	Para:
--------------	-----	-------

I – Identificação

Nome _____	C. Saúde _____	
	Médico _____	
D.N. _____ Est. Civil _____	NOP _____	
Morada _____	Hospital _____	
Telefone _____ Telemóvel _____	Serviço _____	
Sist. Saúde _____	Médico _____	
N. Beneficiário _____	Internamento _____	/ /
	Alta Hospital _____	/ /

II – Solicitado por

Enfermeiro Familiar Hospital Médico As. Social Vizinho Outro

III – Intervenção necessária

Médica Enfermagem Ass. Social Fisioterapeuta/Reabilitação Aj. Familiar

IV – Informação clínica

Patologia Identificada _____
 Tipo de Tratamento _____

Necessidade de resposta para

Hoje Amanhã Próximas 48 H

V – Nível de Dependência

Índice de KATZ: I II III IV Temporário Definitivo

VI – Caracterização Familiar

Nuclear Unitária Alargada Instituição Outra

VII – Alojamento

Casa térrea Andar Vívenda Barraca

Necessidade de adaptação

VIII – Outras observações



Objetivo da folha de articulação Multidisciplinar:

- Permitir a referenciação entre todos os parceiros comunitários e as Unidades de Cuidados da Comunidades – Equipas de Cuidados Continuados do ACES e vice-versa.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

INSTITUIÇÃO: Entidade que referencia o doente;

DE: Serviço emissor;

PARA: Entidade receptora do doente;

I – IDENTIFICAÇÃO: Pode ser utilizada etiqueta autocolante informatizada;

II – SOLICITADO POR: Entidade que solicita a visita;

III – INTERVENÇÃO NECESSÁRIA

IV – INFORMAÇÃO CLÍNICA

V – NÍVEL DE DEPENDÊNCIA: ÍNDICE DE KATZ ADAPTADO (Utilizar o campo VIII no caso de ser necessário acrescentar outras informações);

CLASSIFICAÇÃO DA DEPENDÊNCIA

NÍVEL I	Dependência apenas para deslocação fora do domicílio
NÍVEL II	Dependência para uma só actividade de vida diária
NÍVEL III	Dependência para duas ou mais actividades de vida diária
NÍVEL IV	Totalmente dependente de 3ª pessoa, 24 h por dia

ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA AFECTADAS

A	Alimentar-se		E	Controlar os esfíncteres	
B	Preparar os alimentos		F	Fazer a lida da casa	
C	Deslocar-se em casa		G	Fazer as compras	
D	Fazer a higiene pessoal e vestir-se				

VI – CACTERIZAÇÃO FAMILIAR

Unitária – Constituída por uma só pessoa;

Nuclear – Casal com ou sem filhos;

Atargada – Família nuclear mais outros elementos, consanguíneos ou não;

Instituição – Indivíduos residentes em alojamento colectivo.

VII – ALOJAMENTO: Tipo, por exemplo ANDAR, MORADIA, BARRACA, S/ABRIGO, etc.

Se necessário necessidade de adaptação acrescentar outras informações;

VIII – OUTRAS OBSERVAÇÕES: Descrever aqui outras informações relevantes, em relação com os pontos supra citados.



