

Saúde Para Todos: Higiene Pessoal e Doméstica em famílias sociavelmente vulneráveis.

Saúde Para Todos: Higiene Pessoal e Doméstica em famílias sociavelmente vulneráveis.

Relatório de Estágio apresentada para obtenção do grau de Mestre na Especialidade
de Enfermagem em Saúde Comunitária



MESTRANDA: Bruna Neves

**ORIENTADORA:
Professora Doutora Irene Santos**

2015, Março



Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém

3ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO E RELATÓRIO

Saúde Para Todos: Higiene Pessoal e Doméstica em famílias sociavelmente vulneráveis.

**Relatório de Estágio apresentada para obtenção do grau de Mestre na Especialidade
de Enfermagem em Saúde Comunitária**

ORIENTADORA:
Professora Doutora Irene Santos

MESTRANDA: Bruna Neves

Nº 100431012

2015, MARÇO

“Without changing our patterns of thought, we will not be able to solve the problems we created with our current patterns of thought”

Albert Einstein

RESUMO – SAÚDE PARA TODOS

O relatório estágio tem como finalidade descrever, analisar e refletir sobre as atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio de Intervenção na Comunidade, do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária.

O foco a dinamizar neste Estágio, foi as famílias em risco inscritas na UCC de Ourém abrangidas pelo Rendimento Social de Inserção, estando o diagnóstico da situação já executado pela Enfermeira Comunitária da UCC. A falta de cuidados de higiene pessoal e Doméstica está identificado como um problema prioritário a resolver. Tendo consciência do papel do enfermeiro na educação e promoção de saúde na comunidade implementou-se o projeto de intervenção, “Saúde Para Todos”, em colaboração com parcerias (Núcleo do RSI e Psicóloga da Segurança Social Ourém). Este abrange dez famílias do RSI em situação vulnerável com carência de cuidados de higiene pessoal e doméstica e tem como objetivo melhorar conhecimentos e promover mudança de comportamentos sobre boas práticas de higiene pessoal e doméstica.

Após a intervenção pode-se constatar a curto prazo através de indicadores de processo: cem por cento das famílias/utentes participaram nas sessões de educação para a saúde. O interesse mostrado pelos mesmos e o assumir da responsabilidade pela própria saúde foi positivo e por consequência uma melhoria das condições de higiene pessoal e doméstica avaliada pela visita domiciliária semanal. Os indicadores de resultado só são possíveis serem avaliados a longo prazo. A avaliação não se esgota com a minha participação neste projeto, pois será continuada pela equipa envolvida no projeto, para a longo prazo avaliar ganhos em saúde.

Palavras Chave: Enfermagem Comunitária; Promoção da Saúde; Higiene; Comportamentos Risco;

ABSTRAT – SAÚDE PARA TODOS

The purpose of this summary is to describe, analyze and reflect the activities developed during an internship at the institution of UCC Ourem, in the capacity of future Community Nurse Specialist.

Throughout the internship my focus was working with families living at risk registered at UCC Ourém and enrolled in the Rendimento Social Inserção (RSI) program. Eligibility criteria for the program was determined and confirmed by the employed Community Nurse of the institution.

The lack of personal and domestic hygiene was identified as the primary issue to be addressed with this population. The main role of the Nurses in this setting is health promotion and therefore became urgent to implement a project of intervention to assist those living at risk in the identified program. Ten families living at risk with vulnerable health situations were recruited in the project “Saúde Para Todos” with an aim to improve, promote and change personal and domestic behaviours.

These interventions were implemented and observed over a short time period and included weekly observations by the Community Nurses in the context of home visits. One hundred percent of families actively participated and demonstrated a keen interest in the health promotion session and this was evidenced by the initiation of new habits in relation to their personal and domestic hygiene that was observed; acknowledging a receptiveness to their new learnings.

True outcomes are only possible to be demonstrated over a long term process. However despite the short duration of this study the data collected to date will benefit the evaluation process as this project continues to be operationalized by the Community Nurses at UCC Ourém.

Keywords: Community Nurse; Community; Health Promotion; Hygiene; Risk behaviors;

ABREVIATURAS E SIMBOLOS

ICN – International Council Nurses

IMC – Índice de Massa Corporal

OE – Ordem dos Enfermeiros

RSI – Rendimento Social de Inserção

UCC – Unidade Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 9 |
| ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL | 13 |
| 1.1 SAÚDE..... | 13 |
| 1.1.1 Promoção da Saúde..... | 14 |
| 1.1.2 Empoderamento em Saúde..... | 15 |
| 1.2 FAMÍLIA..... | 16 |
| 1.2.1 Tipos de Família | 18 |
| 1.3 HIGIENE E INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA..... | 19 |
| 1.3.1 Comunidade | 21 |
| 1.3.2 Intervenção na Comunidade | 21 |
| 1.3.3 Comportamento de Risco | 22 |
| 2. MODELO TEÓRICO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE - NOLA PENDER | 24 |
| 3. EVIDÊNCIA CIENTÍFICA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA | 26 |
| 4. UM OLHAR SOBRE A PRÁTICA DESENVOLVIDA | 33 |
| 4.1 PLANEAMENTO EM SAÚDE..... | 34 |
| 5. PERSPETIVANDO A UTILIDADE DO CONHECIMENTO CONSTRUÍDO NA PRÁTICA PROFISSIONAL | 40 |
| 6. CONCLUSÃO | 44 |
| 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 46 |

| | |
|---|-----------|
| ANEXOS | 51 |
| Anexo I - Projeto de Estágio..... | 52 |
| Anexo II – Folhetos Informativos entregues nas Educações Para a Saúde..... | 93 |
| Anexo III - Artigos selecionados segundo o protocolo de pesquisa..... | 96 |

ÍNDICE TABELAS

Tabela I . Formulação Pergunta PI(C)O

Tabela II . Análise Artigos de Pesquisa

Tabela III – Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde Nola Pender Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice*

INTRODUÇÃO

Ao ingressar na etapa final da nossa formação académica e profissional da Especialidade com Mestrado Integrado em Enfermagem Comunitária, emerge a necessidade de desenvolver um relatório final de forma a unificar vários aspetos importantes do processo de aprendizagem desenvolvido: a ação realizada com empenho pessoal, a intencionalidade dessa ação e a sua inserção num contexto social (QUEIROS, 2002).

No âmbito de todo o processo curricular desenvolvido no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, ministrado na Escola Superior de Saúde de Santarém, construímos este relatório individual que permite uma visão reflexiva e crítica de todo o percurso. É através da reflexão que conseguimos utilizar um pensamento crítico para analisar e resolver problemas, visando sempre a melhoria dos cuidados prestados. O relatório crítico/reflexivo é baseado num ponto de vista construtivista de aprendizagem que promove um meio de reflexão e responsabilidade pelo desenvolvimento da aprendizagem.

De acordo com o plano de estudos delineado, tendo por referência as competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (publicadas em Diário da República, 2ª Série, pelo Regulamento nº 128/2011 de 18 de Fevereiro), foi proposto o desenvolvimento de competências específicas de enfermagem comunitária numa UCC, integrar a unidade, perceber a sua dinâmica e desenvolver um projeto pertinente à instituição de acordo com as necessidades de saúde e/ou de risco diversas existentes nas famílias integradas naquela comunidade.

A intervenção na comunidade está contemplada na política de saúde nacional como diretriz, sendo que no disposto na alínea h) do número 1, Base II do Artigo 3º da Lei de Bases da Saúde n.º 48/90 se pode constatar o seguinte: “É incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual”. Tendo por base o Decreto de Lei n.º 35 de 18 Fevereiro de 2011 que regula as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública este,

“adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde Pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção

com vista à capacitação e “*empowerment*” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania.”

Os enfermeiros têm um papel preponderante na promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. Segundo a carta de OTTAWA (OMS, 1978), a promoção da saúde é um processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os fatores determinantes da saúde, no sentido de a melhorar. De acordo com STANHOPE; LANCASTER (2011, p.201), a saúde ou bem-estar é a circunstância em que todas as partes e subpartes (variáveis) estão em equilíbrio com o todo do homem. A desarmonia reduz o estado de bem-estar. A saúde equaciona-se com a estabilidade do sistema. O contínuo bem-estar saúde-doença implica que o fluxo de energia seja constante entre o sistema do cliente e o ambiente. O termo saúde na visão de PENDER (1987) citado por ALLIGOOD e TOMEY (2002), é perspectivado sob os aspetos individual, familiar e comunitário, com ênfase na melhoria do bem-estar, no desenvolvimento de capacidades e não como ausência de doenças, devendo ser estudado durante todo o processo de desenvolvimento do ser humano, tendo em consideração idade, raça e cultura, numa perspetiva holística.

Vivemos numa época em que a comunidade toma consciência das suas responsabilidades em saúde e pretende assumir um papel participativo reivindicando o seu direito aos progressos científicos e tecnológicos. Daqui derivam novos desafios à capacidade de intervenção do enfermeiro. Neste contexto, a Enfermagem em cuidados saúde primários, pela natureza dos cuidados que presta, atua assumindo uma abordagem sistémica e sistemática, aos diferentes níveis de prevenção e em complementaridade funcional com outros profissionais de saúde. Assim sendo, é importante que cada comunidade tenha um enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária de modo a ir ao encontro com as necessidades das famílias: avaliação estado de saúde, a elaboração de projetos adequados às necessidades detetadas, a implementação de intervenções e a consequente monitorização e avaliação visando a capacitação, cooperando na vigilância epidemiológica, de modo a produzir indicadores pertinentes de tomada de decisão (ORDEM DOS ENFERMEIROS,2011).

Perante a participação/integração na UCC Ourém, foi desenvolvido um projeto associado à “RSI” em que de UCC Ourém é parceira. A nossa intervenção surge na medida em que emerge a necessidade de intervenção nas famílias do RSI com carências de saúde, especificamente no ajuste de uma alimentação saudável aos recursos económicos existentes e na promoção de hábitos de higiene pessoal e doméstica. Assim, foi desenvolvido o projeto de Intervenção “Saúde para Todos” onde

as intervenções de enfermagem se direcionam especificamente para ações promotoras de boas práticas de higiene pessoal e doméstica em famílias beneficiárias do Rendimento Social de Inserção (Anexo I). O Rendimento Social de Inserção (RSI) é uma medida de proteção social criada para apoiar as pessoas ou famílias que se encontrem em situação de grave carência económica e em risco de exclusão social e é constituída por um contrato de inserção para ajudar as famílias social e profissionalmente e uma prestação em dinheiro para satisfação das suas necessidades básicas. As políticas sociais públicas aparecem como um importante fator de compensação dos grupos sociais vulneráveis e de equilíbrio entre estes e os grupos mais beneficiados da população. (Segurança Social, 2013, <http://www4.seg-social.pt/rendimento-social-de-insercao>)

Segundo ZOBOLI (2011), do Código de Ética para os Enfermeiros do International Council of Nurses (ICN) destaca-se a corresponsabilidade – enfermeiro e comunidade – no desenvolvimento de ações voltadas para as necessidades da população, especialmente a mais vulnerável: “The nurse shares with society the responsibility for initiating and supporting action to meet the health and social needs of the public, in particular those of vulnerable populations”. Introduz-se a noção de justiça social como equidade, com a priorização dos mais necessitados ou vulneráveis. Pelo seu trabalho, os enfermeiros ficam numa posição de interceção privilegiada, na qual podem em simultâneo, prover cuidados aos pacientes e testemunhar as forças sociais mais amplas que impedem ou promovem a saúde das famílias. Consequentemente ao orientar-se para o bem-estar social a Enfermagem torna-se numa profissão socialmente acreditada, confiável e reconhecida.

As famílias, para receberem o Rendimento Social de Inserção, celebram e assinam um Contrato de Inserção, do qual consta um conjunto de deveres e direitos, com vista à sua integração social e profissional. O que podemos nós fazer enquanto enfermeiros comunitários? Investir na educação, nos cuidados de saúde e em políticas sociais eficazes pode melhorar os resultados em saúde. Como descrito anteriormente, a saúde é um bem entendido como estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade e por isso, promover e protegê-la deve ser uma preocupação primordial através de determinante de saúde, capacitação e trabalho com comunidades e grupos vulneráveis, tratando das suas necessidades exclusivas. (International Council of Nurses, 2004). Assim sendo, é importante a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária de modo a capacitar as famílias para a sua Autonomia, Gestão Familiar e Participação na Promoção da sua Saúde e Prevenção da Doença.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume 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 (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde (OE, 2011). De acordo com a prática clínica desenvolvida na Comunidade e todo processo de aprendizagem desenvolvido, com este Relatório pretende-se:

- Refletir/Criticar o estágio desenvolvido na Comunidade com base a evidência e com recurso à metodologia científica;
- Fundamentar a singularidade das situações de cuidar das famílias do RSI e a suscetibilidade de mudança, com recurso à revisão sistemática;
- Inventariar os recursos necessários à intervenção de enfermagem na Comunidade baseada na evidência;
- Fundamentar as competências desenvolvidas em ação, sustentando-as na natureza da enfermagem avançada;
- Avaliar, registar e divulgar os resultados da ação/intervenção de enfermagem, produtoras de resultados sensíveis, nas pessoas cuidadas;
- Perspetivar a transferência de conhecimentos adquiridos no Projeto “Saúde Para Todos” na minha prática clínica junto do Insuficiente Renal Crónico e suas Famílias, nomeadamente, na promoção de cuidados de Higiene na Lavagem dos Acessos Vasculares;

1.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1 SAÚDE

A saúde é um direito, a forma como cada indivíduo a percebe é única e individual, sendo com certeza importante e imperioso respeitar estas diferenças.

A saúde é um assunto de interesse universal, estando presentemente no centro de uma das tomadas de consciência mais importantes. Definir saúde não é fácil uma vez que este conceito provém dos antecedentes, do meio sócio cultural ou dos percursos de cada indivíduo. Atualmente a saúde não é tarefa dos profissionais, mas antes de toda a comunidade (ARAÚJO, 2006).

Em 1946 a OMS definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença. Contudo esta definição acarretou críticas algumas de natureza técnica (a saúde seria algo ideal, inatingível; a definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde), outras de natureza política. Atualmente designa-se saúde como um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (CARVALHO 2006).

Reportando-nos ao modelo sistémico, como paradigma de abordagem da família, a saúde é vista na perspetiva do bem-estar familiar, integrando processos de retroalimentação num *continuum* entre estabilidade e mudança que permite transformações na estrutura do sistema familiar, mantendo a sua organização e conferindo-lhe um desenvolvimento próprio com uma sequência natural ao longo do seu ciclo de vida (RELVAS, 1996; ALARCÃO, 2002).

A saúde física existe quando os órgãos e sistemas do organismo funcionam normalmente. A saúde mental acontece quando o sentimento de segurança e a capacidade para lidar com o despeito e decepção são uma realidade. A saúde social surge na sequência de se sentir aceite e útil. O bem-estar é uma total harmonia entre a saúde física, emocional, social e espiritual, portanto o bem-estar é a soma da saúde física, mental, social e espiritual (BERGER e POIRIER, 1995).

