

18



**A formação pelos pares:
um contributo para melhorar a avaliação
das necessidades dos utentes**

**Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre
na Especialidade de Enfermagem Comunitária**

Ana Cristina da Silva Gonçalves

Orientador:
Mestre Isabel Barroso da Silva

Co-orientador:
Mestre Marta Rosa

AGRADECIMENTOS

Agradece em especial aos seus familiares pela compreensão, ajuda e incentivo ao longo de todo este percurso.

À Sr.^a Prof. Coordenadora Isabel Barroso pela orientação e Prof. Marta Rosa pela sua colaboração.

Ao Prof. Mário Silva pelo contributo das suas observações e sugestões.

A todos eles um agradecimento, pelo incentivo de prosseguir com otimismo e segurança.

Um reconhecimento sincero a todos quantos lhe disponibilizaram ajuda, e tempo despendido, tendo contribuído para a realização deste trabalho.

PENSAMENTO

**“ Não se fez um degrau numa escada para descansar nele,
mas apenas para apoiar nele um pé,
o tempo suficiente para passar a outro mais
acima”.**

Frank Clark

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES	- Agrupamentos de Centros de Saúde
Art.º	- Artigo
Dec. Lei	- Decreto-lei
ECCI	- Equipa de Cuidados Continuados Integrados
Et al	- E outros
IAI	- Instrumento de Avaliação Integrada
Nº	- Número
OE	- Ordem dos Enfermeiros
P.	- Página
PBE	- Prática Baseada na Evidência
PICO	- População, Intervenção, Comparação e Resultados
RNCCI	- Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados
SINUS	- Sistema de Informação para as Unidades de Saúde
UCC	- Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UMCCI	- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

RESUMO

A população está mais consciente dos seus direitos no que diz respeito à defesa da saúde, refletindo-se num maior grau de exigência e simultaneamente os contextos sociais e profissionais estão em constante desenvolvimento. Neste sentido emerge a necessidade dos enfermeiros atualizarem os seus conhecimentos, mobilizando-os, com o intuito da autovalorização, otimização de recursos e evolução qualitativa dos resultados. Como forma de obter um nível mais elevado de qualificação que permita dar respostas mais eficazes às necessidades de saúde das populações, torna-se relevante o desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros. A formação em serviço é uma das estratégias de atualização, no contexto de trabalho desde que sejam abrangidos todos os intervenientes do processo de cuidados, que vá ao encontro das necessidades dos formandos, dos objetivos da unidade/equipa e também da instituição.

A Educação pelos Pares é considerada uma estratégia que aliada à formação em serviço leva a ganhos em saúde tanto para os enfermeiros como para os utentes e para a instituição. Esta estratégia abrange membros experientes e de apoio num grupo específico, estimulando a mudança no comportamento entre os elementos desse mesmo grupo. Também leva à mobilização dos vários tipos de saberes, emergindo no processo de cuidados, a centralidade na pessoa.

Ao mobilizar o Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman, permitiu olhar para o sujeito de cuidados numa perspetiva sistémica, pois a análise e a avaliação da situação integra o sujeito de cuidados e família como parceiros de cuidados.

Os resultados do desenvolvimento do estágio, implícitos neste relatório, revelam que após as sessões de formação elaboradas aos pares, foram efetuadas mudanças das práticas dos enfermeiros cujos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem significaram ganhos em saúde para os utentes, no que se refere à satisfação das necessidades destes, e para a equipa que consumiu menos recursos humanos e materiais.

PALAVRAS-CHAVE: enfermeiros, estratégias formativas, necessidades, cliente

ABSTRACT

The population is more aware of their rights regarding the protection of health, reflecting a higher level of care and both social contexts and professionals are in constant development. In this sense emerges the need for nurses update their knowledge, mobilizing them in order of self-worth resource optimization, and the qualitative results.

In order to obtain a higher level of qualification that allows better address the health needs of populations, it becomes relevant continuous professional development of nurses. In-service training is an update of the strategies in the context of work since covered all players in the process of care that meets the needs of learners, the objectives of the unit / team and also the institution.

Peer education is considered a strategy that combined with the in-service training leads to health gains both for nurses, for users and for the institution. This strategy includes experienced members and supports a specific group, encouraging behavior change among the elements of the group. It also leads to the mobilization of various kinds of knowledge, emerging in the process of care, the centrality of the person. By mobilizing the Theoretical Model of Nursing Betty Neuman, allowed to look at the subject of care in a systemic perspective, because the analysis and assessment of integrating the subject of care and family as partners in care.

The results of the development stage, implicit in this report reveal that after the training sessions designed to peers, changes were made from the practice of nurses whose results sensitive to nursing care meant health gains for users, with regard to satisfaction these needs, and the team that consumed less human and material resources.

KEYWORDS: nurs*, training strategies, needs assessment, client

INDICE

INTRODUÇÃO	12
1 PARA NOVOS CONTEXTOS QUE RESPOSTAS INTEGRADAS	15
2 UM OLHAR SISTÊMICO SOBRE O CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS	20
3 DESENVOLVIMENTO DO ENFERMEIRO PARA AS RESPOSTAS INTEGRADAS	26
3.1 DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO AO SER ENFERMEIRO	26
3.2 EDUCAÇÃO PELOS PARES	28
3.3 DA FORMAÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	31
4 CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS DA UCC E UCSP SOBRE A REORGANIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE E A REFERENCIAÇÃO PARA A RNCCI	34
4.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	34
5 A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA INTEGRADA NA PRÁTICA CLÍNICA	44
6 SUGESTÕES	50
7 BIBLIOGRAFIA	52

ANEXOS -----	57
ANEXO I - Projeto de estágio -----	58
ANEXO II – Sessão de formação aos enfermeiros -----	77
ANEXO III - Questionário de avaliação dos conhecimentos sobre reorganização dos Centros Saúde e RNCCI -----	102
ANEXO IV - Pré-teste -----	110
ANEXO V - Autorização da aplicação dos pré-testes -----	117
ANEXO VI - Apresentação do projeto de estágio -----	119
ANEXO VII - Quadro representativo da formulação da pergunta PICO -----	125
ANEXO VIII - Protocolo de pesquisa -----	127
ANEXO IX – Quadro resumo dos artigos -----	129
ANEXO X - Manual -----	134
ANEXO XI - Plano da sessão de formação -----	156
ANEXO XII - Questionário implementado no final da sessão -----	158

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	“ N° de enfermeiros da UCC e UCSP”-----	39
Gráfico 2	“ Formação académica dos enfermeiros”-----	40
Gráfico 3	“Conhecimentos dos enfermeiros sobre a reorganização dos Centros de Saúde”-----	41
Gráfico 4	“Conhecimentos dos enfermeiros sobre a RNCCI” -----	42
Gráfico 5	“Situação-Problema” -----	43

INDÍCE DE FIGURAS

Fig. 1 - Modelo de Sistemas de Betty Neuman (1995), adaptado ao projeto ----- **23**

INTRODUÇÃO

Atualmente a população está mais consciente dos seus direitos e mais desperta no que diz respeito à defesa da sua saúde encontrando-se assim mais exigente. Aliando-se a este facto, temos os contextos sociais e profissionais em constante desenvolvimento. Neste contexto emerge então a necessidade dos enfermeiros, mobilizarem os conhecimentos adquiridos na sua formação base ou outra, assim como de os aperfeiçoar e atualizar sistematicamente, com vista à valorização profissional, otimização de recursos e evolução qualitativa dos resultados. Premissa sustentada pelo artigo 88º do código deontológico do enfermeiro que refere a necessidade de “manter a atualização contínua dos ... conhecimentos...sem esquecer a formação permanente...” (ORDEM ENFERMEIROS, 2003, p. 99).

No âmbito do 1º Curso do 2º Ciclo – Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, realizou o estágio de natureza profissional que pressupôs a efetivação da Unidade Curricular – Estágio e Relatório. O estágio foi efetuado no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Serra D’Aire, mais concretamente numa das suas unidades funcionais, a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Ourém.

Esta unidade presta cuidados de saúde, de apoio psicológico e social, desenvolvendo ações mais próximas dos cidadãos, ou seja de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, atuando ainda na educação para a saúde (DESPACHO nº 10143/2009).

O Programa do XVII Governo Constitucional decretou como meta a instauração de políticas de segurança social e de saúde, esta última integrada no Plano Nacional de Saúde (2004-2010). Pressupôs-se a instituição de um modelo de intervenção integrado e/ou articulado de ambas as políticas, de “natureza preventiva, recuperadora e paliativa,

envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, a sociedade civil e o Estado como principal incentivador” (DECRETO-LEI nº101/2006 de 6 de Junho, p.3856).

A UCC constituiu a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), esta assenta numa rede de respostas de cuidados continuados integrados em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social, em contexto domiciliário a indivíduos dependentes, famílias/cuidadores, cuja situação não requer internamento mas que não se podem deslocar de forma autónoma. Constitui-se por uma equipa multidisciplinar, no âmbito de cuidados médicos, de enfermagem e outros que permitem um diagnóstico de forma mais integrada, do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados (DECRETO-LEI nº101/2006 de 6 de Junho).

Realizou estágio na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Ourém, sendo que, a partir do diagnóstico de enfermagem comunitária efetuado anteriormente (no âmbito do estágio I, do 1º ano 2º semestre do 1º curso de 2º Ciclo do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária), decidiu desenvolver o seu projeto de estágio (Anexo I), no âmbito da referenciação dos utentes e critérios de integração na ECCI. A decisão de integrar como população alvo, os enfermeiros da UCC e os da UCSP, deve-se ao facto desse diagnóstico traduzir a prática clínica dos enfermeiros de ambas as unidades, com a responsabilidade de referenciação no futuro.

Elaborou uma sessão de formação (Anexo II) como estratégia de intervenção exequível, coerente e articulada, sobre a Reorganização dos Centros de Saúde e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Tendo por base os resultados de um questionário elaborado na equipa, onde emergiram as necessidades de formação, ao nível dos conhecimentos sobre a temática anteriormente referenciada, os resultados consistiram no desenvolvimento e disseminação do conhecimento numa determinada área de intervenção e a monitorização da eficácia da estratégia de intervenção que realizou ao grupo de enfermeiros.

Mobilizou o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (1995), enquanto conceção teórica, considerando o grupo de enfermeiros como subsistema e o grupo de utentes como sistema.

Como suporte para o desenvolvimento do relatório, realizou revisão da literatura em bases de dados eletrónicas, repositório científico e obras literárias.

Por outro lado, tendo como princípio uma prática baseada na evidência recorreu à metodologia da revisão sistemática da literatura que lhe permitiu uma análise crítica face ao que os enfermeiros desenvolviam no que diz respeito aos processos de cuidados elaborados com os utentes (DOMENICO, E., et al 2003).

Pretende revelar neste relatório o resultado da operacionalização da intervenção na prática clínica de enfermagem, como perspetiva de Enfermagem Avançada, utilizando a análise, a fundamentação, a crítica e a visibilidade da intervenção efetuada de forma a valorizar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Definiu então como objetivo geral para o relatório:

- Analisar o desenvolvimento da prática clínica na especificidade da enfermagem comunitária com recurso á evidência científica

E específicos:

- Refletir sobre as competências desenvolvidas na especificidade da enfermagem comunitária
- Refletir na ação e sobre a ação desenvolvida no estágio, integrando a conceção de Sistemas de Betty Neuman
- Mobilizar a PBE como princípio para o desenvolvimento da prática clínica de enfermagem

1 – PARA NOVOS CONTEXTOS QUE RESPOSTAS INTEGRADAS

A enfermagem como profissão, tem uma evolução cuja história, evidência o cuidado que emerge da relação com a pessoa cuidada. Para AMENDOEIRA (2006), o cuidar destaca-se pela extrema importância da vertente relacional, pelo que os saberes relacionais são primordiais ao desenvolvimento de um cuidado de enfermagem que é prestado a cada pessoa de forma personalizada, interagindo no sentido de reproduzir o saber em cada pessoa e em função dela própria.