ANEXO 2

FICHA DE SINALIZAÇÃO DE SEM-ABRIGO



NPISA de Setúbal – Ficha de Sinalização

Entidade Sinalizadora	
Nome/Serviço _____	
Morada _____	
Contacto (T) _____	E-mail _____
Identificação do Sinalizador _____	Contacto _____
Apresentação da Situação	
1. Pessoa Sinalizada	
1.1. Nome _____	
1.2. Idade _____	1.3. Sexo <input type="checkbox"/> Masc, <input type="checkbox"/> Fem.
1.4. Nacionalidade _____ Se estrangeiro: situação regularizada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
1.5. Com processo na Entidade Sinalizadora <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
1.6. Documentos de identificação <input type="checkbox"/> BI/CC/NISS n.º _____ <input type="checkbox"/> Outro _____	
2. Local onde poderá ser encontrado	
2.1. Local de permanência habitual _____	
2.2. Onde almoça _____	
2.3. Onde dorme _____	
2.4. Equipa de rua com quem tem contacto _____	
3. Contacto de familiar/amigo/conhecido do próprio _____	
4. Local em que foi encontrado _____	
5. Descrição factual (circunstâncias em que foi encontrado) _____	
6. Problemáticas associadas <input type="checkbox"/> Adições <input type="checkbox"/> Saúde Mental <input type="checkbox"/> Doença infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Justiça <input type="checkbox"/> Outra. Qual _____	
7. Encaminhamento imediato <input type="checkbox"/> LNES <input type="checkbox"/> ISS <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> IDT <input type="checkbox"/> OPC <input type="checkbox"/> Não se aplica	
Assinatura: _____	
8. Data sinalização ____ / ____ / ____ Data reunião NPISA ____ / ____ / ____	
9. Sinalização para: interlocutor local / gestor de caso (identificação) _____	
10. Contacto interlocutor local / gestor de caso _____	
Assinatura: _____	

Esta ficha deverá ser preenchida por todas as entidades que sinalizem situações de pessoas em situação de sem-abrigo, no encaminhamento para outras entidades. A Sinalização deve ser efectuada por e-mail, para os responsáveis que tenham sido definidos localmente para a sua recepção. Nos casos em que não exista a possibilidade de recorrer ao e-mail, poderá o contacto ser efectuado via fax. Nestes casos solicita-se que o preenchimento seja feito de forma bem legível, utilizando caracteres de imprensa



ANEXO 3

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DA PARCERIA PARA A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS NA COMUNIDADE



**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DA PARCERIA PARA A
CONTINUIDADE DOS CUIDADOS (Caritas Diocesanas)**

O projeto que tenho vindo a desenvolver na área de ambulatório, do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital de S. Bernardo, que intitulei “A Urgência de Continuar a Cuidar” tem como finalidade: Fomentar a Continuidade dos Cuidados de Saúde no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS). As parcerias são elementos essenciais para a concretização do mesmo e para atingir o objetivo proposto.

Pretende-se que responda a este questionário a pessoa que ficou vinculada nesta parceria, assinalando na escala de Likert as respostas às seguintes preposições.

As respostas são confidenciais preservando o anonimato, sendo os dados tratados com toda a privacidade e apenas para informação estatística.

Assinale com O a sua resposta escolhendo apenas uma opção.

1 – A **CARITAS Diocesanas** desenvolve atividades em parceria com o **SUG**, no que respeita à continuidade dos cuidados, a utentes pertencentes a grupos vulneráveis como sejam a potenciais utentes sem abrigos, sem abrigo ou vítimas de violência doméstica.

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

2 – A **CARITAS Diocesanas** é uma instituição que promove a continuidade dos cuidados tendo em conta a reinserção e reabilitação dos utentes.

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

3- A **CARITAS Diocesanas** é uma instituição integrante da rede de comunitária da proximidade de cuidados que beneficia com a parceria dos cuidados no **SUG**, no que respeita aos encaminhamentos dos utentes .

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO!



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DA PARCERIA PARA A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS (NPISA)

O projeto que tenho vindo a desenvolver na área de ambulatório, do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital de S. Bernardo, que intitulei “*A Urgência de Continuar a Cuidar*” tem como finalidade: Fomentar a Continuidade dos Cuidados de Saúde no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS). As parcerias são elementos essenciais para a concretização do mesmo e para atingir o objetivo proposto.

Pretende-se que responda a este questionário a pessoa que ficou vinculada nesta parceria, assinalando na escala de Likert as respostas às seguintes preposições.

As respostas são confidenciais preservando o anonimato, sendo os dados tratados com toda a privacidade e apenas para informação estatística.

Assinale com a sua resposta escolhendo apenas uma opção.