A LEI DAS BASES DA SAÚDE, nos termos nº1, da BASE I, da Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, refere ainda que “a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos

cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei”. Para além do indivíduo esta lei dá relevo à comunidade como alvo do direito à proteção da saúde.

1.1.1 Promoção da Saúde

A promoção da saúde não é uma ideia nova, quando encarada como qualquer ou toda a atividade que melhora a saúde dos indivíduos e das comunidades. Porém, enquanto prática reconhecida, é mais recente e a sua ascensão regular nos sectores da saúde da maioria dos países industrializados aconteceu a partir de 1974. (LAVERACK, 2004)

O bem-estar enquanto especialidade de enfermagem cresceu em proeminência na última década. A atual tecnologia de ponta da prática clínica inclui o ensino da Promoção da Saúde. O Modelo da Promoção da Saúde de Pender dá visibilidade ao desenvolvimento do conceito de promoção da saúde, porque se aplica ao longo do ciclo vital e é útil em vários contextos. Este modelo contribui com uma solução de enfermagem para a política de saúde e para a reforma dos cuidados de saúde, fornecendo um meio para compreender como as pessoas podem ser motivadas para atingir a sua saúde pessoal. (ALLIGOOD e TOMEY, 2002)

No Modelo da Promoção da Saúde de Pender o conceito de enfermagem surge, intimamente relacionado às intervenções e estratégias que o enfermeiro deve dispor para o comportamento de promoção da saúde, sendo que um dos principais papéis do enfermeiro é o estímulo ao autocuidado. (PENDER e YANG, 2002).

A promoção da saúde pressupõe, pois, a instauração e manutenção de comportamentos não só saudáveis, como também potenciadores das capacidades funcionais, físicas, psicológicas e sociais das pessoas. (DIAS,2011) Deste modo segundo o mesmo autor, a promoção da saúde é direcionada, não só às pessoas doentes no âmbito da prestação dos cuidados de saúde, mas a todos os indivíduos, de todos os estratos da população, quer na ausência quer na presença de doença.

“A OMS através da Carta de Otawa de 1986 define o conceito de promoção da saúde e responsabiliza os cidadãos pela promoção de atitudes e comportamentos saudáveis”. (OLIVEIRA, PITA, CARDOSO 2009).

Um componente básico na promoção da saúde é a educação para a saúde, definida como uma ação exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus

comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem aptos para tomar, individual ou coletivamente, as decisões que implicam a melhoria do estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem. (OMS, 1969 citado por DIAS, 2011)

A educação para a saúde é, pois, uma estratégia para a promoção da saúde sendo ambos os conceitos intercambiáveis. É o processo através do qual se criam as experiências de aprendizagem que podem ajudar as pessoas a tomarem decisões voluntárias sobre questões relacionadas com a saúde. Segundo CARVALHO (2006, p.26) "(...) a educação para a saúde, constitui um dos instrumentos mais eficazes contribuindo para o processo da promoção da saúde".

As sessões de Educação para a Saúde são um Instrumento utilizado no projeto "Saúde Para Todos" crucial no desenvolver do Estágio na UCC de Ourém e em desenvolvimento junto da comunidade.

1.1.2 Empoderamento em saúde

Na CARTA DE OTAWWA o conceito de Empoderamento está explícito quando é referido que no centro da ação comunitária encontra-se o reforço do poder (empowerment) das comunidades, para que assumam o controlo dos seus próprios esforços e destinos. (RAPPAPORT, 1984; ZIMMERMAN,2000) citado por ORNELAS (2008, P.8), evidenciam que o "empoderamento é um processo que ocorre a nível individual, organizacional e comunitário". Segundo os mesmos autores, o empoderamento comunitário "refere-se à ação coletiva para a melhoria da vida da comunidade. (...) ação coletiva implica a participação dos cidadãos e das organizações locais na identificação das necessidades da comunidades, no desenvolvimento e implementação de estratégias que resolvam essas necessidades". Neste contexto é necessário dar relevo à intervenção comunitária onde predomina "o enfoque dado à criação de recursos comunitários, em ligação com ações concretizadas pela própria comunidade, com maior ou menor índice de apoio externo, partindo-se assim, do pressuposto que as comunidades possuem os recursos potenciais para gerarem a dinâmica do desenvolvimento" (IDEM 2008, p.243).

AMARO (2005, p.34), afirma que no percurso da intervenção comunitária são necessários cinco passos metodológicos:

- Metodologia de Proximidade: que pressupõe ir ao território das pessoas/comunidade; encontrar pessoas e não doentes; capacitar e não apenas tratar; estabelecer relações, de participação das pessoas.
- Desenvolver atividades de Saúde Comunitária: tenham em conta as necessidades mais prementes, mobilizem as capacidades e saberes das pessoas e façam a ponte para outras áreas de intervenção (educação, emprego, habitação, etc.).
- Desenvolver parcerias: com outras instituições, associações e serviços locais (escolas, autarquias, serviço de ação social, etc.);
- Visitação aos centros saúde/hospitais: no sentido de fazer repercutir nas instituições as aprendizagens, as práticas e os desafios do trabalho comunitários;
- Avaliar sistemática e permanentemente todo processo: sistematizar as experiências, aprender constantemente, melhorar e corrigir ações, desenvolver indicadores que demonstrem a eficiência e eficácia do trabalho comunitário na saúde.

O estabelecer parcerias é fundamental na intervenção comunitária. Tal como AMARO, também ORNELAS (2008), enfatiza o papel das parcerias no processo de empoderamento reforçando que estas podem ser mecanismos de fortalecimento das comunidades.

Na mesma linha de pensamento, STANHOPE e LANCASTER (2008, P.364), realça as parcerias comunitárias como elementares para atingir objetivos.

Aos Enfermeiros colocam-se novos desafios para equilibrar e melhorar a saúde e bem-estar das comunidades. Segundo JEREMIAS (2010, p.13), “O planeamento das intervenções comunitárias deve orientar-se, cada vez mais, para capacitar as populações a lidar com as fontes de stress, de modo a conseguirem restabelecer um novo equilíbrio, saudável (...)”. Esta perspetiva segundo o mesmo autor é essencial quando se fala de comportamentos, uma vez que nem sempre é possível eliminar ou prevenir todo tipo de riscos.

1.2 FAMÍLIA

As mudanças na sociedade portuguesa nas últimas décadas do conceito de família tem vindo a adquirir um âmbito muito mais vasto, porque novas tendências, novas

configurações familiares têm permitido novas concepções de família e da organização da vida dos seus membros, sendo valorizada por alguns nos seus hábitos tradicionais e por outros no seu progresso moderno (DIAS, 2011).

Apesar destes processos de transformação da estrutura e da organização familiar, a família mantém-se como unidade emocional e afetiva descrita essencialmente pelas suas dimensões psicológica e social.

As famílias continuam a ser espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros constituindo-se elas mesmas como unidades dotadas de energias com capacidade auto organizativa. (FIGUEIREDO, 2009).

Para ALARCÃO (2002), a família deve ser visto como um conjunto de elementos ligados por um misto de relações, em permanente ligação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo do processo de desenvolvimento percorrido através de vários estádios de evolução. FIGUEIREDO (2009), reforça que a unidade familiar é compreendida como todo e parte indivisível, em que nenhum dos termos é redutível ao outro, sendo essencial centrar os cuidados de saúde na família.

Segundo o mesmo autor, enquanto unidade social dinâmica, a família constitui-se como um sistema de interação que supera e articula dentro dela os vários componentes individuais (Andolfi, 1981). Incorpora uma organização complexa, inserida num contexto social mais amplo, que tem uma história e cria história, numa rede vasta de relações. (Slepoj, 2000; Biasoli-Alves, 1999; Burguière, Christianee, Segalen & Zonabend, 1999; Engels, 2000).

Para DIAS (2011), compreende-se que a família como sistema dinâmico, contém outros subsistemas em relação, desempenhando funções importantes na sociedade, como sejam, por exemplo, o afeto, a educação, a socialização e a função reprodutora. A família como sistema comunicacional contribui para a construção de soluções integradoras dos seus membros no sistema como um todo.

As práticas de cuidados aos indivíduos levam a concluir que ainda hoje a família é o suporte mais comum dos cuidados desenvolvidos na comunidade, tendo os enfermeiros o compromisso e a responsabilidade de integrar as famílias nos cuidados de enfermagem (Wright & Leahey, 2002; Martins, 2002; Bousso, Tito & Pires, 2004; Simpson & Tarrant, 2006).

Durante o nosso Estágio a área de intervenção foram as famílias vulneráveis inscritas na UCC Ourém abrangidas pelo Rendimento Social de Inserção que

necessitassem de intervenções do Enfermeiro Comunitário no âmbito da Higiene Pessoal e Doméstica que posteriormente serão descritas.

1.2.1 Tipos de Família

Atualmente a família pode ser considerada o grupo de risco do Séc. XXI. Segundo RUDER (2008), desde sempre que este núcleo foi visto como um grupo de suporte para as crianças, os idosos e os mais vulneráveis, e com o desenrolar dos anos cada vez mais se o sobrecarrega por questões culturais, laborais, económicas, sociais e relacionais. A evolução e a mudança que caracterizam de modo significativo o mundo atual levaram ao emergir de novas conceções de família, novas dinâmicas, novos valores, diferentes tipos com identidade própria. As transformações levaram a alterações na família que deixou de ser um modelo tradicional predominante, surgindo novas formas de organização familiar tornando-se um fenómeno de carácter global e complexo. Segundo (DIAS, 2011), existem novos conceitos de família, novas composições e funções, variação nas relações, estabilidade, diferente organização, a saída da mulher de casa para trabalhar fora e ter uma atividade económica, mesmo não sendo uma alternativa ao trabalho de casa, ou participar noutras ações sociais e políticas, foram consequências herdadas da mudança. Embora considerada uma das instituições mais persistentes no tempo, a mudança social reflete-se amplamente na organização familiar (Saraceno & Naldini 2003: passim).

Para AMARO (2006), o aparecimento de novas realidades ao longo do tempo levou à necessidade de ajustamento e reorganização das famílias. Os diferentes tipos de família são entidades dinâmicas com a sua própria identidade, compostas por membros unidos por laços de sanguinidade, de afetividade ou interesse e que convivem por um determinado espaço de tempo durante o qual constroem uma história de vida que é única e irreplicável. Segundo o mesmo autor, a família nuclear, formada por dois adultos de sexo diferente e os seus filhos biológicos ou adotados, já não é atualmente modelo de referência, embora continue a ser o mais presente. As uniões de facto, trata-se de uma realidade semelhante ao casamento, no entanto não implica a existência de qualquer contrato escrito; As uniões livres, não são muito díspares das uniões de facto, apenas nestas não está presente a ideia de formar família com contratos; As famílias recompostas são constituídas por laços conjugais pós divórcio ou separações. É comum a existência de filhos de casamentos ou ligações diferentes ocasionando meios-irmãos; As famílias monoparentais são

compostas pela mãe ou pelo pai e os filhos. São famílias fruto de divórcio, viuvez ou da própria opção dos progenitores, mães solteiras, adoção por parte das mulheres ou dos homens sós, recurso a técnicas de reprodução. O aumento dos divórcios fez aumentar o número deste tipo de famílias já que nesta situação os filhos ficam a viver com um dos progenitores. Na maioria das vezes este progenitor é a mãe, embora já haja alguns homens; Por fim, as famílias homossexuais constituídas por duas pessoas do mesmo sexo.

O projeto “Saúde para Todos” assentou num processo de acompanhamento de dez famílias que são abrangidas pelo Rendimento Social de Inserção. Das dez famílias deparou-se com diferentes tipos de organização familiar: duas famílias nucleares, duas monoparentais, três famílias recompostas e duas famílias unipessoais (com uma pessoa só que vivem sozinhos).

1.3 HIGIENE E INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE

Higiene e de um modo geral a higiene pessoal, tem sido conceitos valorizados pela Enfermagem ao longo do tempo. O vocábulo higiene deriva da deusa Hygiéia, reverenciada em Atenas como protetora da saúde, do bem-estar orgânico. O termo admite vários adjetivos que o complementam e expandem seu significado: higiene coletiva, higiene mental, higiene profissional, higiene pública, higiene social, higiene da habitação, higiene da alimentação e higiene corporal, entre outros (GARCIA; OLIVEIRA E SÁ, 2003). Segundo o mesmo autor, no início do século XIX, é dada ênfase ao termo higiene, a partir de então, torna-se não só um adjetivo que qualifica a saúde como também um conjunto de dispositivos e saberes que favorecem a sua manutenção. É um corpo de conhecimento e não apenas um qualitativo físico. Para VIGARELLO (1996), a história da limpeza corporal é, também, uma história social. Assumindo-se esse ponto de vista, há que se considerar a contemporaneidade da instauração da Higiene como campo de saber específico e do nascimento da Enfermagem Moderna. Do ponto de vista social, tanto a Higiene quanto a Enfermagem estão, envolvidos por concepções de cariz científico, de contexto político e cultural. O mesmo autor refere, que o nascimento da Enfermagem Moderna está intimamente associada à figura de Florence Nightingale (1820-1910), que parece ter sido influenciada, entre outros aspetos, pelas discussões científicas sobre a água e o seu importante papel na promoção de ambientes saudáveis, nomeadamente das cidades modernas.

A higiene torna-se uma ciência de saúde, pela qual, as medidas de autocuidado que as pessoas usam para manter a saúde são denominadas por higiene pessoal. De acordo com os mesmos autores, os enfermeiros lidam diariamente com uma grande variedade de utentes que necessitam de auxílio na sua higiene pessoal ou precisam de ser capacitados para o autocuidado. Interagindo com a comunidade, observam-se situações de vulnerabilidade da população a diversos riscos para a saúde, que exigem a atuação de profissionais atentos e capacitados. A Enfermagem, como uma das áreas de conhecimento da saúde, preconiza um cuidado continuado e preventivo no âmbito da Saúde Coletiva, e, sendo assim, o Enfermeiro Comunitário deve estar desperto para as necessidades e dificuldades de indivíduos e suas famílias, de modo a contribuir para uma melhora de suas condições de saúde (PERRY e POTTER,2010)

Os enfermeiros têm a consciência de que a boa saúde é uma pré-condição para o desenvolvimento sustentado, social e económico. Sabem que o facto de as pessoas não irem ao encontro das suas necessidades básicas, as torna suscetíveis a doenças com elevada letalidade. A saúde afeta, em todas as vertentes, o comportamento da pessoa. A condição da pessoa, esteja ela ativa ou fraca, cansada ou com dores, determina se pode contribuir para a família e comunidade. Uma saúde precária numa percentagem significativa da população é um obstáculo ao desenvolvimento social e económico. As intervenções do Enfermeiro Comunitário para promover a saúde, prevenir doenças, aliviar o sofrimento e ajudar na cura e reabilitação podem contribuir para que as pessoas tenham uma vida saudável e produtiva (ICN, 2004).