Nos últimos 30 anos, segundo D'ESPINEY (2008), a enfermagem desenvolveu um importante conjunto de estratégias que visavam consolidá-la como profissão de acordo com os preceitos da sociologia das profissões. A reconceptualização da noção de saúde e de cuidar contribuiu para este processo, abrindo espaço para a possibilidade de pensar a enfermagem para além da doença como centro dos cuidados. Surge assim o domicílio como o local privilegiado para a prestação dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa. Segundo FIGUEIREDO (2007), o apelo à desinstitucionalização é uma das formas mais vantajosas de responder às necessidades dos idosos, não só porque a oportunidade de viver no seu meio constitui a forma mais desejável de permitir que o idoso viva o resto da sua vida, como constitui, em termos de encargos imediatos, a forma de apoio menos dispendiosa para a sociedade. O êxito de uma política de desinstitucionalização não reside somente na disponibilidade das famílias em cuidar, mas também nos serviços de apoio necessários para o realizar eficientemente.

A entrada na primeira década de 2000, é marcada por uma política que visa introduzir alterações na gestão dos serviços de saúde. Os Centros de Saúde, são considerados a porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde, expandindo a sua intervenção através do reforço da vertente curativa na comunidade devido ao investimento nos cuidados de saúde secundários (D'ESPINEY, 2008).

O Ministério da Saúde cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) no sentido de dar resposta às necessidades dos utentes, tendo como missão o “

prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (UMCCI, p.6). Nesta perspetiva, a oportunidade para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, evidenciar “actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados” deve ser uma mais-valia, pois apresenta conhecimento e experiência clínica e um “entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes” (REGULAMENTO Nº 128/2011, p.8667) como sendo os idosos.

Os Centros de Saúde foram reorganizados em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), possibilitando que a gestão se aproxime do local da prestação de cuidados (RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº39/2006 e DECRETO-LEI nº 212/2006, de 27 de Outubro). Os ACES são constituídos por várias unidades funcionais, uma delas é a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), que presta cuidados personalizados garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos, sendo constituída por médicos, enfermeiros e administrativos (MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, 2007).

Outra é a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) a esta compete “(...) *prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional, actuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção*” (DESPACHO nº 10143/2009).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e de políticas de segurança social, a UCC constituiu a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) para a prestação de serviços domiciliários ao nível dos cuidados continuados integrados.

Esta equipa apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada Centro de Saúde, conjugados com os serviços comunitários, como exemplo as autarquias locais (DECRETO-LEI nº101/2006 de 6 de Junho, p.3862).

Segundo STANHOPE (1999), os cuidados de saúde domiciliários, são a componente dos serviços de saúde que integram a continuidade dos cuidados de saúde global

prestados à pessoa e sua família no seu local de residência, com a finalidade de promover, manter ou recuperar a saúde, ou de maximizar o nível de independência enquanto se minimiza os efeitos da deficiência e doença.

O enfermeiro que presta cuidados ao domicílio deve desenvolver, reconhecer e adaptar-se, aos valores culturais e hábitos de vida da pessoa e família e consolidar uma relação de confiança cujas intervenções de enfermagem promovam a centralidade do cuidado no processo de cuidados. O principal objetivo deverá ser prestar cuidados de qualidade, à comunidade onde está inserida de acordo com as necessidades de saúde da mesma (STANHOPE, 1999).

A RNCCI inclui um modelo de intervenção integrada e articulada, face às unidades existentes, tendo por base os diferentes níveis de cuidados do sistema de saúde e articulação prioritária com os diversos serviços e equipamentos do sistema de segurança social.

Os critérios definidos para inclusão na RNCCI são:

- ✓ Pessoas que se encontram em situação de dependência funcional transitória decorrente do processo de convalescença ou outro;
- ✓ Dependência funcional prolongada;
- ✓ Idosas com critérios de fragilidade;
- ✓ Incapacidade grave, com forte impacto psicossocial;
- ✓ Doença severa, em fase avançada ou terminal

(ORDEM ENFERMEIROS, 2009)

Um dos princípios que as unidades ou equipas da RNCCI deverão respeitar, será o de fazer uma “avaliação integral das necessidades da pessoa” (DECRETO-LEI 101/2006 de 6 de Junho, art.º 6º do capítulo II), face aos critérios citados anteriormente. Esta avaliação deverá permitir uma identificação mais integrada dos problemas de saúde e ou sociais de forma a priorizá-los.

Quando na comunidade/domicílio não há respostas adequadas ou quando as situações requerem um acompanhamento mais diferenciado, há a necessidade de referenciar para a RNCCI.

Esta avaliação consiste na mobilização do Instrumento de Avaliação Integrada (IAI), que integra uma abordagem diagnóstica de deteção e monitorização longitudinal, de pessoas em situação de dependência, com base em três áreas de avaliação, a Bio, Psico e Social permitindo posteriormente a sua informatização (<URL:http://www.rncci.min-saude.pt/prof_formacao.php>).

O acesso à RNCCI pode ter origem através do Sistema Nacional de Saúde (quer em contextos de cuidados hospitalares, quer no Centro de Saúde, a nível domiciliário, ou outros locais de residência independentemente da tipologia de cuidados ser de internamento, ambulatório ou apoio domiciliário) ou mesmo no sistema de saúde privado. A sinalização pode ser feita por qualquer profissional da área da saúde e/ou social, bem como qualquer cidadão que identifique essa necessidade. Qualquer que seja a proveniência do utente, terá que haver sempre um processo de referência próprio, com critérios específicos (<URL:http://www.socialgest.pt/_dlds/CC_manual_procedimentos_referenciacao.pdf>).

Quando a sinalização chega à UCSP ou à UCC, os enfermeiros terão que avaliar se os utentes preenchem os requisitos necessários para o ingresso na RNCCI, identificar a resposta mais adequada da RNCCI às necessidades do utente, e recolher os dados tendo por base o IAI (UMCCI, 2010).

O processo de referência é uma das dimensões que as equipas multidisciplinares das unidades, deverão desenvolver de forma criteriosa, ou seja, a satisfação das necessidades dos utentes/família/cuidadores só é possível se este processo integrar todos os critérios de avaliação que permitam avaliar, planear, intervir e reavaliar os cuidados a prestar tendo por base os objetivos destas equipas e as respostas adequadas, que se traduzem em ganhos em saúde.

Segundo a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, nesta fase de implementação e desenvolvimento da RNCCI um dos processos chave importante é a referência (UMCCI,2009).

É então preconizado que o enfermeiro na RNCCI, substitua, ajude e complemente as competências funcionais das pessoas, em situação de dependência no que respeita às

suas necessidades fundamentais. Deste modo as suas intervenções devem ser direcionadas no sentido da satisfação dessas mesmas necessidades; tornando-os o mais independentes possível na realização das suas atividades de vida; readaptando-os e adaptando-os a nível funcional aos seus défices, possibilitando desta forma a construção do projeto de saúde da pessoa sujeito de cuidados (CONSELHO ENFERMAGEM, 2009).

2 - UM OLHAR SISTÉMICO SOBRE O CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS

Considerando essencial o desenvolvimento do conhecimento como enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, pretende neste capítulo utilizando um olhar sistémico (BETTY NEUMAN, 1995) analisar o desenvolvimento da prática de enfermagem no contexto da RNCCI.

Neste âmbito, a preocupação major enquanto enfermeira face ao diagnóstico de saúde da comunidade identificada, ou seja, os fatores que interferem na referenciação dos utentes de uma determinada comunidade por parte dos enfermeiros para a RNCCI-ECCI, culmina na não satisfação das necessidades de cuidados de enfermagem por parte dos mesmos.

Sendo a pessoa a centralidade no processo de cuidados em enfermagem, em que o contexto onde se desenvolve é essencialmente a visitação domiciliária, as áreas de intervenção tinham como parceiros a própria pessoa, família ou cuidadores informais assim como os recursos da comunidade existentes, opinando AMENDOEIRA (2006, p. 312) sobre o mesmo, refere que a intervenção em saúde deve ser preconizada baseando-se numa “visão sistémica, na qual a pessoa e o seu ambiente constituem um todo, e onde o foco de intervenção deve ser a pessoa, no seu ambiente físico, social e comunitário”.

Considerando o processo de cuidados, e as intervenções em enfermagem, exclusivas da responsabilidade do enfermeiro, as quais avalia, planeia e executa e cujos resultados sensíveis produzem ganhos em saúde para a pessoa (AMENDOEIRA, 2000), entende que face à mobilização de um referencial teórico em enfermagem, a conceção do Modelo de Sistemas de Betty Neuman, permite a fundamentação para as tomadas de decisão referidas ao longo deste relatório, promovendo assim a compreensão do

fenómeno analisado, a avaliação das necessidades de saúde/doença da pessoa face à referenciação para uma ECCI. A enfermagem só faz sentido, se a prática clínica evidenciar um pensamento complexo, para isso é necessário ter por base uma conceção teórica de enfermagem, espelhando no processo de cuidados (a avaliação, o planeamento, a execução e a avaliação) essa visão.

Reportando à temática, a avaliação das necessidades da pessoa e família tendo por base um conjunto de critérios que permitam aos enfermeiros tomar decisões face à sua referenciação para uma ECCI, o modelo de sistemas de Betty Neuman, permite integrar conceitos chave que sustentam estas mesmas decisões.

Este modelo, permite integrar na prática clínica uma avaliação da estrutura básica do sistema, que segundo a autora pode ser a pessoa; família; grupos ou comunidade ou questão social. Esta estrutura básica (sistema cliente) constitui-se numa dinâmica constante entre o sistema e um conjunto de fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento, em constante mudança, o que se traduz num sistema aberto em interação recíproca com o ambiente (BETTY NEUMAN, 1995).

Esta conceção permite integrar face ao desenvolvimento deste relatório, o olhar enquanto enfermeiro para o sujeito de cuidados numa perspetiva sistémica, ou seja, a análise da situação e a sua avaliação, permite sem dúvida integrar o sujeito de cuidados e família como parceiros de cuidados.

BETTY NEUMAN (1995) considera o utente como estando envolvido, figuradamente, por círculos concêntricos que ela denomina de linhas, rodeando a estrutura básica. A linha mais próxima (linha de resistência) do indivíduo protege-o, enquanto as mais distantes (linha normal de defesa e linha flexível de defesa) como são flexíveis, expandem-se ou contraem-se conforme a maior ou menor necessidade de proteção (Fig.1).

Considera também importante integrar o conceito de ambiente, o qual segundo a mesma autora é definido em ambiente interno, externo e criado (Fig.1). Extremamente importante, uma vez que enquanto enfermeiros na prática clínica, nem sempre refletimos sobre as mesmas e estes conceitos permitem compreender que enquanto

disciplina, avaliar em contexto da prática clínica as situações tendo por base estes conceitos teóricos, promove uma postura científica no planeamento e execução face ao processo de cuidados.