- 1 – O NPISA desenvolve atividades em parceria com o SUG, no que respeita à continuidade dos cuidados, a utentes pertencentes a grupos vulneráveis como sejam a potenciais utentes sem abrigos, e sem abrigos.

Concordo plenamente	Concordo em grande parte	Concordo um pouco	Nem concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo em grande parte	Discordo plenamente

- 2 – O NPISA é uma instituição que promove a continuidade dos cuidados tendo em conta a reinserção e reabilitação dos utentes.

Concordo plenamente	Concordo em grande parte	Concordo um pouco	Nem concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo em grande parte	Discordo plenamente

- 3- O NPISA integra a rede comunitária da proximidade de cuidados que beneficia com a parceria dos cuidados no SUG, no que respeita aos encaminhamentos dos utentes.

Concordo plenamente	Concordo em grande parte	Concordo um pouco	Nem concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo em grande parte	Discordo plenamente

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO!



**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DA PARCERIA PARA A
CONTINUIDADE DOS CUIDADOS (ACS de Setúbal e Palmela)**

O projeto que tenho vindo a desenvolver na área de ambulatório, do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital de S. Bernardo, que intitulei “*A Urgência de Continuar a Cuidar*” tem como finalidade: Fomentar a Continuidade dos Cuidados de Saúde no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS). As parcerias são elementos essenciais para a concretização do mesmo e para atingir o objetivo proposto.

Pretende-se que responda a este questionário a pessoa que ficou vinculada nesta parceria, assinalando na escala de Likert as respostas às seguintes preposições.

As respostas são confidenciais preservando o anonimato, sendo os dados tratados com toda a privacidade e apenas para informação estatística.

Assinale com O a sua resposta escolhendo apenas uma opção.

1- O ACS de Setúbal e Palmela desenvolve atividades em parceria com o SUG, no que respeita à continuidade dos cuidados, a utentes com necessidade de cuidados de saúde continuados no domicílio.

Concordo plenamente	Concordo em grande parte	Concordo um pouco	Nem concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo em grande parte	Discordo plenamente

2 - O ACS de Setúbal e Palmela é uma instituição que promove a continuidade dos cuidados tendo em conta o tratamento, cura e reabilitação dos utentes.

Concordo plenamente	Concordo em grande parte	Concordo um pouco	Nem concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo em grande parte	Discordo plenamente

3- O ACS de Setúbal e Palmela é uma instituição integrante da rede de comunitária da proximidade de cuidados que beneficia com a parceria dos cuidados no SUG, no que respeita aos encaminhamentos dos utentes.

Concordo plenamente	Concordo em grande parte	Concordo um pouco	Nem concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo em grande parte	Discordo plenamente

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO



**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DA PARCERIA PARA A
CONTINUIDADE DOS CUIDADOS (Desafio Jovem)**

O projeto que tenho vindo a desenvolver na área de ambulatório, do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital de S. Bernardo, que intitulei “*A Urgência de Continuar a Cuidar*” tem como finalidade: Fomentar a Continuidade dos Cuidados de Saúde no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS). As parcerias são elementos essenciais para a concretização do mesmo e para atingir o objetivo proposto. Pretende-se que responda a este questionário a pessoa que ficou vinculada nesta parceria, assinalando na escala de Likert as respostas às seguintes preposições.

As respostas são confidenciais preservando o anonimato, sendo os dados tratados com toda a privacidade e apenas para informação estatística.

Assinale com O a sua resposta escolhendo apenas uma opção.

1 – O **Desafio Jovem** desenvolve atividades em parceria com o SUG, no que respeita à continuidade dos cuidados, a utentes pertencentes a grupos vulneráveis como sejam a utentes com hábitos aditivos.

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

2 – O **Desafio Jovem** é uma instituição que promove a continuidade dos cuidados tendo em conta o tratamento, cura e reabilitação dos utentes.

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

3– O **Desafio Jovem** é uma instituição integrante da rede de comunitária da proximidade de cuidados que beneficia com a parceria dos cuidados no SUG, no que respeita aos encaminhamentos dos utentes.