Os Enfermeiros Comunitários devem focar os grupos populacionais vulneráveis como um dos alvos das intervenções de saúde, porque estes grupos sofrem de disparidades relativamente ao acesso aos cuidados, instabilidade da qualidade dos cuidados e piores situações de saúde. O que se visa é investir na educação, nos cuidados de saúde e em políticas sociais eficazes para melhores resultados em saúde. A tendência é para mais destacamentos e identificação de casos, para tornar o acesso mais fácil e culturalmente mais competente. (LANCASTER e STANHOPE,2008). Isto significa que o Enfermeiro Comunitário deve estar seguro da sua formação acerca de determinantes de saúde, em relação à capacitação e do trabalho nas comunidades e grupos vulneráveis, tratando das suas necessidades exclusivas e promovendo o empoderamento da comunidade.

1.3.1 Comunidade

O conceito de comunidade como cliente é muito abrangente, sendo citado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (2005) na OE (2011) como:

“Grupo com características específicas: Um grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados pela partilha geográfica, de condições, ou interesses comuns. Os membros da comunidade conhecem-se e interagem entre si, funcionando dentro de uma estrutura social específica, gerando normas e valores pelos quais se guiam”.

LANCASTER e STANHOPE (2011, p.359) definem comunidade como, “uma entidade com base num lugar, composta por sistemas de organizações formais que refletem as instituições sociais, os grupos informais e os seu agregados”

1.3.2 Intervenção na Comunidade

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE – Decreto-Lei nº.104/98, de 21 Abril, alterado pela Lei nº.111/2009, de 16 Setembro), baseando-se no artigo 79º. e 80º., visa que o enfermeiro comunitário sendo responsável pela comunidade na promoção da saúde e na resposta às carências em cuidados de enfermagem, assume o dever de:

- Conhecer as necessidades da população e comunidade em que está inserido com participação e envolvimento ativo da mesma;
- Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados;
- Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade;
- Ser solidário com a comunidade, de modo especial em caso de situações de risco, atuando sempre em consonância com a sua área de competência.

Estes deveres, assentam em valores universais a observar na relação profissional e em princípios orientadores da atividade do enfermeiro na comunidade e no

empoderamento em saúde. Igualmente ORNELAS (2008) refere três áreas prioritárias para a intervenção comunitária:

- A participação e envolvimento da comunidade na resolução dos seus próprios problemas são algo que todos os intervenientes referem, mas que raramente é aplicado na prática;
- O Empowerment é a filosofia que deve estar subjacente à intervenção comunitária, é o ingrediente essencial para que as soluções dos problemas identificados pelos elementos da comunidade perdurem no tempo e que estas assumam o controlo real sobre o que lhes rodeia;
- A Investigação participada é uma componente fundamental da intervenção comunitária no sentido de se garantir uma consonância entre a metodologia e a investigação, os valores e objetivos que se pretendam implementar.

Tendo em conta que o trabalho segue o Planeamento em Saúde é sempre importante ter em conta o conhecimento científico nesta Metodologia.

1.3.3 – Comportamentos de Risco

As principais causas de morte e incapacidade prematuras nos países desenvolvidos surgem devido a comportamentos de risco em que se despreza a importância do potencial de saúde, através dos comportamentos. FERREIRA (2005)

Segundo FIGUEIRAS (2007), O risco é inerente à sociedade. O conceito de risco segundo a perspectiva dos modelos do senso comum da saúde e doença, deriva da correspondência entre as características do individuo e os atributos da representação da doença. A perceção da doença tem influência na pessoa, ao nível da representação que desenvolver acerca da doença, traduzindo implicações no seu comportamento. A forma como as pessoas avaliam e interpretam os riscos na saúde é fortemente baseado nas crenças individuais.

A mudança de comportamentos relacionados com a saúde é um processo difícil e complexo. LANCASTER e STANHOPE (2011) evidenciam que os comportamentos de saúde são influenciados pelos grupos em que as pessoas estão inseridas. Os fatores individuais, sociais e culturais também mobilizam e influenciam os comportamentos da pessoa envolvida em determinada comunidade.

De acordo com ICN (2004), grupos específicos de pessoas correm o perigo de cair na espiral da pobreza. São também suscetíveis de sentir as mais severas necessidades relacionadas com a pobreza. Mulheres, populações indígenas, minorias e grupos socialmente excluídos, refugiados ou pessoas deslocadas, deficientes mentais ou motores e seropositivos pertencem aos grupos de maior vulnerabilidade e risco com maior tendência a serem afetados pela pobreza.

Nesta perspectiva, a promoção da saúde nos comportamentos de risco, tem que ser contextualizada a nível cultural e social, tendo em conta os fatores socioeconómicos relacionados com a pobreza, violência, racismo e desigualdades na saúde (TEIXEIRA, 2000).

2 MODELO TEÓRICO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE - NOLA PENDER

Durante o nosso processo de aprendizagem sentiu-se necessidade de basear a prática num Modelo Teórico de Enfermagem que servisse de guia na nossa atuação e raciocínio. Após uma análise profunda decidiu-se que o Modelo que serviria melhor de linha orientadora seria o Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender (2002).

Na perspectiva de Pender, citado por PENDER, MURDAUGH e PARSONS (2002), o indivíduo é o centro do modelo; define-se de forma única pelo seu padrão cognitivo/percetual, percebe fatores variáveis, concretiza-se em estilos de vida e hábitos de saúde, tais como: capacidade para o autocuidado, práticas nutricionais, atividade física, recreativa, padrões de sono, gestão de stress, comunicação com os outros e utilização dos cuidados de saúde. Assume ainda que, determinadas características pessoais, como a autoestima, facilitam a manutenção de comportamentos saudáveis. Há situações em que os comportamentos são inicialmente adotados com o objetivo de prevenir determinada doença, mas criando sentimentos positivos na pessoa, motivam-na para a continuação posterior do mesmo comportamento. Tal como referem os mesmos autores, o que iniciou como um comportamento de prevenção de doença transformou-se em comportamento de promoção da saúde. Durante o estágio na UCC Ourém foi possível ver essa mudança, visto que inicialmente foi inculcido o sentido de responsabilidade às famílias do RSI pela sua saúde através do agendamento de visita domiciliária semanal e orientação para tarefas semanais/planeamento semanal. A visita domiciliária durante sete semanas levou gradualmente à tomada de consciência das famílias do RSI para a importância da higiene pessoal e da casa, através de, acordos mútuos (fornecimentos de ferramentas para ação: exemplo, tintas, produtos higiene pessoal); panfletos de promoção de higiene pessoal; fomentação de relação de confiança e compromisso com as famílias em situação de vulnerabilidade envolvidas no projeto; Reforço positivo e incentivo nas aprendizagens.

Pender desenvolve o Modelo da Promoção da Saúde, que é composto por três grandes componentes (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2002):

- **Características e Experiências Individuais:** compreende o comportamento anterior, comportamento que deve ser alterado e os fatores pessoais que são divididos em fatores biológicos (idade, IMC, agilidade), psicológico (autoestima, Auto motivação) e socioculturais (educação, nível socioeconómico). No Estágio foram identificados como foco de mudança a falta de cuidados de Higiene Pessoal e Doméstica. Através deste composto do Modelo surge a necessidade da cooperação com a UCC de Ourém e Núcleo do RSI para perceber a estruturação familiar, nível de conhecimentos sobre a sua saúde e motivação existente nas famílias do RSI.

- **Sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento:** o que se pretende com esta componente no Modelo de Pender é perceber benefícios para a ação, barreiras para a ação, entender atuo-eficácia, sentimentos em relação ao comportamento, influências interpessoais e situacionais. Deste modo, foi necessário um delinear de estratégias com vista ao empoderamento e coresponsabilidade em saúde nas famílias abrangidas no projeto, no contexto da promoção e capacitação das famílias face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento, contribuindo para a sua reabilitação familiar e social.

- **Resultado do Comportamento:** abrange o compromisso com o plano de ação, ações que permitem o indivíduo a manter-se no comportamento de promoção da saúde esperado, ou seja, as intervenções de enfermagem. Inclui igualmente as exigências imediatas e preferenciais, as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto as preferências pessoais exercem um alto controle sob as ações de mudança de comportamento. Comportamento de promoção da saúde, resultado do Modelo de Promoção da Saúde. (LOPES e PAGLIUCA,2002). Na UCC Ourém considerando como componentes essenciais na promoção de uma estrutura familiar saudável, emerge a necessidade de realização de sessões de educação, construção de folhetos e vídeos informativos de apoio para as sessões a realizar, bem como a elaboração de manuais educativos para as famílias sobre a gestão dos recursos familiares e boas práticas na higiene pessoal e doméstica tendo por base as recomendações da OMS (2011), as Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e os Objetivos do Projeto de Intervenção.

3 EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

O enfermeiro que trabalha com e para a comunidade é um mediador entre o saber baseado na evidencia científica e a transferência do conhecimento para a inserção no quotidiano da vida promovendo os processos de readaptação, educando e ajudando a gerir melhor os recursos internos e externos não só da pessoa, mas também da família e comunidade. Estes compreendem dimensões tão complexas como a psicológica, a sociocultural, a espiritual, a fisiológica e a de desenvolvimento (NEUMAN, 1995). “É necessário, passar para uma intervenção centrada na relação do cliente com os cenários e atores relevantes do seu quotidiano, e investir na competência das pessoas para se tornarem agentes ativos dessa interação, capazes de identificar necessidades de mudança e de as produzir a nível pessoal, interpessoal e comunitário” (JEREMIAS e RODRIGUES, 2010, p.16-17).

A nível dos cuidados especializados em saúde comunitária a OE (2009,p.27) defende como competência do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária “Liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania” e “ Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”.

Com base nos conceitos teóricos adquiridos ao longo da nossa aprendizagem e percurso como enfermeira integrada num projeto de intervenção na comunidade, surgiu a necessidade de aprofundar conhecimentos com evidência científica atual e válida que servisse de pilar na nossa intervenção na comunidade como futura enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária.

Perante a comunidade, é aos enfermeiros que cada vez mais se impõem novas formas de agir com reflexão na prática clínica de enfermagem com bases científicas. Segundo WALDOW (2009), na enfermagem existe uma proposta de se refletir a prática, e tem como finalidade ver o mundo (da enfermagem, do cuidado) de forma

diferente de como vinha sendo feito anteriormente. Com ênfase em novos insights, novas perspectivas, pode-se agir de forma diferente. Na verdade ao refletir sobre a prática o enfermeiro pode vir a transformá-la, gerar novos conhecimentos, além de contribuir na reformulação de valores e melhoria de interação no ambiente onde está inserido e na qualidade dos cuidados.

Tendo com base o olhar sobre a prática é urgente o enfermeiro especialista fundamentar essa prática na evidência científica. WALKER e AVANT (2005) reforçam que o desenvolvimento em enfermagem é um mandato para a evolução em enfermagem. Isto pela necessidade de um corpo de conhecimentos amplo para a sua prática que permite o estabelecimento claro da componente da disciplina de enfermagem e pela possibilidade de ajudar os enfermeiros a desenvolver e enriquecer a sua compreensão do que é a prática e do que ela poderia ser, desenvolvendo assim a componente acadêmica da mesma AMENDOEIRA (2006).

A Prática Baseada na Evidência, compreende um processo integrador da competência clínica individual com os achados clínicos gerados pelas pesquisas sistemáticas existentes e nos princípios da epidemiologia clínica. (FRENCH, 1999).

O desenvolvimento da competência para a revisão sistemática da literatura como base na prática baseada na evidência nos contextos de cuidar, em que os conhecimentos que os enfermeiros utilizam (de diferentes tipos) podem ser contextualizados no saber numa lógica de enfermagem avançada, no sentido em que se pensam e executam os cuidados a partir da necessidade concreta do cliente, procurando integrar na reflexão as ações terapêuticas que conduzem a resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (AMENDOEIRA, 2012 <http://hdl.handle.net/10400.15/60>).

Segundo AMENDOEIRA (1999), é importante entender a expansão e o uso do conhecimento científico na enfermagem.

O uso do conhecimento por parte dos enfermeiros a partir das suas fontes e como usam esse mesmo conhecimento no quotidiano, tem um impacto crescente nas profissões de saúde, pela valorização dos processos de reflexão institucional, que facultam aos profissionais legitimar práticas sociais, muito para além do conhecimento interpessoal e das circunstâncias localmente definidas, porque dependem de um conhecimento especializado.

O mesmo autor defende que o enfermeiro interpreta cada situação de cuidar, em função das capacidades objetivas, que lhe permita afirmar se na sua ação de forma autónoma e com um sentido estratégico e legítimo na ação. Ao contextualizar os

saberes abstratos em situações específicas, o enfermeiro torna-se o profissional mais apto para liderar o processo de cuidados, levando ao reconhecimento profissional, valorizando a pessoa como centro do processo de cuidados, o que faculta a utilização de um saber profissional em função da situação particular em que este surge.

Com a análise dos artigos e pesquisas efetuadas de forma a fomentar a prática baseada na evidência verifica-se que cada vez mais é preciso reconhecer o papel do cidadão e grupos da comunidade na construção de ambientes favoráveis à saúde. É preciso promover, incentivar e contribuir para a capacitação de cada pessoa, de cada comunidade para esta participação, no sentido de reconhecer o direito a uma resposta de saúde às suas reais necessidades mas também a sua responsabilidade em participar e contribuir para a construção dessa mesma resposta, no sentido de que cada cidadão reconheça o quanto o seu comportamento influi na saúde, de si próprio e daquilo que o rodeia.

Neste sentido foi definido o objetivo de perceber como o enfermeiro promove boas práticas de higiene pessoal e doméstica nas famílias abrangidas pelo RSI em contexto comunitário. Após a concetualização surgiu a seguinte questão PI(C)O:

Quais as Intervenções de Enfermagem (I) promotoras do autocuidado - Boas práticas de Higiene Pessoal e Doméstica (O) na família em contexto comunitário (P)?

Foram definidas as palavras-chave: Nurs*, Community, Personal Hygiene e Family que foram interligadas na plataforma MESH Browser; de seguida procedeu-se à pesquisa de artigos em bases de dados científicas, mobilizando filtros de seleção e critérios de inclusão e exclusão, com vista a fundamentar a pertinência da questão levantada.

Seguindo uma metodologia descritiva, exhibe-se o protocolo de pesquisa com recurso à metodologia PI(C)O.

Os conceitos foram hierarquizados de acordo com o seu foco de interesse no projeto: “Saúde Para Todos”, visto haver necessidade de refletir e desdobrar os conceitos em termos práticos e com uma visão de Enfermeiro.

Posteriormente orientou-se a pesquisa para a base dados, nomeadamente, ao portal da Ordem dos Enfermeiros (<http://www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx>), no qual, como membro obtive acesso à área reservada de pesquisa. Na área das plataformas científicas selecionou-se a “EBSCO HOST”.

Procedemos então à pesquisa, nas bases de dados *CINAHL Plus with Full Text*, *Medline with Full Text*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, *MedicLatina* e *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Foram definidos como limitadores, considerados pertinentes para a pesquisa, os seguintes: “*Booleano/Frase*”; “*Texto completo em PDF*”; “*Data de Publicação de Janeiro 2004 a Janeiro 2014*”; “*Resumo Disponível*”; “*Prática Baseada na Evidência*”; “*Humano*”; “*Qualquer Autor é Enfermeira*”.