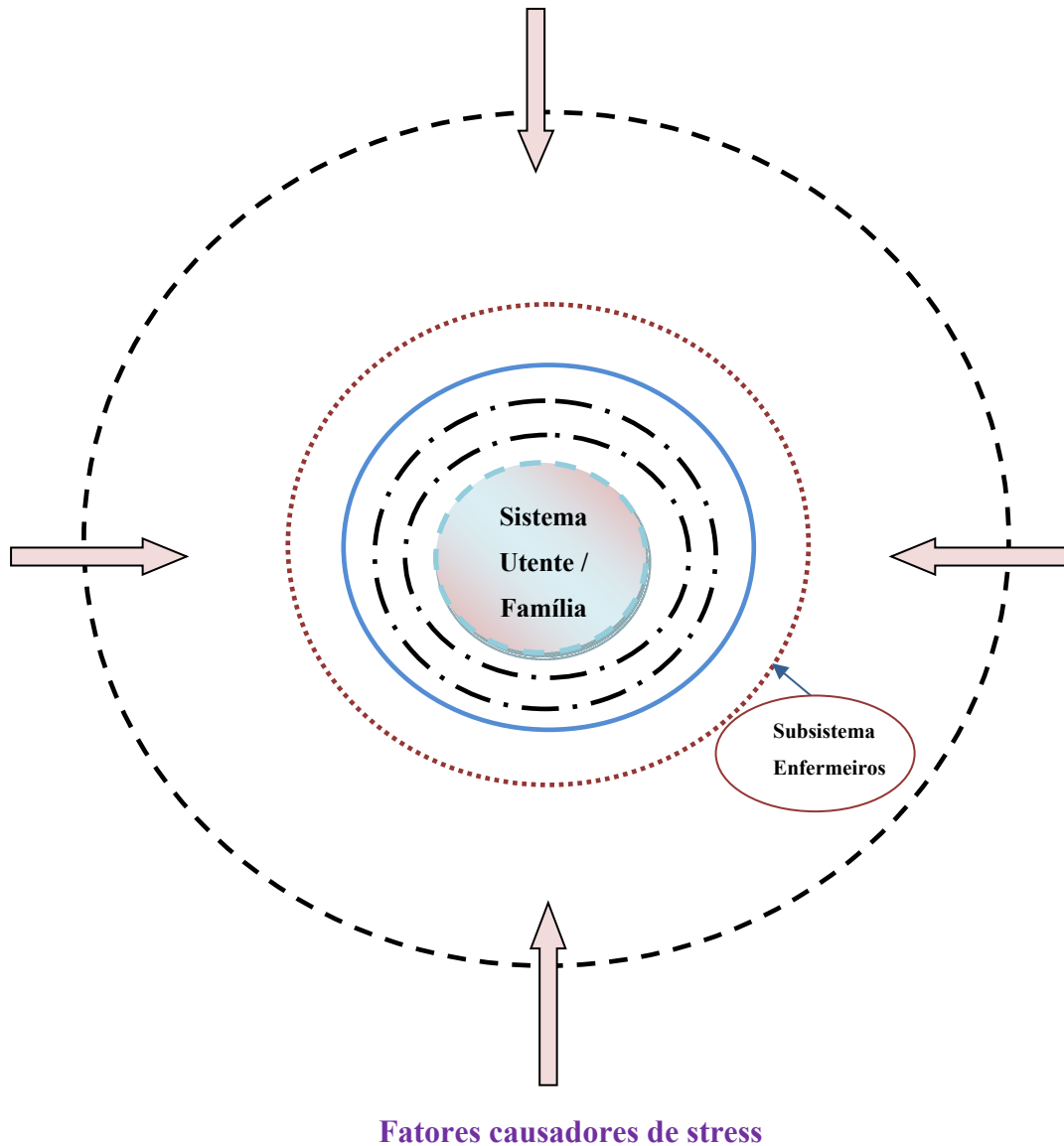
Mobiliza também, o conceito de ambiente, que para BETTY NEUMAN (1995), é o conjunto de todos os fatores internos e externos que envolvem e estão em constante interação com a pessoa, tendo em conta os stressores intra, inter e extra pessoais que são definidos segundo a autora como forças ambientais que interagem e podem alterar a estabilidade do sistema.

Assim ambiente interno, relaciona-se com as forças intrapessoais, sendo esta interação essencialmente desenvolvida no sistema cliente. O ambiente externo, relaciona-se com as forças interpessoais e extrapessoais, ocorrendo esta interação fora do cliente. O ambiente criado (Fig.1) é o resultado dos anteriores, o cliente/pessoa desenvolve-o de forma inconsciente ao longo do seu ciclo vital, utilizando-o para sustentar o coping protetor. Este ambiente traduz-se como dinâmico e integra todas as variáveis do sistema que permitem a criação de um escudo protetor, quando existe necessidade de respostas face à presença de stressores. Este ambiente influencia e é influenciado pelas constantes alterações do nível de bem-estar do cliente/pessoa (BETTY NEUMAN, 1995).

Considera também importante mobilizar os stressores enquanto conceito que permite a integração e fundamentação teórica do desenvolvimento do relatório. Assim, segundo NEUMAN (1995), stressores são os estímulos que produzem tensão e que acontecem dentro dos limites do próprio sistema cliente/pessoa. Estão intimamente relacionados com as forças anteriormente referenciadas, as quais são definidas pela autora, forças intrapessoais, todas as que têm origem na pessoa, como exemplo as respostas condicionadas. As forças interpessoais que se desenvolvem entre uma ou mais pessoas, como exemplo as expetativas da função. As forças extrapessoais que se desenvolvem externamente à pessoa, como exemplo as questões financeiras (BETTY NEUMAN, 1995).

Também a pessoa em situação de dependência no domicílio, fica sujeito, assim como a sua família, a tensões produzidas, quando os fatores causadores de stress sob a forma de problemas penetram no seu sistema de defesa. Os stressores podem também ser

benéficos dependendo da sua natureza, grau e oportunidade e, também, do potencial individual de cada um em transformar o stress em mudança positiva.



Legenda:	
— . —	Linhas de resistência
—	Linha normal de defesa
.....	Linha flexível de defesa
- - -	Ambiente criado

Fig. 1 – Modelo de Sistemas de Betty Neuman (1995), adaptado ao projeto

A razão da mobilização destes conceitos, relaciona-se com a necessidade de desenvolver as competências face à especificidade do conhecimento, como enfermeira especialista de enfermagem comunitária.

A importância de desenvolver um pensamento complexo face à análise das situações referenciadas, traduz-se na responsabilidade assumida ao enveredar pela especialização na área de enfermagem comunitária, que não poderá estar ao nível do enfermeiro de cuidados gerais, sendo que para isso a centralidade da formação e do desenvolvimento profissional terá que evidenciar uma capacidade de que LE BOTERF (1995), referencia como a reflexividade, isto é, agir em contexto da prática, refletir sobre a mesma, de forma distanciada, colocando-se fora da ação, tendo a capacidade de analisar e teorizar a mesma com o objetivo da sua mudança e uma melhoria contínua. Neste sentido, a mobilização deste modelo de sistemas de Betty Neuman permite integrar na análise e implementação das práticas o desenvolvimento de uma metodologia científica nos processos de cuidados desenvolvidos.

Por outro lado, o modelo também preconiza as intervenções de enfermagem tendo por base os níveis de prevenção, o que traduz a essência do processo de cuidados no âmbito do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária. A autora mobiliza essencialmente a prevenção primária, como forma de fortalecer as linhas de defesa, reduzindo os fatores de risco e a prevenção do stress, e a prevenção secundária, que após o aparecimento de sintomas visa o fortalecimento das linhas de defesa reduzindo a reação. As intervenções de enfermagem são ações intencionais para ajudar a pessoa a integrar, alcançar e/ou manter a estabilidade do sistema (BETTY NEUMAN, 1995).

Neste contexto a importância das intervenções de enfermagem, estão em agir como “actores” na redução da possibilidade do encontro com o stressor, e no caso de esse persistir, tentar através de estratégias, reforçar a linha mais exterior do indivíduo dependente de forma a minimizar a possibilidade de reação. É uma das formas de elevar o nível de vida do indivíduo/família, ficando mais apto (a) para enfrentar stressores.

Ao ter considerado o grupo de enfermeiros referenciador para a ECCI (subsistema), como alvo da sua estratégia (sessão de formação), tentou reforçar a linha flexível de defesa do sistema (utente/família), elevando o nível de vida destes, que no âmbito da

estrutura básica (sistema/pessoa) é um recurso que a mesma tem conhecimento e solicita quando identifica a nível da sua estrutura fatores que possam trazer alterações à sua estabilidade. Considera assim que este subsistema faz parte do ambiente criado desta estrutura básica.

Olhou para o grupo de utentes como um sistema aberto e em que um dos seus subsistemas foi o grupo de enfermeiros. O objetivo foi a mudança neste subsistema, ao transmitir-lhes conhecimentos, para que estes os mobilizem e integrem ao referenciarem os utentes para a ECCI, emergindo respostas adequadas às necessidades desses utentes e suas famílias, contribuindo para a estabilidade do sistema.

NEUMAN (1995) diz-nos que ao ser prevenido uma invasão do exterior, já se está a fortalecer a linha flexível de defesa, diminuindo a possibilidade de reação. Desta forma este grupo de enfermeiros vai fortalecer a linha flexível de defesa do utente/família ao referenciar corretamente os mesmos, mobilizando aqui também as intervenções de enfermagem através dos níveis de prevenção. Face a esta conceção há a necessidade de promover a qualificação dos enfermeiros no sentido de respostas mais eficazes às necessidades dos utentes, sendo a formação/educação pelos pares essencial ao desenvolvimento de competências.

3 – DESENVOLVIMENTO DO ENFERMEIRO PARA AS RESPOSTAS INTEGRADAS

As modificações ocorridas na sociedade e conseqüentemente a crescente complexidade de atuação profissional na área da saúde, apelam a uma preocupação acrescida com o desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros, como forma de obtenção de um nível mais elevado de qualificação que permita dar respostas mais eficazes às necessidades de saúde das populações.

3.1- DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO AO SER ENFERMEIRO

Além das modificações atrás citadas, temos também a evolução dos contextos profissionais e da divulgação e produção do conhecimento, obrigando a um aperfeiçoamento e atualização sistemática dos conhecimentos, com vista à valorização dos enfermeiros, à otimização dos recursos e à evolução qualitativa dos resultados (DIAS, 2004).

O que caracteriza uma profissão é ter um corpo de conhecimento específico e instrumentos de trabalho que lhe permitam desempenhar as suas funções com independência, competência e responsabilidade (ANGERAMI, 1993).

Pode então considerar a enfermagem uma profissão, de “gente que cuida de gente”, que para além de exigir conhecimentos, capacidades, atitudes, competências e atualização, exige também uma capacidade de adaptação a uma sociedade em constante evolução (DIAS, 2004).

Segundo KÉROUAC (1994), a formação e competências dos enfermeiros são diversificadas e multidisciplinares, sendo a profissão marcada pela polivalência, e por isso constituírem uma força humana e profissional importante. A diversificação advém da formação permanente, da formação contínua e da formação em serviço, desenvolvendo-se esta última, analogamente com a prática profissional.

A profissão de enfermagem exige então que sejam mobilizados tanto os conhecimentos adquiridos na formação de base e/ou especializada como também os renovados continuamente através da formação permanente.