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO!



ANEXO 4

QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DAS PARCERIAS PARA A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DA PARCERIA PARA A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS (EGA)

O projeto que tenho vindo a desenvolver na área de ambulatório, do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital de S. Bernardo, que intitulei “*A Urgência de Continuar a Cuidar*” tem como finalidade: Fomentar a Continuidade dos Cuidados de Saúde no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS). As parcerias são elementos essenciais para a concretização do mesmo e para atingir o objetivo proposto. Pretende-se que responda a este questionário a pessoa que ficou vinculada nesta parceria, assinalando na escala de Likert as respostas às seguintes preposições.

As respostas são confidenciais preservando o anonimato, sendo os dados tratados com toda a privacidade e apenas para informação estatística.

Assinale com a sua resposta escolhendo apenas uma opção.

1 – A EGA (Equipa de Gestão de Altas) desenvolve atividades em parceria com o SUG, no que respeita à continuidade dos cuidados.

Concordo plenamente	Concordo em grande parte	Concordo um pouco	Nem concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo em grande parte	Discordo plenamente

2 – A EGA promove a continuidade dos cuidados tendo em conta as necessidades dos utentes, após a alta hospitalar do SUG.

Concordo plenamente	Concordo em grande parte	Concordo um pouco	Nem concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo em grande parte	Discordo plenamente

3- A EGA beneficia com a parceria dos cuidados no SUG, no que respeita aos encaminhamentos dos utentes.

Concordo plenamente	Concordo em grande parte	Concordo um pouco	Nem concordo nem discordo	Discordo um pouco	Discordo em grande parte	Discordo plenamente

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO!



**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DA PARCERIA PARA A
CONTINUIDADE DOS CUIDADOS (Serviço Social)**

O projeto que tenho vindo a desenvolver na área de ambulatório, do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital de S. Bernardo, que intitulei “*A Urgência de Continuar a Cuidar*” tem como finalidade: Fomentar a Continuidade dos Cuidados de Saúde no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS). As parcerias são elementos essenciais para a concretização do mesmo e para atingir o objetivo proposto. Pretende-se que responda a este questionário a pessoa que ficou vinculada nesta parceria, assinalando na escala de Likert as respostas às seguintes preposições.

As respostas são confidenciais preservando o anonimato, sendo os dados tratados com toda a privacidade e apenas para informação estatística.

Assinale com O a sua resposta escolhendo apenas uma opção.

1 – O Serviço Social desenvolve atividades em parceria com o SUG, no que respeita à continuidade dos cuidados.

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

--	--	--	--	--	--	--

2 – O Serviço Social promove a continuidade dos cuidados tendo em conta as necessidades dos utentes, na preparação e gestão da alta hospitalar.

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

--	--	--	--	--	--	--

3– O Serviço Social beneficia com a parceria dos cuidados no SUG, no que respeita aos encaminhamentos dos utentes..

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

--	--	--	--	--	--	--

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO!



**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DA PARCERIA PARA A
CONTINUIDADE DOS CUIDADOS (Unidade da Dor)**

O projeto que tenho vindo a desenvolver na área de ambulatório, do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital de S. Bernardo, que intitulei “*A Urgência de Continuar a Cuidar*” tem como finalidade: Fomentar a Continuidade dos Cuidados de Saúde no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS). As parcerias são elementos essenciais para a concretização do mesmo e para atingir o objetivo proposto. Pretende-se que responda a este questionário a pessoa que ficou vinculada nesta parceria, assinalando na escala de Likert as respostas às seguintes preposições.

As respostas são confidenciais preservando o anonimato, sendo os dados tratados com toda a privacidade e apenas para informação estatística.

Assinale com O a sua resposta escolhendo apenas uma opção.

1 – A **Unidade da Dor** desenvolve atividades em parceria com o SUG, no que respeita à continuidade dos cuidados.