Em sequência, realizou-se a pesquisa de artigos, através da análise de cada um dos descritores isoladamente. O cruzamento dos quatro descritores devolveu apenas um resultado, pelo qual optamos por analisar os catorze artigos da conjugação dos três descritores *Nurs*/Family/Community Participation* e igualmente examinar em pormenor o artigo resultante da conjugação das quatro palavras-chave. Sucintamente após a leitura dos resumos dos quinze artigos resultantes da pesquisa resultou a análise/leitura integral de seis artigos de base científica dos quais dois foram de particular pertinência para a nossa intervenção na comunidade na promoção de hábitos de higiene pessoal e doméstica como futura enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária. Apesar da utilidade da literatura científica encontrada para o Projeto “Saúde para Todos”, após uma análise dos artigos pesquisados verificamos que não se direcionam para dar resposta à Pergunta PI(C)O. Consequentemente achou-se pertinente fazer uma segunda Revisão Sistemática da Literatura em busca de artigos científicos de forma a olhar a prática desenvolvida com evidência científica que a sustente. .

Seguimos todos os procedimentos anteriormente descritos. Como palavras-chave foram definidos: *Community Nurse*, *Hygiene*, *Health Promoting Behaviors*.

Tabela I . Formulação Pergunta PI(C)O

| PI(C)O | | CONCEITOS | PALAVRAS CHAVE |
|-------------|--|--------------------------------|----------------------------|
| POPULAÇÃO | Famílias em Risco na Comunidade | FAMÍLIA COMUNIDADE | Community Nurse |
| INTERVENÇÃO | Promoção de Boas Práticas de Higiene Pessoal e Doméstica | PROMOÇÃO SAÚDE HIGIENE | Hygiene |
| OUTCOMES | ADESÃO DA PESSOA COMO PARCEIRO DE CUIDADOS | ADESÃO PARCERIA CUIDADOS | Health Promoting Behaviors |

De seguida, realizou-se a busca de artigos, após a conjugação dos três descritores surgiram dois artigos de particular interesse e análise.

Tabela II . Análise Artigos de Pesquisa

| | |
|-------------------------|---|
| ARTIGO 1-TITULO: | <i>Assessment of health, well-being and social connections: A survey of women living in Western Sydney</i> |
| AUTOR: | Griffiths R, Horsfall J, Moore M, Lane D, Kroon V, Langdon R. |
| ANO: | 2007 |
| TIPO ESTUDO: | Estudo Quantitativo Exploratório |
| PARTICIPANTES: | 360 Mulheres entre os 18-39 anos. |
| INTERVENÇÕES: | Obter dados de forma a suportar um programa de suporte comunitário estabelecido pela Womens Health Nurses; Determinar se as mulheres que vivem em ambientes desfavorecidos também desenvolvem riscos de saúde física/mental e fraca coesão/suporte social. |
| CONCLUSÕES: | Os resultados genericamente indicam que são importantes iniciativas na comunidade que vão de encontro com as suas necessidades: nomeadamente dos grupos isolados/vulneráveis e em situação de risco; |
| ARTIGO 2-TITULO: | <i>Building social capital with women in a socially disadvantaged community</i> |
| AUTOR: | Griffiths R, Horsfall J, Moore M, Lane D, Kroon V, Langdon R. |
| ANO: | 2009 |
| TIPO DE ESTUDO: | Estudo Quantitativo de corte Transversal |
| PARTICIPANTES: | 327 mulheres da comunidade Villawood |
| INTERVENÇÕES: | Confirmar a efetividade do programa Womens Health Nurses entre 2001 e 2003; Avaliar a perceção das mulheres sobre a sua saúde física e mental, coesão social, |

| | |
|--------------------|--|
| | participação na comunidade e acesso aos cuidados de saúde. |
| CONCLUSÕES: | Apesar de Villawood ser frequentemente vista como uma comunidade de risco, os resultados do estudo avaliam que a maioria das mulheres sente-se física e mentalmente positiva em relação á sua saúde; Estes resultados reforçam a ideia que fortes suportes comunitários como a Womens Health Nurses melhoram a saúde dos grupos em risco na comunidade. |

Para GRIFFITHS e Outros (2009), os ganhos em saúde em indivíduos e nas comunidades podem ser influenciados geográfica e social e economicamente. As taxas de mortalidade e morbidade são hoje incrementadas, em grande medida, por doenças que se relacionam com o estilo de vida (ex. falta de cuidados de higiene) e condutas mais ou menos saudáveis, o que impõe uma aposta na maior adequação de respostas em saúde que influenciem as pessoas e comunidades no sentido da opção por comportamentos que determinem mais saúde e maior qualidade de vida. GRIFFITHS e Outros (2009) referem que fatores socioeconómicos estão fortemente ligados com a taxa de mortalidade e esperança média de vida. A falta de emprego, a aliteracia em saúde, baixos níveis de educação, famílias destruturadas, grupos étnicos e culturas em minoria podem não ter igual acesso aos cuidados de saúde, tornando-se grupos em risco na comunidade. Estes fatores levam conseqüentemente a que os grupos vulneráveis da comunidade possam ter menor acesso e procura dos cuidados de saúde. COLLINS e McCONKEY (2010), evidenciam que a capacitação e inclusão social dos grupos vulneráveis na comunidade é a chave para o indivíduo em situação de instabilidade.

Para (GARCIA; OLIVEIRA E SÁ, 2003), a Enfermagem suporta-se em fundamentos científicos para desenvolver sua prática profissional. Crê-se portanto que, ao se promover um procedimento que envolve a higiene corporal, quer seja a própria ou a do utente, estejam sendo aplicados conhecimentos acumulados ao longo da história da profissão e dos campos afins. Hábitos, costumes e determinantes culturais são valorizados como fatores importantes nesse processo e, no cotidiano das instituições de saúde.

O empoderamento em saúde é vital, a negociação do enfermeiro com a comunidade e a envolvimento da comunidade em atividades promotoras de saúde é de extrema importância. Cabe ao enfermeiro comunitário reunir esforços no sentido de adotar estratégias com a comunidade de forma a promover a saúde das famílias e envolvê-las em todo o processo. O mesmo autor sublinha, “What does it mean to have community empowerment as a goal without translating that into practice?” (POSTMA, 2008)

Segundo o GRIFFITHS e Outros (2007), “The role of community health nurses has expanded to include responding to potential or developing situations that may compromise the wellbeing of individuals, families and the community, in addition to the traditional domiciliary care role”. Deste modo, o enfermeiro na comunidade tem um papel fundamental, “Nurses play an important and expanding role to identify situations that have the potential to compromise the wellbeing and functioning of individuals, families and communities and to initiate remedial actions before they manifest as mental and physical disorders or injury”. (Idem, 2007). Esta citação vai de encontro com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

Segundo SISTROM e HALE (2006), o enfermeiro comunitário tem um papel central na investigação e aquisição de competências de forma a intervir na comunidade e lidar com situações de risco/vulnerabilidade. O Enfermeiro Comunitário é o elo de ligação da pessoa/família com os cuidados saúde e com uma equipa multidisciplinar. O mesmo autor evidencia:

“This combination of skills makes C/PHNs ideal for roles required in disease control and outbreak investigation. The public health nurse competencies encompass these skills in the domains of analytic assessment skills, communication skills, basic public health science skills, and community dimension of practice (Quad Council, 2003)”.

Cabe ao enfermeiro envolver a comunidade numa participação ativa no empoderamento da sua própria saúde, tal como SISTROM E HALE (2006) reforçam, “Community participation is not only desirable, but vital in implementing successful and lasting health interventions” e POSTMA (2008) refere que, “(...) empowerment and community participation are increasingly being used as strategies to reduce health disparities”.

4 UM OLHAR SOBRE A PRÁTICA DESENVOLVIDA

Com este capítulo, iremos de forma sucinta apresentar, descrever e refletir sobre o que foi o estágio e todo o percurso desenvolvido, nomeadamente em termos de aprendizagens, experiências e aquisição de competências.

A primeira semana de integração num serviço é sempre uma fase que gera alguma ansiedade, cheia de expectativas e alguns receios de como iremos ser recebidos, como nos iremos integrar, se conseguiremos atingir os objetivos. À medida que o tempo foi passando essa ansiedade foi-se dissipando. A equipa de enfermagem da UCC Ourém foi bastante recetiva, acolhedora, promovendo um ambiente de confiança e disponibilidade. A integração deu-se de forma gradual procurando sempre manter uma atitude de recetividade e humildade, admitindo as nossas dificuldades e tentando ultrapassá-las de forma a conseguir atingir os objetivos a que nos propusemos.

No sentido de se poder agir é necessário conhecer o objeto da nossa ação, assim, se o objetivo deste processo de formação é desenvolver competências no sentido de prestar cuidados com excelente qualidade na área de Especialização na Enfermagem Comunitária, torna-se imperativo adotar estratégias para a sua realização. Por conseguinte, antes de dar início ao desenvolvimento dos objetivos delineados foi do nosso interesse perceber a estrutura orgânico funcional da Unidade Cuidados Comunidade de Ourém. Explorámos o funcionamento do serviço, bem como implicitamente a sua realidade física, com intuito de uma integração na dinâmica do serviço, facilitando a aprendizagem, conduzindo a uma progressiva autonomia, a qual foi de grande importância para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional. Do mesmo modo, fez-se uma pesquisa sobre as características sociodemográficas do concelho de Ourém de forma a aprofundar o conhecimento da Comunidade Ourém.

Nesta fase inicial, traçou-se como alvo, a integração na dinâmica da UCC, uma participação ativa nas atividades desenvolvidas pela UCC e a Integração em projetos e programas de intervenção desenvolvidos pela UCC;

Para a consecução destes objetivos, participámos em dois tipos de atividades: as desenvolvidas na comunidade e as que englobam o projeto de intervenção posteriormente abarcado por nós após a reunião com os enfermeiros orientadores.

Na primeira semana de estágio foi realizada uma reunião com a Enfermeira Orientadora e Enfermeira Chefe da UCC Ourém, onde foi dado a conhecer os projetos/programas desenvolvidos pela UCC e também as necessidades/problemas da comunidade. Durante esta reunião, considerou-se pertinente e urgente a intervenção junto de famílias da UCC Ourém em situação de risco abrangidas pelo RSI no âmbito da Higiene Pessoal/Doméstica. Surge então com o culminar de ideias, dados fornecidos pela UCC em conjunto com parcerias, a necessidade do Planeamento em Saúde.

O Planeamento em Saúde torna-se cada vez mais um imperativo das profissões da saúde, nomeadamente, da Enfermagem Especializada, com o alvo de alcançar ganhos em saúde.

4.1 PLANEAMENTO EM SAÚDE

Planear em saúde, não é apenas uma metodologia ou um conjunto de técnicas. “O planeamento é uma atitude ou um posicionamento face à realidade socioeconómica” (IMPERATORI E GIRALDES, 1993). Assim, planear em saúde é uma forma de racionalizar decisões, tendo capacidade de moldar a realidade.

Elaborar um diagnóstico de situação exige conhecimento de dois conceitos, o problema e as necessidades (Tavares, 1992). A consonância entre estes dois conceitos determinará a pertinência do plano, programa ou atividade (Imperatori e Giraldes, 1993).

O diagnóstico de situação constitui a primeira fase do processo de planeamento e deve corresponder às necessidades da comunidade, mais concretamente, do grupo-alvo (TAVARES, 1992). Devemos identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes, pois é relevante ter conhecimento das causas desses mesmos problemas (IMPERATORI e GIRALDES, 1993)

O diagnóstico em saúde, como conceito mais alargado do que a identificação de problemas de saúde, deve compreender a análise das características do grupo-alvo com o propósito de adaptar a metodologia, as atividades e os recursos a essas mesmas características (CARVALHO & CARVALHO, 2006).

Após conhecer as características gerais da população, importa identificar as necessidades em saúde. A avaliação inicial é a primeira etapa do processo de enfermagem, podendo ser considerado o mais importante (STANHOPE e LENCASTER, 2011).

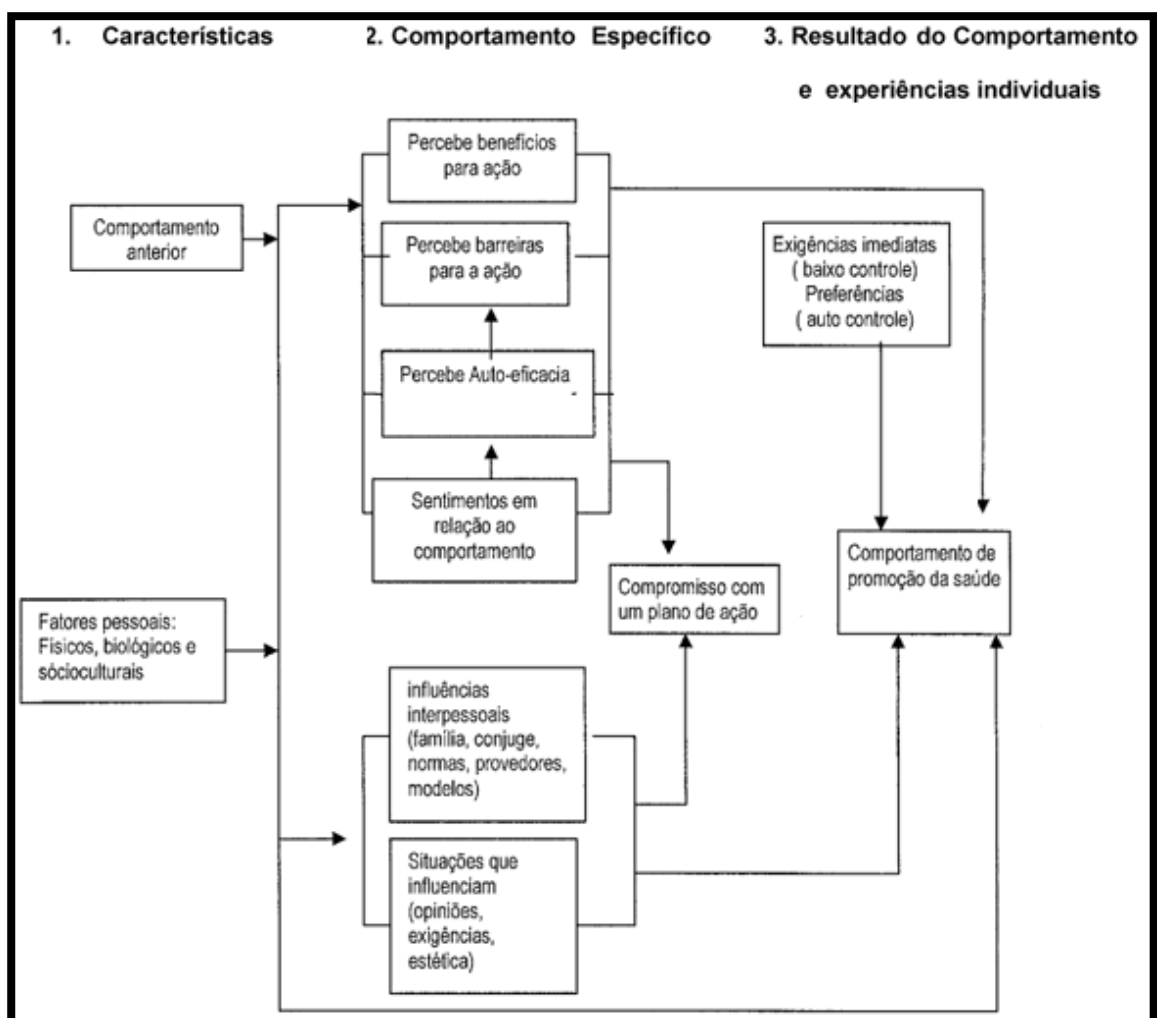
Face à nossa participação/integração no projeto “RSI” em que a UCC é parceira, surgiu a necessidade em conjunto com a equipa da UCC, a Psicóloga da Segurança Social de Ourém e o Núcleo Local de Rendimento Social do planeamento e intervenção em famílias beneficiárias do RSI com carências de saúde, especificamente na promoção de hábitos de higiene pessoal e doméstica. Emerge então o projeto de Intervenção “Saúde para Todos” (ANEXO I) onde as intervenções de enfermagem se direcionam especificamente para ações promotoras de boas práticas de higiene pessoal e doméstica em dez famílias beneficiárias do Rendimento Social de Inserção.