A formação em serviço surge então como uma estratégia de atualização, de forma dinâmica, em contexto de trabalho abrangendo todos os intervenientes do processo (DIAS, 2004). Deve ser desenvolvida de forma a ir ao encontro das necessidades dos formandos, dos objetivos da unidade/equipa de cuidados e também da instituição, potenciada pelos formandos no sentido de uma oportunidade de valorização pessoal e profissional de reflexão sobre o seu trabalho. Mas para que haja efetividade na mudança de todo o processo formativo e assistencial é pertinente incentivar a investigação, a utilização dos resultados da mesma no contexto de trabalho, verificando o impacto desta nos cuidados ao utente (DIAS, 2004). Emerge portanto, a necessidade da reflexão sobre as práticas, tendo por base a pesquisa científica no sentido da teorização das mesmas, relevando uma prática baseada na evidência, cujos objetivos traduzam uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados, uma dinâmica integrativa da teorização das práticas e da prática com a teoria, o que se traduz num desenvolvimento enquanto disciplina e enquanto profissão.

O formador em serviço, tem um papel não de fornecer um corpo de conhecimentos mas o de ajudar a encontrar caminhos e a construir o próprio conhecimento (DIAS, 2004). Este também não poderá analisar as situações de formação a partir exclusivamente do contexto teórico mas terá que ter em atenção as tensões produzidas pelos contextos de trabalho, estando obrigatoriamente associadas à personalidade, aos conhecimentos, às competências e à identidade profissional dos formandos e até do próprio formador.

Segundo DIAS (2004) o enfermeiro formador terá de facilitar a aprendizagem, e deverá ser capaz de estabelecer um relacionamento interpessoal consoante as situações e

intervenientes do processo educativo, motivando os enfermeiros para a busca do conhecimento específico, pois este tem que ser aprendido, apreendido e desejado, não pode ser imposto. Outro aspeto primordial é o da motivação dos intervenientes, tem que existir desejo de mudança e de transformação (SANTOS, 2009). Face a esta conceção, todas estas dimensões ao nível da formação integram aquilo que tem vindo a refletir ao nível da conceção, sobre o processo de cuidados desenvolvido à pessoa, família, o que face à especificidade do conhecimento, como enfermeira especialista em enfermagem comunitária se traduz numa capacidade de intervenção integrada com base nestas reflexões.

A transmissão das práticas profissionais segundo DIAS (2004), nas sociedades industrializadas é garantida através da educação. Enquanto especialidade no conhecimento, deverá ser proactiva face à mobilização e integração do mesmo com o objetivo da melhoria contínua dos cuidados na prática clínica.

3.2 - EDUCAÇÃO PELOS PARES

BRITO (2009) citado por Santos (2009, p. 13) refere que a Educação pelos Pares pode considerar-se como sendo a “formação par a par”. Também TURNER e SHEPEER (1999) consideram que é uma estratégia que abrange membros experientes e de apoio num determinado grupo específico, que incentiva a mudança desejável no comportamento entre elementos do mesmo grupo. SANTOS (2009) citando outros autores refere que, uma minoria que representa um grupo, influencia os valores, crenças e comportamentos nos restantes elementos desse mesmo grupo, sendo esta uma forma de educação social. Tanto pode ser em grupos comunitários, grupos de trabalho ou pessoas chave (BRITO, 2009). Todas estas dimensões contribuem para a mobilização dos vários tipos de saber, numa perspetiva cujo processo de cuidados tem como premissa a centralidade na pessoa.

Pode-se incluir a educação pelos pares na educação permanente, definindo esta última como sendo “um processo realizável ao longo da vida, em contextos e tempos diversos”

(DIAS, 2004, p.19). Esta faz parte também dos espaços de vida e de trabalho das pessoas, podendo designar-se de formação permanente. Este processo passa a ser algo pessoal e intrínseco ao sujeito da formação que por ter necessidades também tem vontade em as satisfazer.

Esta estratégia da Educação pelos Pares, não é recente, já em 1950, na Europa, Canadá, Estados Unidos da América, Austrália entre outras partes do mundo se utilizou programas de educação pelos pares com o intuito de divulgar, comunicar e educar populações jovens difíceis, levando mensagens relacionadas com a saúde (MCDONALD et al., 2003).

A educação pelos pares atualmente é utilizada a nível mundial, desenvolvida e divulgada tanto em programas de promoção da saúde como em outras áreas de intervenção, com alguma popularidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento, como exemplo respetivamente a Austrália e a Zâmbia (SANTOS, 2009).

É feita referência à educação pelos pares em jovens, reconhecendo nestes competências e capacidades para assistência e resolução de problemas na sociedade, permitindo simultaneamente a promoção da aprendizagem, o desenvolvimento do grupo alvo e do próprio educador de pares através da conceção e desenvolvimento de ações pedagógicas (BRITO, 2009). É geralmente assumido que ao aumentar os conhecimentos sobre o tema desejado, permite influenciar as atitudes e comportamentos, no entanto a mudança nos comportamentos é influenciada por diversos fatores relacionados com o indivíduo tanto intrínsecos como extrínsecos (SANTOS, 2009).

Como a exigência de novas competências é cada vez maior, em especial a nível de trabalho, novos desafios se apresentam à enfermagem. Podendo assim designar a formação em contexto profissional como a formação em serviço e assim esta só tem sentido segundo afirma ALARCÃO (1991), se for “realizada em ambientes de formação profissional, prática que integrem ação e reflexão na ação, considerando esta como fonte de conhecimentos que se geram na própria ação”.

Estas ações só têm sentido se visarem uma promoção global da comunidade, de forma a implicar uma multidisciplinaridade e um ambiente de troca e partilha de saberes. Assim

resultará uma “verdadeira formação em serviço”, que “contribua para uma melhoria da prestação de cuidados e satisfação dos utentes, finalidade última dos cuidados de enfermagem” (DIAS, 2004, p.21).

Ainda segundo DIAS (2004), não se pode falar em formação sem falar em aprendizagem, pois esta é a “aquisição de qualquer modificação relativamente permanente no comportamento, como resultado da prática ou experiência”, no entanto PINTO (1992) citado por Dias (2004, p.29), refere que “é uma capacidade” que se põe “em acção quotidianamente para dar respostas adaptadas às solicitações e desafios” que se “colocam devido às interações com o meio”.

O processo de aprendizagem obriga a que “os indivíduos se submetam a atividades de assimilação, de acomodação e de reconstrução ou elaboração” (DIAS, 2004, p.30), para que exista realmente uma aprendizagem efetiva. TAVARES e ALARCÃO (1989, p.57) vêm reafirmar que a “aprendizagem é uma construção pessoal resultando de um processo experimental, interior à pessoa e que se traduz numa modificação de comportamento relativamente estável”.

Neste sentido o conceito de aprendizagem é muito similar ao de formação, pois é um processo respeitante ao próprio, centrado no desenvolvimento, desejado, articulando-se com os seus percursos. Também a educação e a formação têm a finalidade de ajudar os indivíduos a desenvolverem capacidades de forma a permitir uma relação pessoal com o meio em que vivem, utilizando estruturas sensoriomotoras, cognitivas, afetivas e linguísticas.

Ainda em relação ao formador, é premente planejar, executar e avaliar a formação, nunca esquecendo a articulação com as situações práticas do dia-a-dia. Interessa pois evidenciar os contextos profissionais motores da formação, nunca esquecendo o contexto individual dos formandos (DIAS, 2004).

A formação em contexto profissional, é destinada a adultos, o que emerge na necessidade de articulação entre a formação e os contextos profissionais dos mesmos. Já NÓVOA (1988, p.110) refere que formar não “è ensinar às pessoas determinados conteúdos, mas sim trabalhar coletivamente em torno da resolução de problemas”. No

âmbito da profissão de enfermagem, os contextos da prática clínica, produzem e mobilizam saberes, dos quais devem emergir necessidades de formação, com o objetivo de melhorar a prestação de cuidados aos utentes, promovendo assim o desenvolvimento da profissão.

È importante então existir uma inter-relação entre a teoria e a prática entre os intervenientes da formação e outros. Para CANÁRIO (1998), deverá existir uma ligação entre a dimensão pessoal e profissional da formação, a dimensão social e coletiva do exercício do trabalho, a relação complexa dos saberes teóricos e saberes construídos na ação, conferindo uma importância decisiva ao saber adquirido pela prática profissional, ou seja através da experiência, existindo continuidade na produção de novos saberes, pois a aprendizagem, provém da capacidade de referência à experiência anterior que é filtrada, emergindo formação só se o indivíduo tiver capacidade de reflexão crítica.

Como breve conclusão pode-se afirmar que sendo o enfermeiro, alguém que interage em diversos contextos, a formação em serviço deverá contribuir para o seu crescimento pessoal e profissional e para a implementação de boas práticas nos contextos de cuidados.

3.3 - DA FORMAÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Como já foi referido, a formação é um processo de mudança individual. Esta envolve a dimensão do saber (conhecimento), do saber-fazer (capacidades), do saber-ser (atitudes e comportamentos) e do saber-aprender (evolução das situações e permanente atualização e adaptação que estas exigem) (DIAS, 2004 e SANTOS, 2009). A interação destes saberes e a adaptação aos contextos de trabalho exige da parte do formando um saber-transformar. Entende também o mesmo autor, que o desenvolvimento de competências (saber-transformar), advém da interação destes saberes com a evolução social, a atualização de conhecimentos e a adaptação às novas exigências das situações de trabalho.

Para BOTERF (1994), há uma diferença entre os conhecimentos adquiridos na formação e o desenvolvimento de competências. Enquanto na primeira, está implícito o maior número de conhecimentos e capacidades desenvolvidas após a formação profissional, a segunda surge pela aplicação adequada e ajustada, às situações concretas de trabalho, desses mesmos conhecimentos, por isso para se ser competente não basta apenas possuir capacidades e conhecimentos.

Há autores que explicam vários graus de competência, no entanto PIRES (1994, p.64) cita alguns, que definem a competência como sendo “o conjunto de conhecimentos, de capacidades de ação e de comportamentos estruturados em função de uma finalidade, e num tipo de situações determinado”. Na profissão de enfermagem também é exigido um aperfeiçoamento e atualização sistemática dos conhecimentos, para que os enfermeiros se tornem competentes (DIAS, 2004). Também salienta AMENDOEIRA (2006, p.378), ao referir a necessidade dos profissionais intervenientes na saúde, desenvolverem “competências que lhes permitam ... encaminhar e resolver os complexos problemas de saúde, a partir de uma formação integrada” esta deverá acontecer pela “dialética entre a formação e o trabalho”.

O enfermeiro como se depara no seu dia-a-dia de trabalho, com a necessidade de resolver diversas situações, tem que ter competência para agir, ou seja mobilizar os saberes anteriormente citados, de forma a prestar cuidados de enfermagem com eficácia e eficiência, sendo um grande desafio o desenvolver conhecimentos específicos face à complexidade dos cuidados de saúde.

ALARCÃO (1995), refere que ser enfermeiro implica ser competente, isto é ser capaz de num determinado momento mobilizar um conjunto de conhecimentos e capacidades.

O enfermeiro competente é aquele que sabe ir para além da prescrição, sabe agir e tomar iniciativas (BOTERF, 1998). Para BENNER (1995), a competência desenvolve-se ao longo da vida profissional, nos contextos de trabalho, definindo a mesma vários tipos de competência. É necessário um maior desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e conseqüentemente um maior pensamento crítico, levando à produção de novos conhecimentos científicos em enfermagem.