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

--	--	--	--	--	--	--

2 – A **Unidade da Dor** promove a continuidade dos cuidados tendo em conta as necessidades anti-álgicas dos utentes, que recorrem ao SUG.

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

--	--	--	--	--	--	--

3– A **Unidade da Dor** beneficia com a parceria dos cuidados no SUG, no que respeita aos encaminhamentos dos utentes.

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

--	--	--	--	--	--	--

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO!



**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DA PARCERIA PARA A
CONTINUIDADE DOS CUIDADOS (Hospital de Dia de Neurologia)**

O projeto que tenho vindo a desenvolver na área de ambulatório, do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital de S. Bernardo, que intitulei “*A Urgência de Continuar a Cuidar*” tem como finalidade: Fomentar a Continuidade dos Cuidados de Saúde no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS). As parcerias são elementos essenciais para a concretização do mesmo e para atingir o objetivo proposto. Pretende-se que responda a este questionário a pessoa que ficou vinculada nesta parceria, assinalando na escala de Likert as respostas às seguintes preposições.

As respostas são confidenciais preservando o anonimato, sendo os dados tratados com toda a privacidade e apenas para informação estatística.

Assinale com O a sua resposta escolhendo apenas uma opção.

1 – O Hospital de Dia de Neurologia desenvolve atividades em parceria com o SUG, no que respeita à continuidade dos cuidados.

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

2 – O Hospital de Dia de Neurologia promove a continuidade dos cuidados tendo em conta as necessidades dos utentes neurológicos, que recorrem ao SUG.

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

3– O Hospital de Dia de Neurologia beneficia com a parceria dos cuidados no SUG, no que respeita aos encaminhamentos dos utentes.

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO!



**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DA PARCERIA PARA A
CONTINUIDADE DOS CUIDADOS (Consulta de Paliativos)**

O projeto que tenho vindo a desenvolver na área de ambulatório, do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital de S. Bernardo, que intitulei “*A Urgência de Continuar a Cuidar*” tem como finalidade: Fomentar a Continuidade dos Cuidados de Saúde no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS). As parcerias são elementos essenciais para a concretização do mesmo e para atingir o objetivo proposto. Pretende-se que responda a este questionário a pessoa que ficou vinculada nesta parceria, assinalando na escala de Likert as respostas às seguintes preposições.

As respostas são confidenciais preservando o anonimato, sendo os dados tratados com toda a privacidade e apenas para informação estatística.

Assinale com O a sua resposta escolhendo apenas uma opção.

1 – A Consulta de Paliativos desenvolve atividades em parceria com o SUG, no que respeita à continuidade dos cuidados.

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

--	--	--	--	--	--	--

2 – A Consulta de Paliativos promove a continuidade dos cuidados tendo em conta as necessidades dos utentes oncológicos, que recorrem ao SUG.

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

--	--	--	--	--	--	--

3– A Consulta de Paliativos beneficia com a parceria dos cuidados no SUG, no que respeita aos encaminhamentos dos utentes.

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

--	--	--	--	--	--	--

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO!



**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DA PARCERIA PARA A
CONTINUIDADE DOS CUIDADOS (Hospital de Dia da Medicina)**

O projeto que tenho vindo a desenvolver na área de ambulatório, do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital de S. Bernardo, que intitulei “*A Urgência de Continuar a Cuidar*” tem como finalidade: Fomentar a Continuidade dos Cuidados de Saúde no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS). As parcerias são elementos essenciais para a concretização do mesmo e para atingir o objetivo proposto. Pretende-se que responda a este questionário a pessoa que ficou vinculada nesta parceria, assinalando na escala de Likert as respostas às seguintes preposições.

As respostas são confidenciais preservando o anonimato, sendo os dados tratados com toda a privacidade e apenas para informação estatística.

Assinale com O a sua resposta escolhendo apenas uma opção.

1 – O Hospital de Dia da Medicina desenvolve atividades em parceria com o SUG, no que respeita à continuidade dos cuidados.