Após a avaliação das famílias abrangidas pelo RSI, desenhou-se em consenso com as parcerias a identificação e a convocação das famílias para uma sessão de esclarecimentos sobre o âmbito do projeto onde estavam envolvidas. Visto a existência prévia do diagnóstico da situação, tivemos como objetivo aprofundar e conhecer as características do grupo alvo do projeto de intervenção.

Nesta primeira fase do projeto foi necessário conhecer e estabelecer uma relação de empatia com as famílias envolvidas. Foi realizada uma colheita de dados através de um formulário de caracterização sociodemográfica e padrões de higiene das famílias em potencial estudo. LANCASTER e STANHOPE (2011), evidenciam que os grupos vulneráveis são sujeitos a vários fatores de stress, a colheita de dados em enfermagem deve manter o equilíbrio entre a necessidade de ser global e focar-se apenas na informação que o enfermeiro necessita e que o utente quer prestar. A Colheita de dados torna-se num processo interativo, aprofundando gradualmente, à medida que o enfermeiro formula as suas hipóteses acerca do diagnóstico de enfermagem. Igualmente foi importante a reunião com o Núcleo Local de Rendimento Social e Psicóloga da Segurança Social para a identificação das famílias em risco, que necessitam de intervenção em termos de saúde e gestão dos recursos familiares. Segundo LANCASTER e STANHOPE (2011), no final do século XX, há uma ênfase renovada nos cuidados comunitários a grupos populacionais vulneráveis. A tendência é para mais destacamentos e identificação de casos, para tornar o acesso mais fácil e culturalmente mais competente. Igualmente há uma tendência para a prestação de cuidados mais globais, centrados na família, quando se cuida de grupos populacionais vulneráveis.

No estágio, e atendendo à realidade específica das famílias que foram abrangidas no projeto “Saúde para Todos”, procurou-se sempre desenvolver esforços no sentido de estabelecer e manter uma relação interpessoal correta e um bom entendimento com as famílias, com a equipa multidisciplinar e com o núcleo do RSI. Procurou-se ter sempre presente, na prestação de cuidados, a visão holística da Família; De acordo como LANCASTER e STANHOPE (2011), as populações vulneráveis não só vivem riscos diversos e cumulativos, como também parecem estar mais expostas aos efeitos desses riscos. Os riscos podem advir de perigos ambientais ou sociais, de comportamento individual (ex., hábitos alimentares, cuidados de higiene pessoal/doméstica) ou do aspeto biológico ou genético. Os fatores de risco, efeitos cumulativos desses fatores de risco e baixo limiar para o risco devem ser abordados aquando da deteção das necessidades das populações vulneráveis e do planeamento de serviços que se lhes destinam, tendo intervenção primordial o Enfermeiro Comunitário. Como forma simplificada de entender o elo ligação entre a enfermagem e a ciência do comportamento foi importante entender e seguir o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, um modelo de enfermagem, que avalia o comportamento que leva à promoção da saúde pelo estudo das interações. (PENDER, MURDAUG e PARSONS, 2002).

Tabela III – Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde Nola Pender Traduzido de *Health Promotion in Nursing Practice*.



Segundo TAVARES (1992), os objetivos devem traduzir mudanças de comportamentos que originem ganhos em saúde, relacionados com as atuais características da população-alvo.

Como objetivo geral do estágio foi delineado implementar um projeto de intervenção na Promoção do Autocuidado nas Boas Práticas de Higiene Pessoal/Doméstica nas famílias em situação de vulnerabilidade abrangidas pelo RSI;

Através do projeto desenvolvido foi possível fixar os seguintes objetivos específicos:

- Intervir junto das famílias beneficiárias do RSI tendo por base o Modelo Teórico Enfermagem de Nola Pender, tendo sempre presente a base científica e competências específicas do Enfermeiro Comunitário; (Visitação Domiciliária Semanal e Sessões de Educação para a Saúde);
- Educar/Treinar para umas boas práticas de Higiene Pessoal e Doméstica, nomeadamente: Promoção do banho diário, limpeza e arejamento da casa, mudança da roupa da cama, fornecimento de tintas (através de patrocínios) para estimular a limpeza e pintura do interior da casa. Elaboração de panfletos elucidativos e demonstração de vídeos sobre cuidados de higiene diários (ANEXO II).
- Orientar as famílias para o serviço social e trabalhar em parceria com outras entidades (Núcleo do RSI, Segurança Social) de forma a reintegrar las na comunidade.

Com a evolução do projeto, foi possível interiorizar a ideia de que para obter efetividade nas intervenções, há que as sistematizar, percorrendo para isso as etapas do planeamento em saúde. Estes instrumentos, quando devidamente utilizados, constituem uma garantia na racionalização dos recursos disponíveis, cada vez mais escassos, de forma a obter ganhos em saúde com equidade e eficiência.

Para dar seguimento ao projeto de intervenção foram delineadas as seguintes estratégias:

- Estabelecimento de diversas parcerias com o Núcleo Local do RSI, Psicóloga da Segurança Social e equipa da UCC Ourém com o objetivo de promoção de boas práticas de higiene de forma a alterar a prevalência de comportamentos de risco;

- Promoção da saúde através de sessões de educação com vídeos elucidativos para o empoderamento em saúde das famílias abrangidas pelo projeto;
- Elaboração de Panfletos Informativos sobre Boas Práticas de Higiene Pessoal/Doméstica (ANEXO II);
- Visitação Domiciliária Semanal a todas as famílias abrangidas pelo projeto com o intuito de avaliar as necessidades pessoais de cada família, inculcar a tomada de consciência para a importância da higiene pessoal/doméstica, promover educação para saúde e fomentar uma relação de confiança e compromisso.

Tendo por base estas estratégias e os objetivos inicialmente traçados, no desenrolar do projeto desenvolveram-se as seguintes atividades:

- **Apresentação do Projeto:** apresentação do projeto “Saúde para Todos” a toda equipa da UCC Ourém;
- **Reunião com o Núcleo do Rendimento Social de Inserção:** 11/03/2013
- **Reunião com as Psicólogas da Segurança Social de Ourém:** para solicitar a sua cooperação nas visitas domiciliárias visto conhecerem bem a população-alvo;
- **Divulgação e Realização das Sessões de Educação Para a Saúde:** através da entrega de panfletos informativos às famílias abrangidas pelo projeto e elaboração de duas sessões de educação para a saúde. A primeira sessão na fase inicial do projeto (11 Abril 2013) e a segunda na reta final da intervenção/integração no projeto (6 Junho 2013);
- **Visitação Domiciliária Semanal:** Visitação durante sete semanas às dez famílias abrangidas pelo projeto em conjunto com a Enfermeira Orientadora, Psicóloga e Elemento do Núcleo RSI, tendo sempre presente o Modelo de Promoção da Saúde de Pender como Modelo de referência nas intervenções na comunidade.

A implementação do projeto “Saúde para Todos”, permitiu integrar a coordenação de um programa de saúde de intervenção no âmbito da Prevenção, Preservação e Promoção da saúde em diferentes contextos.

A avaliação deste projeto a curto prazo foi positiva, refletida pelos indicadores do processo, nomeadamente: cem por cento das famílias (dez famílias/vinte seis utentes) participaram nas sessões de educação para a saúde. O interesse mostrado pelos mesmos e o assumir da responsabilidade pela própria saúde

levaram por consequência a uma melhoria das condições de higiene pessoal e doméstica avaliada pela visita domiciliar semanal. Os indicadores de resultado só são possíveis serem avaliados a longo prazo.

5 PERSPETIVANDO A UTILIDADE DO CONHECIMENTO CONSTRUIDO NA PRÁTICA PROFISSIONAL

Com o aumento da esperança de vida, surgem outros desafios para a saúde. As principais causas de morte e incapacidades prematuras nos países desenvolvidos, colocam desafios constantes aos enfermeiros. A elaboração de um projeto de intervenção surge como medida para dar resposta a estes desafios em saúde, de forma a suportar as comunidades na satisfação das suas necessidades e promover comportamentos geradores de bem-estar. O conhecimento especializado e a investigação em Enfermagem que suporta o conhecimento estão no cerne de muitas das funções do exercício diário dos enfermeiros. É a combinação de investigação, inovação e vitalidade que permitem que o trabalho do Enfermeiro ganhe asas.

Segundo o ICN (2004), os cuidados de saúde de qualidade dependem não só da disponibilidade dos serviços, mas igualmente do facto de serem apropriados e aceitáveis para as necessidades das populações a que se direccionam. A redução, prevenção e controlo de problemas de saúde pública como as doenças não-transmissíveis (diabetes, obesidade, doenças respiratórias crónicas e insuficiência renal crónica) bem como a violência, os riscos ambientais ou a desordem urbana e tantos outros, impõem a conjugação de atividades sinérgicas conduzidas por especialistas de diferentes disciplinas científicas e de múltiplas áreas dos sectores com enfoque no enfermeiro comunitário.

Segundo Australasian Health Education Systems (2002), “Combined with an older clientele, is the trend to maintain people on renal replacement therapy programs in community based, rather than acute hospital care”. Esta mesma fonte reforça que é prioritário a intervenção do enfermeiro especialista na identificação de situações de risco/vulnerabilidade no IRC, de forma a ir ao encontro das necessidades do doente e famílias. “(...) help renal patients understand their condition and negotiate the maze of complex health care organizations by assisting them to make informed choices armed with knowledge of the risks and benefits of the available treatment options”. Para COLLINS e McCONKEY (2010), a negociação e capacitação social de grupos vulneráveis em risco na comunidade, aumenta a participação ativa dos mesmos na

sua própria saúde. O empoderamento e a negociação são fundamentais perante uma situação de fragilidade em que os grupos se encontram. (POSTMA, 2007).

A Insuficiência Renal Crônica cria muitos riscos físicos, psicológicos e sociais no doente e suas famílias. As incertezas associadas ao estado crítico de saúde levam a alterações de comportamento. O processo de ajustamento a uma doença que traz inúmeras limitações à pessoa e sua família levam a momentos de stress e grande vulnerabilidade. O enfermeiro tem um papel importante junto ao Doente Renal Crônico e suas Famílias (CICOLINI e outros, 2012). GRIFFITHS e Outros (2006) reforçam, *“In an attempt to improve the social factors that influence the health of individuals and the community, community interventions increasingly include strategies to build networks and social capital and develop resilience”*. O mesmo autor refere que é necessário identificar e desenvolver programas de intervenção em grupos que se encontrem em situação vulnerável.

O conceito enfermagem surge no texto, intimamente relacionado às intervenções e estratégias que a enfermeira deve dispor para o comportamento de promoção da saúde, sendo que um dos principais papéis do enfermeiro é o estímulo ao autocuidado (PENDER e PARSONS, 2002). Na nossa perspectiva como Enfermeira a trabalhar numa Unidade de Hemodiálise os Doentes Renais Crônicos são considerados um grupo vulnerável exposto a inúmeras fragilidades, podendo deste modo, encontrar semelhanças com as dez famílias integradas no Projeto Saúde Para Todos. Consideramos que torna-se cada vez mais importante a existência de um enfermeiro comunitário com competências para identificar situações de potencial risco e intervir juntos dos doentes/famílias em programa de Hemodiálise.

Os enfermeiros com responsabilidades na prestação de cuidados em hemodiálise, reconhecem a importância da sua intervenção junto do indivíduo e suas famílias. Os cuidados a ter com os acessos vasculares e a promoção de bons hábitos de higiene do acesso vascular por vezes acaba por ficar esquecido por parte da equipa de enfermagem. A escassez de recursos humanos face ao aumento crescente das necessidades leva inevitavelmente à falta de investimento na educação para a saúde e capacitação do doente para o autocuidado.

O bom cuidado do acesso vascular é vital para o sucesso e eficácia do tratamento e para o aumento da qualidade de vida dos doentes com Insuficiência Renal Crônica. Com a evoluções na área da Hemodiálise e com a envolvimento do doente/família em todo o processo da doença, cada vez mais, os cuidados a ter com os acessos vasculares assumem uma importância crucial na sua manutenção e

durabilidade, sendo uma responsabilidade primordial do enfermeiro (CICOLINI e outros, 2012).

A prevenção da infecção é uma política fundamental na estratégia de cuidados a prestar ao doente com Insuficiência Renal Crónica Terminal em programa de Hemodiálise. Assim, surge a nossa necessidade através da identificação de algumas lacunas na nossa unidade de trabalho de intervir de forma a gerar a mudança de comportamentos tanto da parte do doente/famílias como dos enfermeiros que lidam diariamente com os doente e acabam por ser o ponto de referência dos utentes e suas famílias. Pretendo com este enriquecedor processo no Mestrado e Especialização em Enfermagem Comunitária, direccionar posteriormente as aprendizagens e competências adquiridas integrar o projeto “Saúde para Todos” na minha prática diária com o Doente Renal Crónico e suas Famílias, especificamente na Promoção da Higiene/Lavagem e Bom Cuidado do Acesso Vascular, tendo como base de referência o Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender.

É fundamental que os profissionais de saúde, com especial relevo ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária promovam uma mudança de comportamentos quer da parte das famílias, quer da própria comunidade, para que assim sejam possíveis ganhos em saúde. Do mesmo modo, é importante que os saberes adquiridos durante uma Pós Especialização e Mestrado sejam transpostos para a prática diária como enfermeira num determinado contexto de trabalho. Segundo a ICN (2010), há uma necessidade crescente dos enfermeiros em geral tomarem iniciativa e envolverem-se com todas as partes da comunidade e todos os setores para dar resposta à ameaça crescente posta pelas doenças crónicas à saúde e bem-estar global.

Em suma, a linha pensamento posterior através desta reflexão crítica será pelas competências desenvolvidas no Estágio I, Estágio II, elaboração/Execução de um Projeto na Comunidade “Saúde para Todos” e Relatório, transpor o projeto e todas as capacidades adquiridas no grupo das Famílias do “RSI” e na Comunidade nos doentes renais crónicos que igualmente estão inseridos numa família onde necessitam de acompanhamento e intervenção do Enfermeiro Comunitário por se encontrarem em situação risco Biopsicossocial: nomeadamente na promoção de cuidados higiene na lavagem dos Acessos Vasculares.