O International Council of Nurses (ICN, 2008) refere que os enfermeiros ao desenvolverem a sua prática clínica junto da população, assumem um papel essencial na ação e participação comunitária no que se refere à continuidade de comunidades saudáveis e desenvolvimento sustentado. O cumprimento desta meta, exige profissionais competentes e capazes de mobilizarem um conjunto de ferramentas que possibilitem a consecução de um planeamento estratégico capaz de responder de forma estruturada, eficaz e eficiente à realidade de cada comunidade.

Uma ideia já sustentada pela OE referindo que os enfermeiros têm o “dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados” (OE, 1998, p.100). Uma das ferramentas que o enfermeiro pode mobilizar é o refletir sobre a sua ação, que tem como consequência o investigar no contexto da prática, levando à mudança da mesma (DIAS, 2004). A investigação pressupõe uma procura de conhecimentos científicos, que poderá ser sistematizada através da PBE, visando o melhoramento da qualidade dos cuidados prestados, tornando-os mais seguros por estarem sustentados na evidência científica.

Tendo por base todos os conhecimentos que o enfermeiro possui, as competências desenvolvidas, a identificação do problema do sujeito de cuidados, os benefícios, os riscos e problemas potenciais que da implementação podem advir e por fim de acordo com o interesse do sujeito de cuidados, este tem autonomia para decidir sobre a implementação das intervenções (OE, 2009). Podendo estas, serem autónomas (as iniciadas pela prescrição do enfermeiro) ou interdependentes (as iniciadas por outros técnicos da equipa). É então entendido pela OE que o enfermeiro é responsável pela “identificação das necessidades em cuidados, o diagnóstico de enfermagem, o estabelecimento de resultados esperados, a prescrição e execução das intervenções e a avaliação dos resultados” (OE, 2009, p.15). Este deve então interagir tendo por base a relação terapêutica, com o objetivo de aumentar a saúde e o bem-estar, contribuindo para a adaptação da pessoa dependente e o seu prestador de cuidados. Para o referido anteriormente é necessário que o enfermeiro contribua aumentando os recursos internos da pessoa dependente, de forma a conseguir lidar com os desafios e transições envolvendo sempre o prestador de cuidados (OE, 2009).

4 – CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS DA UCC E UCSP SOBRE A REORGANIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE E A REFERENCIAÇÃO PARA A RNCCI

No sentido de dar continuidade ao relatório proposto pela Unidade Curricular Estágio e Relatório, preconiza-se a fundamentação da metodologia que suportou a elaboração do mesmo.

Pretendeu face à referenciação dos utentes para a ECCI por parte dos enfermeiros não ser a mais adequada, contribuir para a modificação deste fenómeno. Ao implementar as sessões de formação com os pares, participou ativamente em todo esse processo, desde o planeamento, à implementação, avaliação e interpretação das intervenções.

Neste âmbito, SANTOS (2009), constatou que a educação pelos pares envolve pessoas com conhecimentos na área que através de estratégias educativas visam influenciar positivamente e incentivar uma mudança comportamental desejável nos membros do mesmo grupo.

4.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Face á dificuldade em encontrar na pesquisa a efetivação de um instrumento de colheita de dados já validado por outros investigadores, e face ao tema a estudar, decidiu construir um questionário no sentido de “ determinar não só as variáveis de estudo, mas também o tipo de dados sociodemográficos, os meios de controlo das variáveis estranhas e os possíveis enviesamentos” (FORTIN, 2009, p.369).

Tendo por base a identificação dos dados sociodemográficos, a seleção da estratégia de colheita de dados teve em consideração os conhecimentos que pretendia desenvolver em relação aos fatores que influenciam a forma como os enfermeiros referenciam os utentes para a RNCCI.

A construção do questionário seguiu as seguintes etapas:

- 1) “Determinar qual a informação a recolher;
- 2) Constituir um banco de questões;
- 3) Formular as questões;
- 4) Ordenar as questões;
- 5) Submeter o esboço do questionário à revisão;
- 6) Pré-testar o questionário;
- 7) Redigir a introdução e as directrizes”.

(FORTIN, 2009, p.381)

Simultaneamente, dada a natureza do problema colocou as seguintes questões no sentido de avaliar a pertinência das áreas a incluir no questionário:

- ✓ Que conhecimento tem a população alvo sobre a Rede?
- ✓ Como recolher esses conhecimentos?
- ✓ Qual a estratégia a utilizar para os transmitir?
- ✓ Que conteúdos transmitir?
- ✓ Como avaliar os conteúdos transmitidos, no final da estratégia escolhida?
- ✓ Houve mudança na prestação de cuidados após a transmissão dos conteúdos?
- ✓ Como avaliar essa mudança?

O método de colheita de dados foi desenvolvido de forma a “recolher metodicamente dados verificáveis” (FORTIN, 2009, p.30) junto dos participantes, ou seja recolher uma quantidade significativa de informação sobre os conhecimentos acerca da reorganização dos Centros de Saúde e da RNCCI, não só porque os participantes fazem parte integrante deste processo, como também pela necessidade de compreenderem quais as razões a nível nacional dessa reorganização e que ligação existe com a RNCCI.

Como preparação prévia da equipa de enfermagem de ambas as unidades (UCC e UCSP), foi divulgado antecipadamente numa reunião de enfermagem, o processo de colheita de dados a utilizar.

Na elaboração do questionário, a estratégia de abordagem aos enfermeiros, passou por questões cujo teor espelhasse essencialmente como é que face à situação de avaliação e referenciação dos utentes estes o fariam, e não, se sabiam como se desenvolvia, assim como a contextualização teórica dos princípios gerais da RNCCI e da nova estruturação dos Centros de Saúde. O questionário foi constituído por 20 perguntas, em que uma delas era aberta e as restantes fechadas (anexo III), permitindo respostas fáceis e comparáveis entre si por recorrerem mais ao reconhecimento do que à memória.

Como forma de o submeter ao processo de verificação e validação (FORTIN, 2009) foi implementado um pré-teste a três elementos constituintes de outra UCC (anexo IV) que de acordo com FORTIN (2009) terá que perfazer 10% do número dos participantes, e posteriormente reformulada uma das questões. Antecipadamente foi pedido autorização à Sr.^a Enf.^a Coordenadora dessa UCC para autorização da aplicação dos pré-testes, ao qual foi autorizado (anexo V).

Antecipadamente foram programadas visitas aos contextos da prática clínica dos participantes, com a enfermeira coordenadora da UCC e enfermeira chefe da UCSP, assim como validados com a mesma, todos os “passos” que se foram construindo ao longo do estágio.

Foi acompanhada por um elemento da UCC, facilitando o acesso aos locais, visto a mesma não conhecer bem o concelho de Ourém, tendo facilitado a comunicação entre os pares. Os questionários foram distribuídos nos contextos onde os enfermeiros exercem a sua prática clínica e preenchidos de forma individualizada. Houve da parte dos participantes algumas preocupações ao se depararem com perguntas ao qual não sabiam as respostas, demonstrando interesse em que estes conteúdos lhes fossem transmitidos, questionando mesmo se seria esta a fazê-lo. A recolha ocorreu logo após o seu preenchimento, de forma a evitar enviesamentos dos dados e uma maior autenticidade da informação colhida.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para o desenvolvimento do estágio na Unidade de Saúde de Ourém, a informação foi proporcionada previamente à Direção do ACES Serra D’Aire pela Escola Superior de Saúde de Santarém, obviando o pedido de autorização. Os enfermeiros foram informados numa reunião de enfermagem sobre a permanência da mestranda para desenvolver o seu estágio nas Unidades, o âmbito e objetivos do mesmo.

Um dos princípios éticos, o respeito pelo consentimento livre e esclarecido cujo participante tem o “direito e a capacidade de decidir” por si próprio, de forma livre quanto ao querer participar ou não no estudo, podendo cessar em qualquer momento a sua participação sem que “incorra em qualquer pena ou sanção” (FORTIN, 2009, p.186). Aquando a entrega dos questionários possibilitou que a pessoa:

- Decidiu de forma livre sobre a sua participação (direito à autonomia), dando o seu consentimento, através da assinatura do Consentimento Informado (anexo III)

Garantindo a:

- Salvaguarda ao respeito pela identidade da pessoa, através do não reconhecimento dos participantes com base nas respostas e nos resultados do estudo integrando o “direito de conservar o anonimato e de receber a segurança que os dados colhidos se manterão confidenciais” (FORTIN, 2009, p.189);
- Informação sobre a natureza, finalidade, duração e método a utilizar, escolhendo as pessoas que estão diretamente ligadas à situação-problema a que o estudo se reporta e não segundo conveniências pessoais. O respeito pela justiça e pela equidade, determina que os participantes têm o “direito de serem tratados de maneira justa e equitativa antes, durante e após o estudo” (FORTIN, 2009, p.190);
- Tentativa do mínimo desconforto e prejuízo possível para os mesmos, levando à não intrusão da vida privada (princípio de não maleficência) esforçando-se para trabalhar para o bem da pessoa (princípio da beneficência), (FORTIN, 2009,

p.191), procurando o maior número de vantagens possíveis, como sendo o contribuir para o avanço dos conhecimentos dos participantes, beneficiando também os utentes referenciados para a ECCI.

RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS/ANÁLISE INTEGRADA

Além da localização/caraterização da Unidade de Saúde de Ourém, vai através da informação recolhida dos questionários (introduzida através do programa Excel) e sobre a forma de gráficos, caraterizar a população alvo e as dimensões sobre as quais se planeou e desenvolveu a sessão de formação, esta no âmbito da formação/educação dos pares.

CARATERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DE OURÉM

A Unidade de Saúde de Ourém está integrada numa cidade portuguesa que pertence ao distrito de Santarém, **Ourém**. Com uma área de 416,50 km² e uma população residente de 46196 habitantes em 2001 (<URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main>), tendo diminuído para 45887 habitantes em 2011 (<URL: http://www.ine.pt/scripts/flex_v10/Main.html>). No entanto o número de inscritos na Unidade de Saúde de Ourém a 30/09/2010 era de 36297 (SINUS).

Esta população está distribuída por dezoito freguesias, Ourém pertence à freguesia de Nossa Senhora da Piedade, a de maior densidade populacional. Estão anexos a esta unidade 16 extensões: Alburitel, Atouguia, Casal dos Bernardos, Caxarias, Espite, Formigais (só com atendimento de enfermagem), Freixianda, Gondemaria, Matas, Olival, Ribeira do Fárrio, Rio de Couros, Sobral, Seiça, Urqueira e Vilar dos Prazeres (<URL: http://pt.wikipedia.org/wiki/Our%C3%A9m_Portugal>).

Algumas destas têm prestação de cuidados de enfermagem a tempo inteiro, por uma ou duas enfermeiras, enquanto outras, apenas parcialmente, e por uma enfermeira. Estas são afetas à UCSP, uma das unidades constituintes da unidade de saúde de Ourém. Uma

outra é a UCC, onde entre outros profissionais, os enfermeiros prestam cuidados a toda esta população.

CARATERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO

Passa a caracterizar de forma sumária a população alvo, os enfermeiros que constituem a UCC e UCSP de Ourém. De um total de vinte e cinco enfermeiros, três e vinte e dois são respetivamente, do género masculino e feminino.