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

--	--	--	--	--	--	--

2 – O Hospital de Dia da Medicina promove a continuidade dos cuidados tendo em conta as necessidades dos utentes de medicina, que recorrem ao SUG.

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

--	--	--	--	--	--	--

3– O Hospital de Dia da Medicina beneficia com a parceria dos cuidados no SUG, no que respeita aos encaminhamentos dos utentes.

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

--	--	--	--	--	--	--

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO!



QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DA PARCERIA PARA A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS (Hospital de Dia de Oncologia)

O projeto que tenho vindo a desenvolver na área de ambulatório, do Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal – Hospital de S. Bernardo, que intitulei “*A Urgência de Continuar a Cuidar*” tem como finalidade: Fomentar a Continuidade dos Cuidados de Saúde no Serviço de Urgência Geral do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS). As parcerias são elementos essenciais para a concretização do mesmo e para atingir o objetivo proposto. Pretende-se que responda a este questionário a pessoa que ficou vinculada nesta parceria, assinalando na escala de Likert as respostas às seguintes preposições.

As respostas são confidenciais preservando o anonimato, sendo os dados tratados com toda a privacidade e apenas para informação estatística.

Assinale com O a sua resposta escolhendo apenas uma opção.

1 – O Hospital de Dia de Oncologia desenvolve atividades em parceria com o SUG, no que respeita à continuidade dos cuidados.

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

2 – O Hospital de Dia Oncologia promove a continuidade dos cuidados tendo em conta as necessidades dos utentes de medicina, que recorrem ao SUG.

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

3– O Hospital de Dia da Oncologia beneficia com a parceria dos cuidados no SUG, no que respeita aos encaminhamentos dos utentes.

Concordo plenamente Concordo em grande parte Concordo um pouco Nem concordo nem discordo Discordo um pouco Discordo em grande parte Discordo plenamente

MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO!



ANEXO 5

**RESULTADO DOS QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DO
FUNCIONAMENTO DAS PARCERIAS PARA A CONTINUIDADE DOS
CUIDADOS NA COMUNIDADE**



Resultado dos questionários de avaliação do funcionamento das parcerias para a continuidade dos cuidados na comunidade

PARCERIAS NA COMUNIDADE	QUESTÕES	RESULTADOS
<p><i>ACS de Setúbal e Palmela (UCC de Setúbal e Palmela no qual estão incluídos os cuidados continuados e RNCCD)</i></p>	<p>1- O ACS de Setúbal e Palmela desenvolve atividades em parceria com o SUG, no que respeita à continuidade dos cuidados, a utentes com necessidade de cuidados de saúde continuados no domicílio.</p> <p>2 - O ACS de Setúbal e Palmela é uma instituição que promove a continuidade dos cuidados tendo em conta o tratamento, cura e reabilitação dos utentes.</p> <p>3 - O ACS de Setúbal e Palmela é uma instituição integrante da rede de comunitária da proximidade de cuidados que beneficia com a parceria dos cuidados no SUG, no que respeita aos encaminhamentos dos utentes.</p>	<p>R. Concorde em grande parte</p> <p>R. Concorde plenamente</p> <p>R. Concorde plenamente</p>
	<p>1 - A Caritas Diocesanas desenvolve atividades em parceria com o SUG, no que respeita à continuidade dos cuidados, a utentes pertencentes a grupos vulneráveis como sejam utentes sem abrigos.</p>	<p>R. Concorde em grande parte</p>