No projeto Saúde para Todos, apesar do Diagnóstico da Situação se encontrar identificado foi possível o Planeamento em Saúde e intervir na comunidade junto das famílias abrangidas. Olhando as dificuldades encontradas por existir um Diagnóstico

da Situação prévio, julgo que o levantamento do diagnóstico da Situação será o ponto de partido do novo projeto em estudo.

6 CONCLUSÃO

Ao terminar a reflexão e autoavaliação sobre o desempenho durante todo o processo do Mestrado e Pós Especialização em Enfermagem Comunitária, pode-se dizer que contribuiu positivamente para a nossa formação. Foi desenvolvido numa perspetiva de autoaprendizagem e com uma atitude reflexiva e crítica face aos problemas encontrados. Assim o Ensino Clínico revelou-se fulcral para o nosso processo de ensino/aprendizagem. A intervenção direta na comunidade possibilitou mobilizar conhecimentos apreendidos durante o ensino teórico levando à sedimentação dos mesmos. Consideramos que prestámos cuidados de Enfermagem Especializados de forma refletida e fundamentada, com a expectativa que tenha promovido mudança de atitudes e aquisição de novos comportamentos daqueles de quem cuidei, o que aumentou a minha capacidade de intervenção de modo independente a cada nova situação. Na adoção de uma atitude crítica sobre as ações desenvolvidas no âmbito do percurso de aprendizagem pessoal e profissional, procurou-se através de uma reflexão diária sobre a ação, avaliar a nossa atuação no decurso de todo o processo, com o intuito de melhorar a performance do nosso empenho.

Em relação aos objetivos traçados inicialmente, pode-se afirmar que foram concretizados com êxito, contribuindo para tal, a realização de atividades diversificadas, o acolhimento das equipas, a motivação e o empenho pessoal.

Haverá sempre alguma coisa que ficará por dizer e descrever pois há sensações e situações que são impossíveis de expressar no papel, no entanto sentimo-nos realizada com as oportunidades que me foram surgindo e com a possibilidade que tive de contribuir para uma melhoria dos cuidados de Enfermagem. Temos percorrido uma grande caminhada com algumas “pedras” pelo caminho, mas que foram solidificar conhecimentos e competências inerentes às funções do Enfermeiro em Enfermagem Comunitária. No entanto, este percurso não termina aqui porque muitas e novas experiências irão surgir e contribuir para o desempenho enquanto pessoa e profissional. Por todos os conhecimentos adquiridos/aprofundados, por todas as experiências vivenciadas, pode-se afirmar que foi um momento pedagógico necessário ao desenvolvimento de competências no âmbito da formação especializada em

Enfermagem Comunitária, mas como em qualquer momento de formação, também surgiram algumas dificuldades, como a interrupção temporária do Mestrado/Especialidade devido a incompatibilidades com a vida profissional/pessoal mas que foram positivamente ultrapassadas. Podemos afirmar que acreditando e como força de vontade para vencer tudo é alcançável. Julga-se como crítica ao projeto de intervenção que deveria se ter desenvolvido e aprofundado melhor o diagnóstico da situação de saúde da comunidade de Ourém. O facto de utilizar uma base de dados já existente na UCC Ourém aumentou a dificuldade no Planeamento em Saúde.

Em forma de conclusão os cuidados de saúde primários estão numa posição privilegiada e são atualmente chamados a intervir, contribuindo para melhorar a saúde das populações. Consciente que agora se vê Enfermagem na Comunidade com outros olhos e considera-se que será vital toda esta aprendizagem e aquisição de competências na prática futura como enfermeira inserida em diversos contextos que necessitam de intervenção do Enfermeiro Especialista. Refletindo sobre todo o processo de aprendizagem desenvolvido julgam ter aprofundado e adquirido as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, nomeadamente, estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade com base no Planeamento em saúde; contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; integrar a coordenação de programas de saúde do âmbito comunitário e na execução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde; realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de cariz geodemográfico (Decreto de Lei n.º 35 de 18 Fevereiro de 2011). Deste modo, cabe aos enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária, investir no *Empowerment* Comunitário como uma possibilidade de centrar esforços nas capacidades e potencialidades do sistema, reduzindo custos em saúde e obtendo ganhos em saúde.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, M. (2002) - **(Des)Equilíbrios Familiares**. Coimbra, Quarteto Editora;

AMARO, Rogério – Saúde Comunitária: Um Caminho para o Desenvolvimento. **Aprender ao Longo da Vida**. ISSN: 1645-9784. Nº4 (Maio 2005), p.33-34.

ALLIGOOD, M; TOMEY, A (2002) – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra**.Loures: Lusociência. 5ª Edição, ISBN: 972-8383-74-6.

AMENDOEIRA, José - **A formação em enfermagem. Que conhecimentos? Que contextos?** Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 1999. Dissertação de mestrado [Consultado 07/11/2014).

AMENDOEIRA, José. - Enfermagem disciplina do conhecimento. **Sinais Vitais**, nº67 (2006), p.19–27.

AMENDOEIRA, J - A centralidade do cidadão nos cuidados de saúde: investigar para transferir conhecimento. (2012) [Consultado a 15/12/2014], Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.15/600>.

ARAÚJO, Isabel Maria Batista de – Saúde, doença e educação para a saúde: uma perspectiva. **Sinais Vitais** ISSN 0872-0844. Nº67 (Julho 2006), p.13-16.

ASSEMBLEIA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA (2011) **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

AUSTRALIAN RESOURCE CENTRE FOR HEALTHCARE INNOVATIONS (ARCHI), 2002. [Consultado: 10-12-2014]. Disponível em: <http://www.archi.net.au>

BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle (1995) - **peessoas Idosas: uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidacta. p.594-600

OMS (1978). **Carta de OTTAWA para a Promoção da Saúde: Canadá**. Organização Mundial de Saúde.

CARTA DE OTTAWA. – **1ª Conferência Internacional sobre promoção da saúde.** Canadá,1986. [Consultado: 10-12-2014]. Disponível em: www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm.

CARVALHO,A; CARVALHO, G (2006) – **Educação para a saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação.** Loures: Lusociência, ISBN 972-8930-22-4.

CICOLINI, G; PALMA, E; SIMONETTA, C; NICOLA, M. - Influence of family carers on haemodialyzed patients' adherence to dietary and fluid restrictions: an observational study. **Journal of Advanced Nursing.** (2012),ISSN: 1365-2648, nº68 p.2410-2417.

COLLINS, S; MCCONKEY, R – The role of support staff in promoting the social inclusion of persons with an intellectual disability. **Journal of Intellectual Disability Research.** ISSN 1365-2788. 2010, nº54, p.691-700.

CONSELHO DE ENFERMAGEM DA ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) - **Atribuição do título de enfermeiro especialista, no momento actual.** Parecer nº 267/2010.

DIAS, M. - UM OLHAR SOBRE A FAMÍLIA NA PERSPETIVA SISTÉMICA O PROCESSO DE COMUNICAÇÃO NO SISTEMA FAMILIAR. **Gestão e Desenvolvimento** 2011 (p.139-156).

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SANTARÉM. Documento Orientador: Unidade Curricular – Estágio. Santarém.

FERREIRA, António – Aprender a promover a saúde ao longo da vida. **Aprender a ter saúde.** ISSN: 1645-9784. Nº4, (Maio 2005), p.24-26.

FIGUEIRAS, Maria – Percepção Individual do Risco: Abordagens em contextos de saúde. **Revista Factores de Risco.** ISSN: 1646-4834. 2007, nº5, p.87-89.

FIGUEIREDO, H – **Enfermagem de Família: Um contexto do cuidar.** Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

FRENCH, P - The development of evidence-based nursing. **Journal of Advanced Nursing** ISSN: 1006-4284.(Janeiro 1999), nº29, p.72-78.

IMPERATORI, Emilio; GIRALDES, Maria do Rosário - **Metodologia do planeamento em saúde** 1993 (3ª edição) Escola Nacional de Saúde Pública.

GARCIA,T; OLIVEIRA,E; SÁ, L. - Aspectos valorizados por profissionais de enfermagem na higiene pessoal e na higiene corporal do paciente. **Revista Bras Enfermagem**; Brasília (Set/Out 2003), p.479-483.

GRIFFITHS, R; HORSFALL, J; MOORE, M; LANE, D; KROON,V; LANGDOM,R. - Building social capital with women in a socially disadvantaged community. **International Journal of Nursing Practice** (2009), nº15, p.172-184.

GRIFFITHS, R; HORSFALL, J; MOORE, M; LANE, D; KROON,V; LANGDOM,R.- Assessment of health, well-being and social connections: A survey of women living in Western Sydney. **Journal compilation: Blackwell Publishing Asia Pty Ltd** (2006) p.1-12.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES: **Collaborative Practice in the 21st Century**. Geneva: Publicado em Portugal pela Ordem dos Enfermeiros, 2004.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES: **Code of Ethics for Nurses**. Geneva: Publicado em Portugal pela Ordem dos Enfermeiros, 2006.

HALE, P; SISTROM, M – Outbreak Investigations: Community Participation and Role of Community and Public Health Nurses. **Public Health Nursing**. ISSN: 0737-1209. Vol.23, Nº3. (2006), p.256-263.

JEREMIAS, Cristina – O Cuidar de Enfermagem ao sistema Cliente Comunidade. **Nursing**. Nº263, (Nov.2010), p.12-18.

JEREMIAS E RODRIGUES. O Cuidar de Enfermagem ao Cliente Comunidade. **Revista Nursing**. ISSN 0871-6196, (Novembro 2010), p. 12-17.

LAVERACK, Glenn (2004) – **Promoção da Saúde: Poder e Empoderamento**. Loures: Lusodidacta,. ISBN 978-989-8075-09-3.

LOPES,M.J. - Concepções de enfermagem e desenvolvimento sociomoral dos alunos finalistas e dos enfermeiros um estudo descritivo e comparativo, **Revista Investigação em Enfermagem**, (2004), nº10,p.38–57.

LOPES ND, PAGLIUCA LMF. Abordagem holística o termo pessoa em um estudo empírico: uma análise crítica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**.(2002) nº10(6), p.825-30.

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

OLIVEIRA, Aliete; CARDOSO, Ilda; PITA, João; CARDOSO, Salvador. (2009). "**Conhecimentos sobre VIH em estudantes da Universidade de Coimbra e sua relação com as práticas sexuais preventivas**", [Consultado 20/11/2014] In www.aidscongress.com.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Combater a Desigualdade: Melhorar o acesso e a equidade**. ISBN: 978-989-8444-07-3 Abril 2011, p. 53-63.

OMS (1978). **Carta de OTTAWA para a Promoção da Saúde: Canadá**. Organização Mundial de Saúde.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2002) - **Saúde 21. Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na região europeia da OMS**. (Trad: Sofia Abecasis) Documento original publicado em 1998. Loures: Lusociência

ORNELAS, José – **Psicologia Comunitária**. Lisboa: Fim de Século Edições, 2008. ISBN: 978-972-754-256-7.

PENDER, N; YANG, P. - **Promotion physical activity**. J Nurs Res 2002; p.57-64.

PENDER, N; MURDAUGH C., M, PARSONS - **Health promotion in nursing practice**. Parsons MA. 4ªed. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 2002.

PERRY, A; POTTER, P. (2010) – **Fundamentos de Enfermagem**. Elsevier Editora 7ª Edição.

POSTMA, J – **Elucidating empowerment in El Proyecto Bienestar**. JAN Original Research. 2008, p.441-450.

QUEIRÓS A. (2002). **Projecto de estágio e relatório final**. [Em linha] Evora: Escola Superior de Enfermagem de Évora [Consut. 2014-12-08]. Disponível em www.anaqueiros.com

RUDER, S. The Challenges of Family Member Caregiving: How the Home Health and Hospice Clinician Can Help at the End of Life. **Home Hethcare Nurse**, (2008) nº6 (2).

SEGURANÇA SOCIAL, **Rendimento Social de Inserção** (2013) [Consultado 20/06/2013], Disponível em <http://www4.seg-social.pt/rendimento-social-de-insercao>.

STANHOPE, M; LANCASTER, J – **Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade centrados na População**. 7ª edição. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-29-1.

STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette (2011) - **Enfermagem de Saúde Pública, Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População**. Lisboa: Lusociência, 7ª edição, ISBN: 978-0-323-04540-7

TAVARES, António – **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento Recursos Humanos, 1992.

TEIXEIRA, José.- **Mudanças de Comportamento relacionados com a Saúde**. In:

TRINDADE, I; TEIXEIRA, J –Psicologia nos cuidados de saúde primários –Manuais Universitários. 2ª ed. Lisboa: Climepsi, 2000. ISBN: 978-972-796-278-5. p.167-175.

VIGARELLO G. (1996) **O limpo e o sujo: uma história da higiene corporal**. São Paulo: Martins Fontes; p.297.

WALDOW, V. – Momento de cuidar: Momento de reflexão na ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, (Jan/Fev, 2009), nº62, p.140-145.

WALKER LO, AVANT KC. (1995) - **Strategies for theory construction in nursing**. Norwalk: Appleton & Lange; 3ª ed.

ZOBOLI, Elma. – Responsabilidade para com a comunidade. **Revista Ordem dos Enfermeiros**: XI Seminário de Ética ISSN: 1646-2629. Nº37, 2011 p.7-17.

ANEXOS

ANEXO I – PROJETO INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE: SAÚDE PARA TODOS



Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém

3ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO E RELATÓRIO

PROJETO DE ESTÁGIO:

Saúde para Todos



MESTRANDA: Bruna Neves

Ourém, Março 2013



Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém

3ºCURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO E RELATÓRIO

PROJETO DE ESTÁGIO:

Saúde para Todos

PROFESSORES ORIENTADORES:

Prof.^ª Irene Santos

ENFERMEIROS COPERANTES

Enf.^ª Fátima Lopes

Enf.^ª Clárisse Fonseca

MESTRANDA: Bruna Neves

Nº 100431012

Ourém, Março 2013

"Você nunca sabe que resultados virão da sua ação. Mas se você não fizer nada, não existirão resultados".