Nº de enfermeiros da UCC e UCSP

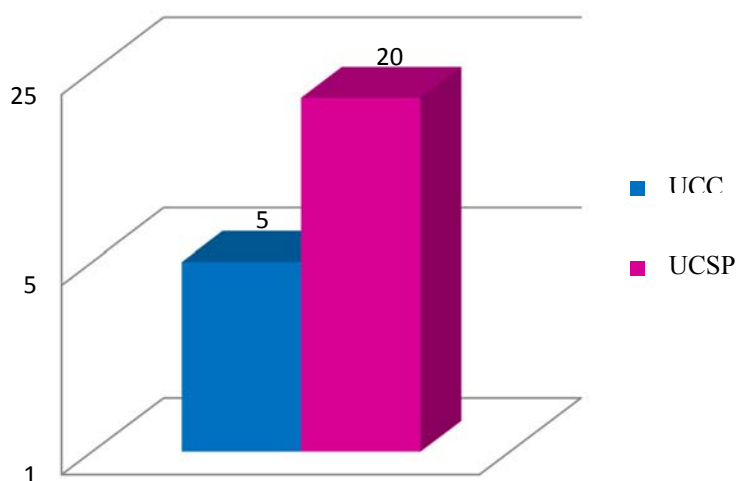


Gráfico nº 1 – Nº de enfermeiros da UCC e UCSP

Em relação à UCC, de um total de oito enfermeiros e uma coordenadora (a tempo parcial), apenas cinco foram abrangidos pelo questionário, este fato deveu-se à ausência dos restantes três por: atestado médico, estágio da especialidade, e transferência. Dos abrangidos um é do sexo masculino e os restantes quatro do sexo feminino.

No que diz respeito à UCSP, é constituída por vinte e um enfermeiros, tendo sido abrangidos pelo questionário vinte (pois o outro enfermeiro encontrava-se de atestado médico). Em que dois são do sexo masculino e dezoito do sexo feminino.

Formação académica dos enfermeiros

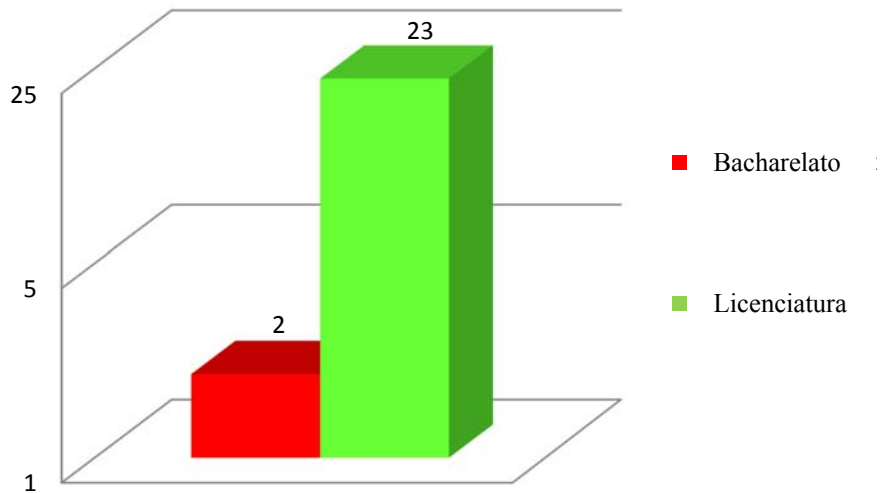


Gráfico nº 2 – Formação académica dos enfermeiros

No que concerne à formação académica, todos os enfermeiros da UCC têm a Licenciatura, e dos vinte da UCSP, dezoito têm a Licenciatura e dois possuem o Bacharelato.

AGRUPAMENTO DAS RESTANTES DIMENSÕES DO QUESTIONÁRIO

Uma abordagem sistémica dos conteúdos que emergiram dos questionários realizados aos enfermeiros, permitiu agrupar as questões em três dimensões que traduziram o nível de conhecimentos, de forma mais integrada e evidente.

Em relação à dimensão relacionada com os conhecimentos que os enfermeiros têm sobre a reorganização dos Centros de Saúde, integrou quatro questões, cujos resultados apresenta no gráfico nº 3.

Conhecimentos dos enfermeiros sobre a reorganização dos Centros de Saúde nº respostas corretas

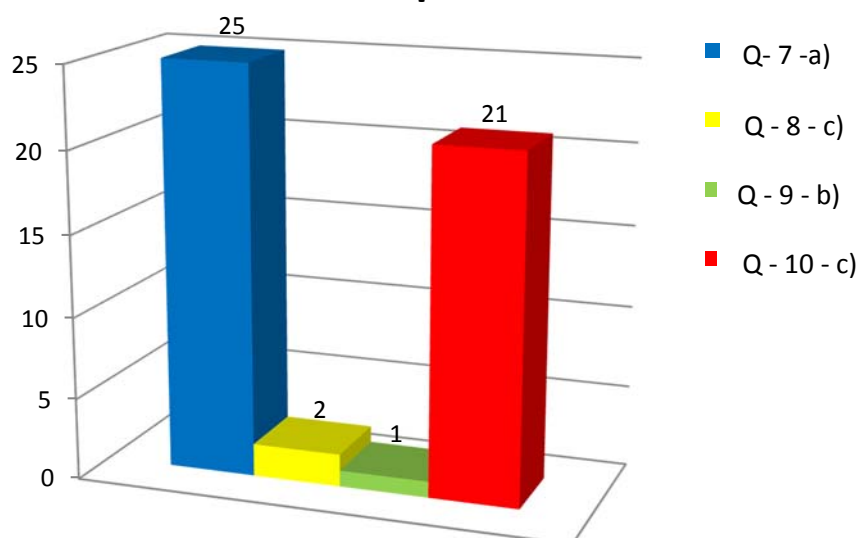


Gráfico nº 3 – Conhecimentos dos enfermeiros sobre a reorganização dos Centros de Saúde

Face à questão 7 relacionada com os Centros de Saúde que constituem o ACES, todos os enfermeiros responderam corretamente, assim como em relação às Unidades existentes em Ourém (questão 10), também 21 enfermeiros, tinham conhecimento. Constatou no entanto que em relação à constituição do Conselho Clínico (questão 8) e às Unidades existentes no ACES (questão 9), apenas 2 e 1 enfermeiros respetivamente demonstraram conhecimento.

Na dimensão do conhecimento face à RNCCI, integrou sete questões que apresenta no gráfico nº 4.

Conhecimentos dos enfermeiros sobre a RNCCI nº de respostas corretas

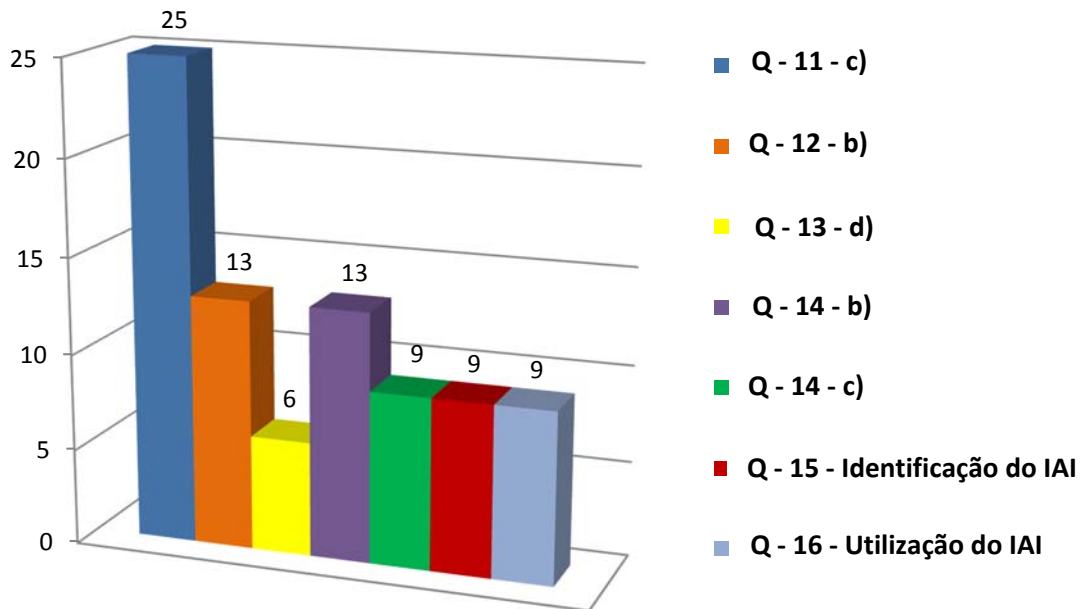


Gráfico nº 4 - Conhecimentos dos enfermeiros sobre a RNCCI

Na questão 11, relacionada com o significado da sigla ECCI, todos os enfermeiros responderam corretamente, no entanto na questão 15, apenas 36% identificaram o IAI como sendo o instrumento de referência dos utentes para a RNCCI, igual percentagem na questão 16 referiu já o ter utilizado. Apenas 24% conseguiu identificar que equipas e unidades asseguram os cuidados continuados integrados.

Na dimensão do conhecimento dos critérios que a situação-problema envolvia para o utente integrar a ECCI e preencher o IAI, agrupou 2 questões, cujos resultados apresenta no gráfico nº 5.

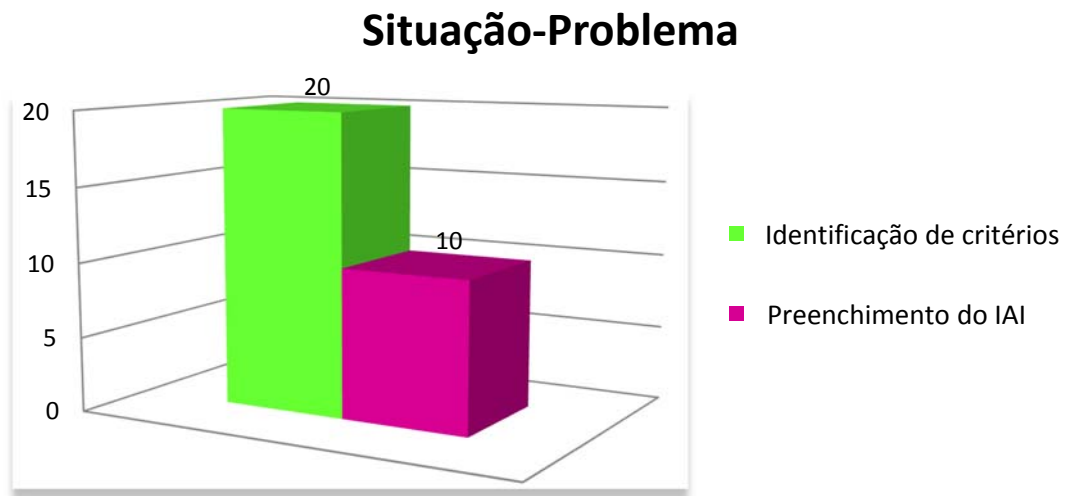


Gráfico nº 5 - Situação-Problema

Na questão 19, 80% dos enfermeiros identificaram na situação-problema, critérios para ser referenciada para a ECCI, no entanto apenas 40% preencheu o IAI.

Perante esta análise e de acordo com o conteúdo funcional do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, permitiu uma tomada de decisão sustentada quer ao nível da metodologia utilizada, para intervir na população alvo nomeadamente, no desenvolvimento de estratégias para aumentar as competências face á referenciação para a RNCCI, enquanto diagnóstico de situação, quer na fundamentação teórica que desenvolveu e integrou ao longo deste relatório.