<p><i>Cáritas Diocesanas</i></p>	<p>2 – A Cáritas Diocesanas é uma instituição que promove a continuidade dos cuidados tendo em conta a reinserção e reabilitação dos utentes</p> <p>3 - A Cáritas Diocesanas é uma instituição integrante da rede de comunitária da proximidade de cuidados que beneficia com a parceria dos cuidados no SUG, no que respeita aos encaminhamentos dos utentes.</p>	<p>R. Concorde em grande parte</p> <p>R. Concorde em grande parte</p>
<p><i>Desafio Jovem</i></p>	<p>1 – O Desafio Jovem desenvolve atividades em parceria com o SUG, no que respeita à continuidade dos cuidados, a utentes pertencentes a grupos vulneráveis como sejam a utentes com hábitos aditivos.</p> <p>2 – O Desafio Jovem é uma instituição que promove a continuidade dos cuidados tendo em conta o tratamento, cura e reabilitação dos utentes.</p> <p>3 -. O Desafio Jovem é uma instituição integrante da rede de comunitária da proximidade de cuidados que beneficia com a parceria dos cuidados no SUG, no que respeita aos encaminhamentos dos utentes.</p>	<p>R. Concorde em grande parte</p> <p>R. Concorde em grande parte</p> <p>R. Concorde um pouco</p>
<p><i>NPISA (Núcleo de Prevenção e Intervenção aos sem Abrigos)</i></p>	<p>1 – O NPISA desenvolve atividades em parceria com o SUG, no que respeita à continuidade dos cuidados, a utentes pertencentes a grupos</p>	<p>R. Concorde em grande parte</p>

	<p>vulneráveis como sejam a utentes sem abrigos.</p> <p>2 – O NPISA promove a continuidade dos cuidados tendo em conta a reinserção e reabilitação dos utentes.</p> <p>3- O NPISA tem elementos que integram a rede comunitária da proximidade de cuidados que beneficia com a parceria dos cuidados no SUG, no que respeita aos encaminhamentos dos utentes.</p>	<p>R. Concordo em grande parte</p> <p>R. Concordo em grande parte</p>
--	---	---



ANEXO 6

RESULTADO DOS QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO DAS PARCERIAS PARA A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS NA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Resultado do questionário de avaliação do funcionamento das parcerias para a continuidade dos cuidados na instituição hospitalar

PARCERIAS INTRA-HOSPITALARES	QUESTÕES	RESULTADOS
<i>Equipa de Gestão de Altas (EGA)</i>	<p>1 – A EGA (Equipa de Gestão de Altas) desenvolve atividades em parceria com o SUG, no que respeita à continuidade dos cuidados.</p> <p>2 – A EGA promove a continuidade dos cuidados tendo em conta as necessidades dos utentes, após a alta hospitalar do SUG.</p> <p>3 - A EGA beneficia com a parceria dos cuidados no SUG, no que respeita aos encaminhamentos dos utentes.</p>	<p>R. Concorde plenamente</p> <p>R. Concorde plenamente</p> <p>R. Concorde plenamente</p>
<i>Serviço Social</i>	<p>1 – O Serviço Social desenvolve atividades em parceria com o SUG, no que respeita à continuidade dos cuidados</p> <p>2 – O Serviço Social promove a continuidade dos cuidados tendo em conta as necessidades dos utentes, na preparação e gestão da alta hospitalar.</p> <p>3 - O Serviço Social beneficia com a parceria dos cuidados no SUG, no que respeita aos encaminhamentos dos utentes</p>	<p>R. Concorde plenamente</p> <p>R. Concorde plenamente</p> <p>R. Concorde plenamente</p>

<p><i>Unidade da Dor</i></p>	<p>1 – A Unidade da Dor desenvolve atividades em parceria com o SUG, no que respeita à continuidade dos cuidados.</p> <p>2 – A Unidade da Dor promove a continuidade dos cuidados tendo em conta as necessidades antiálgicas dos utentes, que recorrem ao SUG.</p> <p>3 - A Unidade da Dor beneficia com a parceria dos cuidados no SUG, no que respeita aos encaminhamentos dos utentes.</p>	<p>R. Concorde plenamente</p> <p>R. Concorde em grande parte</p> <p>R. Concorde plenamente</p>
<p><i>Hospital de Dia da Neurologia</i></p>	<p>1 – O Hospital de Dia de Neurologia desenvolve atividades em parceria com o SUG, no que respeita à continuidade dos cuidados.</p> <p>2 – O Hospital de Dia de Neurologia promove a continuidade dos cuidados tendo em conta as necessidades dos utentes neurológicos, que recorrem ao SUG.</p> <p>3– O Hospital de Dia de Neurologia beneficia com a parceria dos cuidados no SUG, no que respeita aos encaminhamentos dos utentes</p>	<p>R. Discordo em grande parte</p> <p>R. Concorde em grande parte</p> <p>R. Discordo em grande parte</p>
	<p>1 - A Consulta de Paliativos desenvolve atividades em</p>	<p>R. Concorde plenamente</p>