Mahatma Gandhi

SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

DGS – Direção Geral da Saúde

ESSS – Escola Superior de Saúde de Santarém

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

RNCCI – Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

RSI – Rendimento Social de Inserção

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SINUS - Sistema Informático de Unidades de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 7 |
| 1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO CONCELHO DE OURÉM | 13 |
| 1.1 - DADOS GEOGRÁFICOS | 14 |
| 1.2 - DADOS DEMOGRÁFICOS | 14 |
| 1.3 - DADOS SOCIO ECONÓMICOS | 15 |
| 1.3 - DADOS CULTURAS | 15 |
| 2 – ESTRUTURA ORGÂNICO FUNCIONAL DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE OURÉM | 16 |
| 3 – OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER O ESTÁGIO | 19 |
| 3.1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO: “FAMÍLIAS DE RISCO” | 19 |
| 3.1.1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA | 20 |
| 4 – FASE METODOLÓGICA | 24 |
| 4.1 – DESENHO DO ESTUDO | 24 |
| 4.2 – POPULAÇÃO EM ESTUDO | 25 |
| 4.3 – MÉTODO DE COLHEITAS E PREVISÃO DA ANÁLISE DE DADOS | 25 |
| 4.4 – ATIVIDADES PROPOSTAS E INDICADORES | 25 |
| 4.5 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS | 31 |
| 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS | 33 |
| REFERÊNCIAS | 35 |
| ANEXOS | 38 |
| ANEXO I – PLANEAMENTO DE ATIVIDADES | 39 |
| ANEXO II – CRONOGRAMA | 48 |

INDICE FIGURAS

| | |
|----------------------------------|-----------|
| FIGURA 1 – Concelho Ourém | 15 |
|----------------------------------|-----------|

INDICE QUADROS

| | |
|---|-----------|
| QUADRO 1 – Evolução da estrutura etária da população Ourém | 16 |
| QUADRO 2 – PLANO DE ATIVIDADES DO PROJETO: “FAMÍLIAS DE RISCO” | 30 |
| QUADRO 3 – PLANEAMENTO DE ATIVIDADES ESTÁGIO | 40 |

INTRODUÇÃO

Ao reingressar no Estágio do Mestrado e Pós Especialização em Enfermagem Comunitária surge a necessidade de desenvolver um projeto de estágio que seja um instrumento orientador e matriz de acompanhamento operacional e que avalie a cada momento o percurso desenvolvido. O projeto pressupõe iniciativa e autonomia por parte de quem realiza, tornando-se este responsável pelo seu trabalho e pelas escolhas ao longo das sucessivas fases do seu desenvolvimento. O mesmo deve ser flexível e realista, adequado às possibilidades de concretização. Ou seja, procura unificar vários aspetos importantes do processo de aprendizagem: a ação realizada com empenho pessoal, a intencionalidade dessa ação e a sua inserção num contexto social, tendo sempre em conta as competências como Enfermeiro especialista emanadas pela Ordem dos Enfermeiros.

A intervenção na comunidade está contemplada na política de saúde nacional como diretriz, sendo que no disposto na alínea h) do número 1, Base II do Art. 3º da Lei de Bases da Saúde n.º 48/90 se pode ler o seguinte: “É incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual”.

Os cuidados de saúde primários há muito são referidos como a base do serviço nacional de saúde e uma prioridade política. São a referência de proximidade das comunidades e o elo de ligação com os restantes serviços de saúde. O grande investimento necessário, hoje, é ao nível da prevenção. Para tal, as sociedades têm de reorientar os recursos financeiros e humanos, maximizando o seu potencial, para as necessidades diagnosticadas como prioritárias, intervindo para a construção de sociedades, justas, solidárias, sustentáveis e saudáveis.

Ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, compete desenvolver programas e projetos de intervenção na comunidade com vista à resolução dos problemas identificados e posteriormente, a sua avaliação, liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e exercício da cidadania, e participar na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011).

O Enfermeiro Especialista detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, e tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas

de saúde/doença, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011). O Enfermeiro Especialista deve estar atento, ser observador e capaz de agir com iniciativa, tomando decisões prontas e adequadas perante as situações.

Neste pensamento, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume 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 (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde (OE, 2011).

Ao executar funções numa unidade de Hemodiálise onde lido com Insuficientes Renais Crónicos e com suas famílias, sendo vista como um Enfermeiro de referência onde se estabelece uma relação de empatia e confiança mútua, revejo o papel do enfermeiro na comunidade e a sua intervenção junto das famílias. Por outro lado, estou ciente que necessitarei de um grande empenho para que o meu desempenho profissional enquanto aluna da Especialidade de Enfermagem Comunitária, seja realmente o espelho dos conhecimentos adquirido e que têm agora a oportunidade de serem aplicados na prática. Reconheço ainda que uma UCC deve ser uma instituição promotora de saúde, através de um processo participativo isto é, aquele em que todos os intervenientes têm poder de decidir, de trabalhar e de avaliar em conjunto.

Como enfermeira e beneficiadora de um contexto que me possibilitou múltiplas experiências de ensino-aprendizagem no estágio I e após um período de interrupção do Mestrado e Pós Especialização em Enfermagem Comunitária que permitiu uma maior reflexão e introspeção sobre a importância da intervenção do enfermeiro na comunidade, reconheço a especificidade do exercício especializado da enfermagem comunitária.

Face à minha participação/integração no projeto “RSI” em que a UCC é parceira, surgiu a necessidade da minha intervenção em famílias do RSI com carências de saúde, especificamente no ajuste aos recursos económicos existente e na promoção de hábitos de higiene pessoal e doméstica. Assim, surge este projeto de Intervenção “Saúde para Todos” onde as intervenções de enfermagem se direcionam especificamente para ações promotoras de boas práticas de higiene pessoal e doméstica em famílias beneficiárias do Rendimento Social de Inserção.

Por ser um tema de interesse e que me impulsiona, pretendo aceitar este desafio e o seu contributo nesta fase do meu processo de aprendizagem e desenvolvimento, tendo em horizonte a Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Com este projeto pretendo criar a base de sustentação ao nível da gestão do processo saúde / doença, promover Boas Práticas de Higiene Pessoal e Doméstica em famílias beneficiárias do RSI, de acordo, com os recursos familiares existentes.

Toda esta linha de pensamento, despoletou no problema: **Que Intervenções de Enfermagem (I) promovem Boas práticas de Higiene Pessoal e Doméstica (O) em famílias beneficiárias do rendimento inserção social (P)?**

1 – AMBITO DO PROJETO

1.1 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DO CONCELHO DE OURÉM

IMPERATORI E GIRALDES (1993), definem que o Diagnóstico da Situação de Saúde de uma determinada comunidade consiste na identificação dos principais problemas/necessidades de saúde, que conduzem à identificação da sua situação de saúde. Nesta perspetiva, e com o intuito de entender e compreender as necessidades de saúde da população abrangida pela UCC Ourém é fundamental ter conhecimento do contexto sociocultural da mesma como dos recursos existentes na comunidade, para que se possam planear com eficácia formas de intervenção.

Segundo os dados fornecidos pelo censo de 2001, o concelho de Ourém apresenta um total de 46 196 habitantes residentes, que corresponde a uma densidade populacional média de 110,8hab/km².

Situado na parte Noroeste do distrito de Santarém, o concelho de Ourém abrange uma área de 421,72 km².

A sede de concelho é a cidade de Ourém, limitada a Poente pelos concelhos de Batalha e Leiria, a Norte por Pombal, a Nascente com os concelhos de Alvaiazare, Ferreira do Zêzere e Tomar e a Sul com os concelhos Torres Novas e Alcanena (Parque Natural Serras de Aire e Candeeiros).

1.1 – DADOS GEOGRÁFICOS

O concelho Ourém estende-se por uma área de 416,5km², num total de 18 freguesias: Alburitel, Atouguia, Casal dos Bernardo, Caxarias, Cercal, Espite, Fátima, Formigas, Freixianda, Gondemaria, Matas, Nossa Senhora das Misericórdias, Nossa Senhora da Piedade, Olival, Ribeira do Fárrio, Rio de Couros, Seiça e Urqueira.



Figura nº1 – Concelho Ourém

Relativamente à rede viária, as estradas estão na sua maioria alcatroadas, e em bom o razoável estado. A cidade Ourém é atravessada pela E.N. 113 que permite o acesso a Leiria e Tomar. Igualmente pela IC9 que faz a ligação Tomar/Ourém/Batalha.

Os transportes públicos disponíveis na região são os táxis, a Rodoviária do Tejo, e o terminal ferroviário na vila de Caxarias. Existe ainda um aeroporto de pequenas dimensões na proximidade de Fátima.

1.2 – DADOS DEMOGRÁFICOS

De acordo com os resultados dos Censos 2001, publicados no Instituto Nacional de Estatísticas, o concelho de Ourém tem uma população residente de 46156 habitantes, distribuídos pelas 18 freguesias.

O concelho apresenta um povoamento tipo desigual e rural, onde abundam os pequenos aglomerados dispersos. A par destes pequenos aglomerados, existem no concelho duas cidades: Ourém e Fátima e as vilas de Caxarias e Freixianda.

Recorrendo ao programa informático SINUS e aos Censos 2001, verifica-se que Ourém é um concelho que tem uma população demograficamente envelhecida. Destaca-se o aumento da esperança média de vida e uma natalidade tendencialmente reduzida. A população em atividade ativa ainda é significativa.

| | 1970 | 1981 | 1991 | 2001 |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|
| 0-14 anos | 31,1% | 24,9% | 20,1% | 16,9% |
| 15-64 anos | 59,4% | 62,1% | 63,8% | 64,4% |
| Superior 65 anos | 9,5% | 13,0% | 16,1% | 18,7% |
| TOTAL | 100% | 100% | 100% | 100% |

Quadro n.1 – Evolução da estrutura etária da população Ourém

1.3 – DADOS SOCIO ECONÓMICOS

É de destaque na história de Ourém, a data de 1917, data das Aparições de Nossa Senhora na Cova de Iria, cujo acontecimento veio trazer grande desenvolvimento não só à vida religiosa da região, mas também à vida económica. Deste modo, Ourém evolui de um concelho rural para um concelho misto com um setor industrial e de serviços em grande desenvolvimento.

Dos 46156 habitantes, 20401 são economicamente ativos.

1.4 – DADOS CULTURAIS

O concelho tem um património cultural bastante rico no que se destaca, a basílica de Fátima, o Castelo de Ourém e o Museu da Cera.

1.2 - ESTRUTURA ORGANICO FUNCIONAL DA UNIDADE CUIDADOS NA COMUNIDADE OURÉM

Nos últimos anos assistimos a diversas alterações, o Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro, despontou a reforma do funcionamento dos Centros de Saúde, em sequência, surgiram os Agrupamentos de Centros de Saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Os ACES compreendem as seguintes unidades funcionais: Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP) e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

A UCC Ourém está integrada na ARS Lisboa e Vale do Tejo no ACES de Médio Tejo. A UCC têm como objetivo prestar “(...) cuidados de saúde e apoio psicológico e social 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, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (Decreto-Lei Nº 28/2008 de 22 de Fevereiro). Tendo em conta o Plano de Ação da UCC Ourém, esta unidade funcional surge de forma a dar resposta aos problemas de saúde das pessoas que residem no concelho do Ourém. A UCC tem um papel de grande relevo no conhecimento das realidades locais, tais como necessidades e oportunidades para a Promoção da Saúde e Qualidade de Vida das populações. A mesma é portadora de programas específicos, que são adaptados do Plano Nacional de Saúde. A intervenção integrada para promover comunidades saudáveis é uma prioridade da política e a reforma dos cuidados de saúde primários constitui a trave mestra na corporização dessa prioridade.

A UCC Ourém é constituída por uma equipa interdisciplinar, que desenvolve um trabalho em parceria com as Entidades do Concelho do Ourém. A equipa da UCC desenvolve a sua atividade em permanência (enfermeiros, técnica de serviço social, assistente técnica, ajudantes domiciliárias, psicólogo, fisioterapeuta,) ou em colaboração parcial (médica, higienista oral, técnica de cardiopneumologia), contando com a complementaridade dos

recursos humanos dos diversos parceiros da comunidade, nomeadamente terapeuta da fala, terapeuta ocupacional entre outros.

1.3 – ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA DE SAÚDE

Conhecido o contexto físico e social do local de estágio, em anexo estão descritos os objetivos específicos elaborados, bem como as atividades propostas para a sua concretização, os quais partiram dos objetivos gerais definidos no guia orientador do ensino clínico (ANEXO I).

Como é possível verificar através do planeamento de atividades, o grande cerne do presente ensino clínico prende-se com o desenvolvimento de um projeto de intervenção individual, o qual parte de uma inquietação pessoal perante a temática escolhida indo ao encontro de projetos previstos na UCC Ourém, conjugando assim necessidades de formação do aluno com o desenvolvimento da unidade funcional referida. Seguidamente, descrever-se o projeto em questão, iniciando-se com um pequeno enquadramento teórico da área selecionada.

1.3.1 - PROJETO DE INTERVENÇÃO: “Saúde para Todos”

Planeamento em Saúde torna-se cada vez mais um imperativo das sociedades atuais, quando ambicionamos alcançar ganhos em saúde.

Planear em saúde, não é apenas uma metodologia ou um conjunto de técnicas. “O planeamento é uma atitude ou um posicionamento face à realidade socioeconómica” (IMPERATORI E GIRALDES, 1993). Assim, planear em saúde é uma forma de racionalizar decisões, tendo capacidade de moldar a realidade.

Um projeto de intervenção em saúde é um roteiro detalhado das ações, devidamente fundamentadas, a serem desenvolvidas, que têm como objetivo responder às necessidades de saúde e que visam promover a qualidade de vida e aumentar o nível de saúde de uma população, através do reforço da participação comunitária na resolução dos problemas identificados.

O projeto de Intervenção abarcado por mim neste estágio é o Projeto, “Saúde para Todos”, que abarca as Famílias beneficiárias do RSI inserido no Plano Ação da UCC de Ourém. Como principais objetivos deste projeto pretendo:

- Avaliar e intervir junto das famílias tendo por base o Modelo Teórico Enfermagem de Nola Pender;
- Educar/Treinar para umas boas práticas de higiene Pessoal;
- Promover hábitos alimentares saudáveis de acordo com recursos familiares existentes;
- Orientar as famílias para o serviço social e trabalhar em parceria com outras entidades.

O trabalho com as famílias do RSI inicia-se com uma parceria com o Núcleo do Rendimento Social e com a UCC. O RSI constitui uma medida de proteção social que emergiu de forma a apoiar as pessoas ou famílias que se encontram em situação de grave carência económica e em risco de exclusão social. O RSI é formado por um contrato de inserção para dar apoio a nível social e profissional às famílias de forma a reintegrá-las e igualmente consiste numa prestação em dinheiro para satisfação das necessidades básicas das famílias em carência/risco. Deste modo, as famílias que recebem o RSI celebram e assinam um contrato de inserção, do qual consta um conjunto de deveres e direitos, com vista à sua integração social e profissional. (<http://www4.seg-social.pt>, 2013)

1.3.1.1– Contextualização da temática

O enfermeiro que trabalha com e para a comunidade é um mediador entre o saber baseado na evidencia científica e a passagem dessa sabedoria para a inserção no quotidiano da vida promovendo os processos de readaptação, educando e ajudando a gerir melhor os recursos internos e externos não só da pessoa, mas também da família e comunidade. Estes compreendem dimensões tão complexas como a psicológica, a sociocultural, a espiritual, a fisiológica e a de desenvolvimento (NEUMAN, 1995). “É necessário, passar para uma intervenção centrada na relação do cliente com os cenários e atores relevantes do seu quotidiano, e investir na competência das pessoas para se tornarem agentes ativos dessa interação, capazes de identificar necessidades de mudança e de as produzir a nível pessoal, interpessoal e comunitário” (JEREMIAS e RODRIGUES, 2010, p.16-17).