5 – A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA INTEGRADA NA PRÁTICA CLÍNICA

No âmbito do diagnóstico de situação de saúde elaborado na equipa, emergiram várias dimensões a equacionar, centrando a atenção na efetiva avaliação das necessidades de saúde, que permite aos enfermeiros, centrar as intervenções e as práticas no indivíduo e família. A elaboração do projeto de estágio teve por base, o diagnóstico: “Conhecimento insuficiente em grau moderado pelo grupo de enfermeiros da UCC”, cuja intervenção enquanto enfermeira especialista em enfermagem comunitária, centrou-se na formação e desenvolvimento da metodologia de referenciação na equipa da UCC e UCSP, tendo por base os critérios da pessoa para integrar a ECCI. Para uma prática eficaz e efetiva, é necessário um conhecimento teórico sólido, isto é a filosofia em que se baseia a prática baseada na evidência (THEO et MOYA, 2010).

Segundo THEO et MOYA (2010), no final as informações serão mobilizadas para fundamentar as decisões e ações nos aspetos clínicos e outros da prática profissional de cuidados de saúde. Desta forma a prática baseada na evidência integra um processo de tomada de decisões que produzem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Constatou que face aos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem pretendidos, esta equipa não promovia a satisfação das necessidades dos utentes referenciados para a RNCCI. Face à reflexão sobre a prática e à teorização da mesma, persistiu a necessidade constante de reflexão na, e para a ação que complementadas com a revisão da literatura e revisão sistemática da literatura, possibilitou um crescimento contínuo e alargado de saberes, tornando assim mais consistente o desempenho das suas intervenções, que de acordo com SILVA et al, esta prática é tida como exemplar e “ sugere uma relação entre a teoria e a prática, encarando a pesquisa como geradora de conhecimento que constrói, suporta e determina o desempenho profissional” (SILVA et al, 2008, p.37). A integração de conhecimentos de outras disciplinas como a educação e a comunicação, permitiu o desenvolvimento, integração e mobilização de conteúdos teóricos já

adquiridos em formação contínua (Pós-graduação em Cuidados Continuados), que segundo AMENDOEIRA há uma “necessidade e uma importância da qualificação dos atores intervenientes em saúde” (AMENDOEIRA, 2006, p.378).

Ao efetuar o estabelecido no REGULAMENTO nº128/2011, e cumprindo também o 1º objetivo específico (Dar a conhecer o projeto de estágio) a que se propôs, no início do estágio procedeu à apresentação (anexo VI) e validação do projeto aos enfermeiros, onde foi manifestado interesse pelos mesmos, visto ter sido um assunto já falado mas não aprofundado. No entanto o tema do projeto não lhes era de todo desconhecido pois já lhes tinha sido apresentado, os resultados do diagnóstico de situação de saúde, elaborado e citado anteriormente. O plano da pesquisa de literatura, abrange um processo sistemático de procura, através de uma ou várias fontes, para encontrar as informações mais importantes acerca de um tema específico, tendo como objetivo, identificar todas as fontes de referência, potencialmente úteis e selecionar trabalhos ou material publicado que se relacionem, diretamente ou tenham relevância apreciável para o tema (MOFFAT, 2010).

Houve também alguma perplexidade vinda de alguns elementos do grupo, relativamente ao 2º objetivo (Colher dados acerca dos conhecimentos dos enfermeiros da UCC e UCSP sobre a RNCCI e a referenciação) (anexo VI), que pressupunha o levantamento dos conhecimentos dos enfermeiros acerca do tema.

Segundo o Modelo de Sistemas de Neuman (1995), face à estrutura básica já definida (utente/família), este subsistema (enfermeiros) na sua abordagem e interação promoveu cuidados de enfermagem aos vários níveis de prevenção, que segundo o mesmo autor contribuíram para a harmonia do sistema, ou seja, numa perspetiva sistémica este grupo de enfermeiros interveio, tendo por base uma avaliação sistémica das necessidades do mesmo. Mobilizou as questões, empoderou o grupo de intervenção (subsistema), fortaleceu o sistema – sujeito de cuidados, desenvolvendo as estratégias de coping para posterior satisfação das suas necessidades.

Após refletir sobre o tema, desenvolveu uma revisão sistemática da literatura, cujo objetivo, segundo THEO et MOYA (2010, p.13), abrange “o processo de identificação do problema, revisão extensa e crítica sistemática da literatura de investigação

relacionada com o tema” e ainda a “identificação de exemplos de melhores práticas em termos dos procedimentos intervencionais, práticas e políticas mais eficazes”. A formulação de uma pergunta com o acrónimo PICO, sendo (P) Participantes; (I) Intervenção; (C) (Comparação) e (O) Resultados, culminou em:

- Quais as estratégias formativas (I) a desenvolver com os enfermeiros (P), para melhorar a avaliação das necessidades dos utentes (O)?

Para chegar a esta pergunta, definiu alguns critérios que facilitaram a elaboração da mesma (anexo VII).

Dos conceitos que emergiram, foram definidas as palavras-chave: Training strategies, nurs*, needs assessment e client.

Com a finalidade de verificar a sua fiabilidade científica, validou as palavras-chave na MeSH - Medical Subject Headings em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>. Os descritores são: nurs*, needs assessment e client. Training strategies não é descritor, mas foi utilizada uma vez que produziu resultados no cruzamento com as outras palavras-chave, sendo apresentados os resultados no protocolo de pesquisa (anexo VIII). De salientar que no final da pesquisa foram selecionados 4 artigos (anexo IX).

Esta metodologia trouxe contributos que permitiram a integração da evidência científica na prática clínica, ao longo do desenvolvimento do estágio, numa perspetiva de reflexão sobre as práticas e teorização das mesmas, o que promoveu uma avaliação da existência de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, com consequentes ganhos em saúde para os utentes avaliados no domicílio pelos enfermeiros. Iniciando com o contributo dos autores SIGURGEIRSDOTTIR e HALLDORSDDOTTIR (2007) que corroboram com a ideia de que esta avaliação deverá ser das necessidades holísticas dos utentes.

A estratégia de intervenção exequível, coerente e articulada que definiu (REGULAMENTO nº 128/2011), foi uma sessão de formação a cada grupo de enfermeiros, respetivamente de 12 e 11, sobre a Reorganização dos Centros de Saúde e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Utilizou alguns dos seus atributos pessoais tais como: carinho, sensibilidade e empatia, este último conseguido

devido à proximidade durante o estágio com alguns destes enfermeiros, e a experiência profissional, já que também presta cuidados de enfermagem em contexto domiciliário. Segundo a evidência científica, estes atributos pessoais e profissionais são propensos a serem valorizados e cultivados como recurso para a prática, e além disso facilita a comunicação e a “cultura de debate” nestas sessões de formação (LINDEMAN, 2009, p.412).

Neste contexto e tendo por base a Unidade Curricular – Estágio e Relatório, elaborou um projeto que teve como estímulo o fenómeno acima focado (anexo I). Tendo por base a revisão sistemática da literatura, onde GORMAN e COLLIN & VALLEALA, citados por Lindeman (2009), referem que a aprendizagem no local de trabalho deve ser feita focando as atividades nos profissionais que prestam os cuidados, levando à participação destes, nas mesmas. Apesar de MOHAMMAD (2010) referir que na aprendizagem autodirigida os alunos devem escolher os seus próprios recursos de aprendizagem, no caso dos enfermeiros que demonstraram interesse pelos temas a desenvolver nas sessões de formação, subentende que este também se pode considerar um fator que ajudou o grupo de enfermeiros após a intervenção a demonstrarem melhoria no conhecimento e na prática clínica emergindo melhores cuidados prestados aos utentes.

Elaborou um Manual com compilação da informação transmitida na sessão de formação (anexo X), como forma de disseminação deste (REGULAMENTO nº 128/2011). Um em suporte de papel e outro em suporte informático que disponibilizou para consulta. Para SILVA (1991), o Manual possibilita a reunião de informações de forma sistematizada. Pretendeu que este instrumento fosse utilizado no esclarecimento e orientação para a aplicabilidade e executabilidade do procedimento da referenciação para a RNCCI.

De acordo com a conceção teórica também o Modelo de Sistemas de Neuman (1995), trouxe contributos para esta abordagem, ou seja, numa perspetiva sistémica, o olhar do enfermeiro para o cliente como um sistema influenciou a avaliação, as metas estabelecidas e os resultados, o que permite integrar as dimensões do processo de cuidados, refletindo assim alguns dos conceitos do Modelo como os stressores, o ambiente e as variáveis do sistema. Como forma de avaliar o impacto da formação nos

enfermeiros, monitorizou a eficácia da sessão de formação (REGULAMENTO nº 128/2011), através da validação da integração dos conhecimentos:

- Ao serem atingidos os objetivos a que se propôs no início da sessão de formação (anexo XI)

E na mobilização desses conhecimentos:

- Com a avaliação no final de cada sessão, através de um questionário (anexo XII) onde pretendeu que identificassem os critérios de inclusão na ECCI através da metodologia estudo de caso problema, com a análise de uma situação solicitando o preenchimento do IAI;
- E a avaliação através da observação das referências para a ECCI, elaboradas após as sessões de formação durante 24 dias, onde foi avaliado se os utentes referenciados à posteriori apresentavam os critérios para serem incluídos na ECCI.

Constatou que, dos quatro utentes referenciados todos apresentavam critérios de inclusão na ECCI, certificadas pela Equipa de Coordenação Local que avaliou as referências, e a sua integração na RNCCI. Destas referências, uma apresentava o IAI totalmente preenchido, duas preencheram o IAI (adaptado pela ECCI de Ourém) e uma não o preencheu.

Há a necessidade dos profissionais terem um instrumento que sistematize a informação e a produção de indicadores que levam a uma avaliação efetiva dos ganhos em saúde, sendo portanto de extrema importância refletir do porquê de ainda existirem alguns utentes que integram a RNCCI mesmo sem este instrumento, o que leva a equacionar que dados foram mobilizados e de que forma os sistematizaram para que essa avaliação, apesar dos critérios estarem bem definidos ao nível da RNCCI, possam ser tidos em consideração na avaliação enquanto indicadores de saúde. Importa referir as dimensões dos saberes no desenvolvimento das competências preconizadas para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (REGULAMENTO nº 128/2011) que sem dúvida devem ser integradas na sua prática clínica.

Aplicou o questionário no final das sessões de formação que pressupunha o preenchimento do IAI, que segundo o artigo anteriormente referenciado, diz que a experiência do “fazer” no contexto de trabalho leva à aprendizagem (LINDEMAN, 2009). Para esta autora a qualidade desta aprendizagem depende não só do suporte estrutural da organização, como sendo a supervisão que se desenvolveu aquando o preenchimento do impresso adequado à avaliação dos utentes; como do sistema da organização, que como exemplo é o apoio dos pares, intervenção mobilizada através das sessões de formação aos enfermeiros. A autora FINDLAY (2007), também refere que para se alcançar a competência é indispensável o treino.

Como forma de reafirmar através das evidências científicas todo o processo relatado anteriormente durante o estágio, FINDLAY (2007) mencionando Sheperd (1995) aponta alguns pontos-chave necessários para a estratégia de formação:

- Avaliar objetivamente as necessidades de treino;
- Utilizar esses resultados para planear o treino;
- Implementar a formação planeada;
- E avaliar a eficácia do treino.