<p><i>Consulta de Paliativos</i></p>	<p>parceria com o SUG, no que respeita à continuidade dos cuidados.</p> <p>2 – A <i>Consulta de Paliativos</i> promove a continuidade dos cuidados tendo em conta as necessidades dos utentes oncológicos, que recorrem ao SUG.</p> <p>3– A <i>Consulta de Paliativos</i> beneficia com a parceria dos cuidados no SUG, no que respeita aos encaminhamentos dos utentes.</p>	<p>R. Concorde plenamente</p> <p>R. Concorde plenamente</p>
<p><i>O Hospital de Dia da Medicina</i></p>	<p>1 - O <i>Hospital de Dia da Medicina</i> desenvolve atividades em parceria com o SUG, no que respeita à continuidade dos cuidados.</p> <p>2 – O <i>Hospital de Dia da Medicina</i> promove a continuidade dos cuidados tendo em conta as necessidades dos utentes de medicina, que recorrem ao SUG.</p> <p>3– O <i>Hospital de Dia da Medicina</i> beneficia com a parceria dos cuidados no SUG, no que respeita aos encaminhamentos dos utentes.</p>	<p>R. Discordo um pouco</p> <p>R. Concorde um pouco</p> <p>R. Concorde um pouco</p>
<p><i>Hospital de Dia de Oncologia</i></p>	<p>1 – O <i>Hospital de Dia de Oncologia</i> desenvolve atividades em parceria com o SUG, no que respeita à continuidade dos cuidados.</p>	<p>R. Concorde plenamente</p>



	<p>2 – O Hospital de Dia Oncologia promove a continuidade dos cuidados tendo em conta as necessidades dos utentes de medicina, que recorrem ao SUG.</p> <p>3 - O Hospital de Dia da Oncologia beneficia com a parceria dos cuidados no SUG, no que respeita aos encaminhamentos dos utentes.</p>	<p>R. Concorde plenamente</p> <p>R. Concorde plenamente</p>
--	--	---

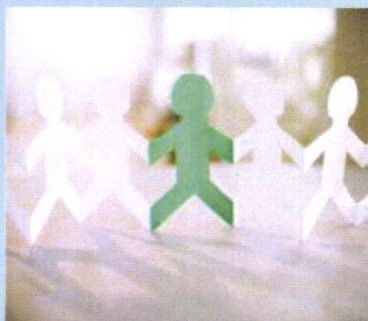


ANEXO 7

PANFLETO SOBRE OS RECURSOS NA COMUNIDADE

SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE

INFORMAÇÃO AOS UTENTES/ FAMILIAS/CUIDADORES SOBRE RECURSOS NA COMUNIDADE



**PROJETO DE SAÚDE
COMUNITÁRIA**

**ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE
COMUNITÁRIA**

IDÁLIA VALÉRIO

**2ª A 6ª FEIRA DAS 8-16H
SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL**

TEL. 265549000 - EXT 6012



**A URGÊNCIA DE CONTINUAR
A CUIDAR**

**RECURSOS DISPONÍVEIS NA COMUNIDADE AO UTENTE
DO SERVIÇO DE URGÊNCIA:**

CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

CUIDADOS CONTINUADOS

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

APOIO SOCIAL—SERVIÇO SOCIAL

APOIO DE INSTITUIÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS

APOIO À VITIMA /QUESTÕES MÉDICO-LEGAIS