Podendo concluir que as intervenções produziram mudanças das práticas dos enfermeiros cujos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem se traduziram em ganhos em saúde para os utentes, no âmbito da satisfação das necessidades anteriormente avaliadas e para a equipa que irá consumir menos recursos humanos e materiais e operacionalizar de forma adequada alguns objetivos a que se propuseram. Como forma de fundamentar o referido anteriormente, numa das opções do plano estratégico 2011-2013, está implícito que “A obtenção de ganhos em saúde é considerado o verdadeiro caminho (...)” (ARSLVT, 2010 p.10).

À necessidade de ter que ser proactiva assumindo a responsabilidade enquanto enfermeira especialista na consecução de estratégias formativas, para a motivação e implementação da prática baseada na evidência no seio da equipa. Estas dimensões, são também focadas por LINDEMAN (2009), relativamente às vantagens da educação pelos pares, naquilo que é a proximidade de quem está na operacionalização dos cuidados e que demonstra saberes para um cuidar com competência.

6 - SUGESTÕES

Sendo a prestação de cuidados continuados, um direito fundamental do utente e a assistência domiciliária uma forma de elevar o nível de bem-estar do utente/família e a rentabilização dos recursos, considera ter contribuído para gerar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, ou seja, respostas adequadas às necessidades dos utentes/famílias cujos ganhos em saúde evidenciam a eficácia na avaliação das mesmas.

Os profissionais de saúde são decisivos quanto ao bom desempenho do sistema de saúde, no entanto “ a incompatibilidade entre as atuais competências profissionais e as necessidades crescentes de um mundo cada vez mais interdependente” (OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS SISTEMAS SAÚDE, 2010, p.103), leva a que a renovação da formação profissional seja exigida. Porque não começar nos locais de trabalho? Onde segundo LINDEMAN (2009), é um local de aprendizagem, desde que a formação seja adequada à avaliação dos cuidados na comunidade. Sugerindo também o apoio dos pares, desde que tenham formação e experiência nessa área, resultados também emergentes da evidência científica.

Como forma de rentabilizar os recursos económicos, sugere que em cada unidade de saúde haja a seleção de um/dois enfermeiros que prestem cuidados diretos ao idoso em contexto domiciliário, estes terão que ter alguns atributos pessoais tais como mostrar empatia com decisões difíceis, dar apoio e permitir a discussão de forma a facilitar a reflexão crítica, além disso elaborar pequenas formações sobre aspetos práticos incluindo não só a avaliação do utente mas tudo o que abrange esse contexto como, as necessidades do cuidador, nutrição adequada, gerir utentes agressivos e outros. Dimensões também concetualizadas pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman (1995), o que evidencia que os enfermeiros no desenvolvimento de competências enquanto

especialistas e mesmo de cuidados gerais deverão ter sempre presentes esta dinâmica entre a teoria e a prática, numa reciprocidade reflexiva dos saberes.

Estas formações teriam o objetivo de educar e treinar, os enfermeiros formadores teriam que se comprometer a utilizar com frequência a PBE garantindo a atualização constante dos conhecimentos, e cuidados eficazes aos utentes.

Quanto ao local de trabalho, este deve permitir uma supervisão interna e externa, de forma a valorizar os atributos pessoais (bom relacionamento com os outros, compreensão, capacidade de construir com confiança, ter habilidades de observação) dos profissionais que prestam cuidados ao utente/família em contexto domiciliário.

Sugere a implementação deste projeto, alargando o período de tempo e a população alvo, ou seja abrangendo os restantes enfermeiros, que constituem o mesmo ACES.

7 – BIBLIOGRAFIA

ALARCÃO, I. – Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schon e os programas de formação de professores. In: **Supervisão e formação de professores**. Aveiro: cadernos Cidine, 1991.

ALARCÃO, I. – Desafios actuais da formação dos enfermeiros. In: **Conferência no Workshop – Ensino de enfermagem: processos e percursos de formação**. Porto, 1995.

AMENDOEIRA, J. – Cuidado de enfermagem. Intenção ou acção, o que pensam os estudantes de enfermagem. **Nursing**. Julho/Agosto. 2000.

AMENDOEIRA, J. (2006) – **Uma Biografia Partilhada da Enfermagem**. Formasau. Coimbra. ISBN: 972-8485-67-0.

ANGERAMI, E. - **11Rev. Latino Am. Enf.** - Ribeirão Preto - v. 1 - n. 1 - p. 11-22 - Janeiro 1993.

BENNER, P. 1995 – **De Novice à expert: excellence en soins infirmieres**. Paris: InterEditions,.

BRITO, I. (2009). Promoção da saúde nos jovens utilizando a educação pelos pares- Intervenção com estudantes de enfermagem e jovens enfermeiros. **Enfermagem e o cidadão, Jornal da secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros**, ano 7, n.º 19.

CANÁRIO, R. – Formação na mudança: três orientações estratégicas. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. Vol. 1, nº2 (1º semestre 1998).

DECRETO-LEI nº 104/98 de 21 de Abril. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Artigo 76, a).

DECRETO-LEI nº 101/2006 "DR I Serie". 109 (2006-06-06) 3857

DECRETO-LEI nº 212/2006 "DR I Série". 208 (2006-10-27) 7517.

D'ESPINEY, L. – Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos. Sísifo. **Revista de Ciências da Educação**. Nº6 – Maio/Agosto 2008.

DIAS, J. M. 2004 - **Formadores: Que Desempenho?** Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-75-04.

DOMENICO et al – **Enfermagem Baseada em Evidências: Princípios e Aplicabilidades**. [em linha] 2003. [consultado em 27/03/11]. Disponível em <URL <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16568.pdf>>.

EBSCOHOST. [Em linha]. [Consult.2011-10-12]. Disponível em [www: url:http://search.ebscohost.com/](http://search.ebscohost.com/)

FIGUEIREDO, D. (2007) - **Cuidados familiares ao idoso dependente**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi.

FINDLAY, J. (2007) – **Commentary on**. [Consult. em 2011-10-12]. Disponível em [www: <URL: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=23634438&lang=pt-br&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=23634438&lang=pt-br&site=ehost-live)

FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta,. ISBN 978-989-8075-18-5.

GUERREIRO, I. (2009) – **Guia da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)**. UMCCI. Lisboa.

HANSON, SHIRLEY (2005) - **Enfermagem de cuidados de saúde à família**. 2ªed. Lusociência: Loures.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, [Em linha]. [Consult. 2011-05-03]. Disponível em <URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main>

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (2008c). **Nursing Perspectives and Contribution to Primary Health Care**. Geneva.

LE BOTERF, G. – Modelos de aprendizagem em alternância na comunidade: cinco desafios a enfrentar. «**Formar**». Nº 10 (Fev.-Mar.-Abr. 1994).

LE BOTERF, G. (1998) – **Da competência à navegação profissional**. 2ª Edição. Paris.

LINDEMAN, M.A. (2009) - **Assessment staff in home and community care services: issues of learning and professional identity in Australia**. [Consult. em 2011-10-12]. Disponível em [www: <URL: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=40928764&lang=pt-br&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=40928764&lang=pt-br&site=ehost-live)

MCDONALD, J. et al. (2003) – **A educação de pares: da Evidência à Prática**. Primeiro o álcool e outras drogas.

MCSP (2007) – **Proposta para a Reconfiguração dos Centros de Saúde/Criação do Agrupamento de Centros de Saúde (ACS)**. Lisboa.

MeSH BROWSER - National Library of Medicine Medical Subject Headings, [Em linha]. [Consultado em 2011-10-12]. Disponível em <URL:www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowtmlser>.

MINISTERIO DA SAUDE – **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Manual de Procedimentos de Referenciação** [Em linha]. [Consultado em 2011-01-22] Disponível em <URL:http://www.socialgest.pt/_dlds/CC_manual_procedimentos_referenciacao.pdf

MINISTERIO DA SAUDE – **Plano Estratégico da ARSLVT**, IP 2011-2013. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

MOFFAT, C. E, MOYA, M. P. (2010) – **Úlcera de perna: Uma abordagem baseada na resolução de problemas**. Tradução Hermínia Castro. 1ªed. Loures: Luso didacta, ISBN 978-989-8075-25-3;

MOHAMMAD, H.M. et al (2010) – **The effectiveness of self-directed learning in health professions education: a systematic review.** [Consult. em 2011-10-12]. Disponível em [www:<URL: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20946476&lang=pt-br&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=20946476&lang=pt-br&site=ehost-live)

NEUMAN, B. (1995) - **The Neuman Systems Model.** Stamford: Lance.

NÓVOA, A. – A formação tem que passar por aqui: as histórias de vida no projecto Prosalos. In: Nóvoa, A., org. , Finger, M., org. – **O método (auto) biográfico e a formação.** Lisboa: DRHS, 1988.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS SISTEMAS SAÚDE. **Desafios em Tempos de Crise - Relatório de Primavera 2010.**

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários.**2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro. Conselho de Enfermagem.** Lisboa. 2009b

PIRES, A.- As novas competências profissionais. «**Formar**». Lisboa.Nº10 (Fev.-Abr.1994).

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Despacho nº 10143/2009. “ Diário da República,” 2ª série-nº74, de 16 Abril de 2009.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Regulamento nº128/2011. “ Diário da República,” 2ª série-nº35, de 18 de Fevereiro de 2011. **Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.**

KÉROUAC, S. et al.- **O pensamento do enfermeiro: concepções e estratégias.** Québec: 1994.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº39/2006 “DR I Série B”. 79 (2006/04/21) 2834.

SANTOS, M.N.P. – **Desenvolvimento de Competências Profissionais com a Educação pelos Pares**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. 2009.

SIGURGEIRSDOTTIR, J., HALLDORSDDOTTIR, S. (2007) – **Existencial struggle and self-reported needs of patients in rehabilitation**. [Consult. em 2011-10-12]. Disponível em [www: <URL: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=28599103&lang=pt-br&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=28599103&lang=pt-br&site=ehost-live)

SILVA, V. **Manuais de Enfermagem**. Administração em enfermagem. São Paulo: 1991.

SILVA, A. M. et al – **Prática Baseada na Evidência: Investindo na Qualidade em Enfermagem**. Revista Sinais Vitais. ISSN: 0872-8844.Nº 79 (Julho 2008) 37.

SOUZA, A., et al (2006). **Construindo Movimentos para o Fortalecimento da Família. Família Saúde Desenvolvimento**. Curitiba. V.8, nº3, p.265-272 – Set/Dez 2006.

STANHOPE, MÁRCIA; LANCASTER, JEANETTE – **Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 1.ª Ed. Lisboa: Lusociência, 1999. p. 532-640. ISBN 972-8383-05-3.

TAVARES, J. e ALARCÃO, I. – **Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem**. Coimbra. Livraria Almedina. 1989.

WIKIPEDIA, [Em linha]. [Consult. 2011-05-03]. Disponível em <URL: http://pt.wikipedia.org/wiki/Our%C3%A9m_Portugal

UMCCI – **Módulos de Preenchimento Obrigatório**. Lisboa. 2010.

ANEXOS

ANEXO I

Projeto de estágio

ANEXO II

Sessão de formação aos enfermeiros

ANEXO III

**Questionário de avaliação dos conhecimentos sobre reorganização dos Centros de
Saúde e RNCCI**

ANEXO IV

Pré-teste

ANEXO V

Autorização da aplicação dos pré-testes

ANEXO VI

Apresentação do projeto de estágio

ANEXO VII

Quadro representativo da formulação da pergunta PICO

ANEXO VIII

Protocolo de pesquisa

ANEXO IX

Quadro resumo dos artigos

ANEXO X

Manual

ANEXO XI

Plano da sessão de formação

ANEXO XII

Questionário implementado no final da sessão