A nível dos cuidados especializados em saúde comunitária a OE (2009,p.27) defende como competência do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária “Liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania” e “ Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

O conceito de *Empowerment*, cuja emergência surge na sequência da filosofia da Declaração de Alma-Ata (1978), reconhece pela primeira vez a importância das pessoas assumirem o controlo e responsabilização sobre a sua saúde. Com raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da “ação social” das sociedades desenvolvidas, na segunda metade do século XX. Empoderamento pretende: “ (...) capacitar indivíduos, grupos e comunidades no emprego de estratégias e recursos para alcançar objetivos individuais e coletivos de forma ativa; adquirir conhecimentos e habilidades que ajudem os indivíduos, grupos e comunidades na compreensão crítica das relações sociais e políticas e do próprio meio; adquirir competências através de experiência e intervenção, aplicadas a situações diversas.” (SOUZA e tal, 2006 p.267).

Para apostar na prevenção e promoção da saúde, enquanto estratégias que visam aumentar a capacidade de gestão de um projeto de saúde, é fundamental que se implementem programas educacionais, desenvolvendo o *empowerment* da pessoa, família e comunidade. Por outro lado, sabe-se que atualmente um das condições primordiais para que alguém adote ou mude determinado comportamento, é que esteja munido das armas necessárias sobre o que tem que mudar e porque é que tem que mudar.

Os cuidados de saúde primários devem ter a capacidade de chegar próximo da comunidade e desenvolver as suas atividades não para, mas com a comunidade, tendo em conta o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS) e centrar a sua organização numa coordenação efetiva entre programas em desenvolvimento.

As respostas organizadas na comunidade através de projetos e programas não são estanques entre si devendo contribuir em conjunto para a construção da autonomia, potencializando o máximo de capacidades, quer da Pessoa, sua Família, do grupo onde se insere e da comunidade no geral.

2- PROJECTO DE INTERVENÇÃO

Na linha de pensamento de FORTIN (1999), a metodologia é entendida como o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica.

Por conseguinte, o modo como as experiências sociais constroem a realidade humana, assume uma importância fulcral, uma vez que na enfermagem, é imperativo que os enfermeiros adotem uma tradição de investigação que forneça os modos mais significativos de descrever e compreender as experiências humanas (STREUBERT E CARPENTER, 2002).

Considerando a problemática escolhida e o conhecimento que tenho do contexto onde se insere o projeto de intervenção, pretendo apresentar neste capítulo, a estrutura do projeto, finalidade, os objetivos, as atividades a desenvolver, o cronograma do projeto e o cronograma com respetivo plano de formação.

A parceria com a “RSI” emergiu com a criação da Unidade de Cuidados na Comunidade pela sua Coordenadora, a Sra. Enfermeira Fátima Lopes do Centro de Saúde de Ourém. Integra atualmente este programa a Enfermeira Graduada Clarisse Fonseca. Pretendo com a minha intervenção no projeto “Saúde para Todos” conseguir promover boas práticas de higiene pessoal e doméstica em dez famílias beneficiárias do RSI tendo em conta a gestão do orçamento familiar. A operacionalização do projeto, prevê a avaliação das famílias, intervenção bio-psico-social e realização de Visitação Domiciliária.

2.1 - POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população-alvo deste projeto é coincidente com a da UCC, e consequentemente, do Centro Saúde de Ourém. Este situa-se no extremo Noroeste do distrito de Santarém e responde às necessidades de saúde da população de todo concelho de Ourém, à exceção de Fátima, que tem uma estrutura de saúde autónoma. Este concelho estende-se por uma área de 416,5km², num total de 18 freguesias: Alburitel, Atougua, Casal dos Bernardo, Caxarias,

Cercal, Espite, Fátima, Formigas, Freixianda, Gondemaria, Matas, Nossa Senhora das Misericórdias, Nossa Senhora da Piedade, Olival, Ribeira do Fárrio, Rio de Couros, Seiça e Urqueira.

As população-alvo são dez famílias carenciadas, abrangidas pelo Rendimento Social de Inserção do Concelho Ourém. Dia 11 Março foi realizado uma reunião com o Núcleo Local de Rendimento Social onde este identificou dez famílias que necessitam de intervenções de saúde por parte do Enfermeiro Comunitário. Verifica-se como problemas de maior destaque a Higiene Insuficiente, a Falta de Comportamentos de Procura de Saúde e a Alimentação Inadequada. Neste projeto direcionarei a minha intervenção para a capacitação de boas Práticas de Higiene Pessoal e Doméstica.

2.2 - FINALIDADE, OBJETIVOS E PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES

Após análise das referenciações juntamente com o Núcleo Local de Inserção, as famílias serão contactadas e será realizado uma sessão sobre a importância da Alimentação Saudável e da Higiene Pessoal e Doméstica como medidas Promotoras de Saúde e Prevenção da Doença. Posteriormente, será agendado semanalmente uma Visitação Domiciliária envolvendo Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e o Núcleo para desenvolver o processo de cuidados em colaboração com as famílias. O espaço privilegiado de intervenção será o domicílio das famílias abrangidas pelo Rendimento Social de Inserção, ou nas Instalações da UCC, nomeadamente no gabinete multidisciplinar.

2.2.1 – FINALIDADE

Capacitar para Boas práticas de Higiene Pessoal e Doméstica em famílias beneficiárias do rendimento inserção social

2.2.2- ATIVIDADES PROPOSTAS/OBJETIVOS

O projeto deverá assentar num processo de acompanhamento das famílias que são abrangidas pelo Rendimento Social de Inserção. Na primeira fase do projeto é necessário levantar as famílias beneficiárias do RSI juntamente com a equipa de enfermagem. Igualmente é fundamental a reunião com o Núcleo Local de Rendimento Social para a identificação das famílias que vão ser alvo de intervenção em termos de saúde e gestão dos recursos familiares.

Desta forma será desenvolvido em três fases distintas:

FASE I

No caso concreto deste estudo, a maioria dos dados recolhidos relativos ao RSI, foram conseguidos através da base dados da UCC e pelo contato com o Núcleo Local de Rendimento de Inserção.

FASE II

Seguidamente e após os contatos com os parceiros sociais serão programadas as sessões de educação para a saúde às famílias do RSI, mediante os resultados obtidos no estudo.

Considerando como componentes essenciais na promoção de uma estrutura familiar saudável, emerge a necessidade de realização de sessões de educação, tendo por base as recomendações da OMS (2011), as Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e os Objetivos do Projeto de Intervenção.

FASE III

Prevê-se a construção de folhetos informativos de apoio para as sessões a realizar, bem como a elaboração de manuais educativos para as famílias sobre a gestão dos recursos familiares na alimentação e sobre as boas práticas de higiene pessoal e doméstica.

Com o presente projeto, foram planeadas as seguintes metas:

- Avaliar e intervir junto das famílias tendo por base o Modelo Teórico Enfermagem de Nola Pender;
- Educar/Treinar para umas boas práticas de Higiene Pessoal e Doméstica;
- Promover hábitos alimentares saudáveis de acordo com recursos familiares existentes;
- Orientar as famílias para o serviço social e trabalhar em parceria com outras entidades.

Os recursos a mobilizar quer humanos, quer materiais e os horários previstos estão no plano de atividades seguinte (QUADRO 2) e respetivo cronograma (ANEXO II).

QUADRO 2 – PLANO DE ATIVIDADES DO PROJETO: “FAMÍLIAS DE RISCO”

| O QUÊ (ATIVIDADE) | INDICADORES DE AVALIAÇÃO | QUEM | COMO | ONDE | QUANDO |
|---|---|---|---|--|----------------------|
| -Seleção população | - Famílias de Risco beneficiárias do RSI | Enfª Bruna | Contacto com parcerias (Núcleo Local de RSI) | UCC Ourém Gabinete do Núcleo da RSI | Semana 11/3 a 16/3 |
| Sensibilização para comportamentos de procura de saúde (gestão de recursos) | Ensinar sobre cuidados domésticos: rendimentos insuficientes; Orientar a família para o serviço social; Ensinar sobre comportamentos de procura de saúde através de sessões de saúde: Higiene pessoal; | Enfª Bruna | Equipamento informático, -Manual educativo; -Folhetos informativos; | UCC DE Ourém Visitação domiciliária | Durante todo Estágio |
| Reuniões da equipa | -Nº de reuniões realizadas | Equipa interdisciplinar da UCC Ourém | | Sala de Reuniões da UCC Ourém | Todas as 3ª Feiras |
| Referenciação e articulação com outros serviços de saúde | Nº de famílias beneficiárias do RSI identificadas em conjunto com o Núcleo Local de Rendimento de Inserção. | -Equipa interdisciplinar da UCC Ourém - Núcleo Local de Rendimento de Inserção | | UCC de Ourém | Durante todo projeto |
| Avaliação do projeto | Avaliação de todos os indicadores | Enfª Bruna | A definir | UCC de Ourém | Durante o Estágio |

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de intervenção teve o seu foco no delinear de estratégias com vista ao empoderamento em saúde da população da Freguesia Ourém, no contexto da promoção e capacitação das famílias face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento, contribuindo para a sua reabilitação familiar e social.

LUNARDI e SILVA (2005) referem que, o reconhecimento da família como de natureza complexa é pré-condição para compreender os seus problemas e ajudá-las no processo de produzir saúde mesmo quando se encontram em situações adversas. Deste modo, torna-se essencial a compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento das famílias no decorrer do ciclo vital, no sentido de maximizar o desenvolvimento de uma prática direcionada para a capacitação funcional da família face aos seus processos de transição.

No campo da enfermagem de família, os cuidados de saúde primários estão numa posição privilegiada e são atualmente chamados a intervir, contribuindo para melhorar a saúde das populações. Só é possível imaginar os cuidados de saúde primários se forem concebidos como uma rede estruturante da comunidade que se relaciona com ela de uma forma estrita.

Cabe aos enfermeiros especialistas nesta área, investir na promoção de saúde como uma possibilidade de centrar esforços nas capacidades e potencialidades do sistema, reduzindo custos em saúde.

Com o desenvolvimento deste projeto, foi possível interiorizar a ideia de que para obter efetividade nas intervenções, há que as sistematizar, percorrendo para isso as etapas do planeamento em saúde e da metodologia de projeto. Estes instrumentos, quando devidamente utilizados, constituem uma garantia na racionalização dos recursos disponíveis, cada vez mais escassos, de forma a obter ganhos em saúde com equidade e eficiência.

Neste sentido, é fundamental que os profissionais de saúde, com especial relevo ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária promovam uma mudança de comportamentos quer da parte das famílias, quer da própria comunidade, para que assim sejam possíveis ganhos em saúde.

HONORÉ (2002, p. 187) reforça ser necessário “um despertar da cidadania para fundar um projeto de saúde. Ser cidadão da sua saúde, é ter a capacidade de criticar os métodos

empregues pelos peritos. Agir de maneira mais comunitária. Para os peritos, trata-se de aceitar submeter os seus métodos e as suas técnicas a um debate público.”

Este projeto constituiu-se num processo vasto e complexo, sendo, no entanto, reconhecido por mim como uma “caminhada” para a compreensão deste fenómeno de capacitação em saúde na comunidade.

REFERÊNCIAS

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP. ACES - Serra de Aire - **Plano de Ação 2010-2012 da Unidade de Cuidados na Comunidade de Ourém**. Ourém 2012.

ASSEMBLEIA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA (2011) **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

BENNER, P. (2001). **De iniciado a perito**. Coimbra: Quarteto. Dezembro.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM (2011). **CIPE/ICNP Versão beta 2 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros

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

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SANTARÉM. Documento Orientador: Unidade Curricular – Estágio. Santarém. Autor.

FERNANDES, M.T. (2000). **Metodologia de Projeto**. Servir. Nº 47. Setembro/Outubro.Lisboa.

FRESE, B.T. (1998). Betty Neuman: modelo de Sistemas. In: TOMEY, A. M., ALLIGOOD, M. R. **Modelos y teorías en enfermería**. 5. ed. Madri: Elsevier Science. pp. 299 – 316.

FORTIN, M. (1999). **O processo de investigação: da concepção à realização**. 1ª Edição. Loures: Lusociência.

FORTIN, M. F., CÔTÉ, J. E VISSANDJÉE, B. (2000). **O processo de investigação: da concepção à realização**. 2ª Edição. Camarate: Lusociência.

GEORGE, J.B (2000). **Teorias de enfermagem**. 4. Edição. Porto Alegre: Artmed. Projeto de Estágio Rita Ribeiro Página 34

GIBSON, C.H.. (1991). **A concept analysis of Empowerment**. Journal of Advanced Nursing. ISSN 0309-2402. Boston. Vol. 16. N°3.). pp. 354 - 61.

GONÇALVES, CÉLIA; RAMOS, VÍTOR (2010). **Cidadania e Saúde: Um caminho a percorrer...** Escola Nacional de Saúde Pública/ UNL. Outubro.

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

HONORÉ, B. (2002). **A Saúde em Projeto**. Loures. Lusociência.

IMPERATORI, E.; GIRALDO, M. (1993). **Metodologia do Planeamento em Saúde**. 3ª Edição. Obras avulsas: Lisboa. pp.21 - 32.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA: **Censos 2001**. Lisboa: INE, 2003. ISBN 972-673-602-1

JEREMIAS E RODRIGUES (2010). **O Cuidar de Enfermagem ao Cliente Comunidade**. Revista Nursing. Novembro. pp. 12-17 ISSN 0871-6196.

LAST, JM. (2001). **A Dictionary of epidemiology**. 4ª Edition. Oxford, Oxford University.

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

OMS (1978). **Carta de OTTAWA para a Promoção da Saúde: Canadá**. Organização Mundial de Saúde.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Caderno Temático do Modelo de Desenvolvimento Profissional**. Conselho de Enfermagem.).

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

PEREIRA, FILIPE (2006). **Relatório: Considerações diagnósticas**. RMDE- Porto.

PEREIRA, FILIPE (2007). **Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Estudo empírico sobre Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem.** Tese de Doutoramento. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direcção Geral de Saúde (2011). **Plano Nacional de Saúde 2011-2016.** Lisboa: Ministério da Saúde.

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Unidade Missão Cuidados Saúde Primários - **Equipa de Cuidados Continuados Integrados: orientações para a sua constituição nos centros de saúde.** Lisboa: Ministério da Saúde. 2007.

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde – **Programa Nacional de Prevenção e controlo da Diabetes.** Lisboa: DGS. 2008. ISBN 978-972-675-180-9.

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Observatório Português dos Sistemas de Saúde – **Relatório Primavera 2009.** Lisboa. 2009.

SILVA, L. F. (2004). **Sócio-antropologia da Saúde. Sociedade, Cultura e Saúde/Doença.** Lisboa, Universidade Aberta.

STANHOPE, M. & LANCASTER, J. (2011). **Enfermagem de Saúde Pública.** 7^a Edição. Loures: Lusodidacta.

VITORINO, P.; *et al* (2001). **Os enfermeiros em cuidados de saúde primários.** Revista Portuguesa de Saúde Publica. Vol 2. p. 75-82.

ZACUS, J. D. L. & LYSACK, C.L. (1998). "Revisiting community participation". **Health Policy and Planning.** Vol.13 Nº 1. pp. . 1-12

ANEXOS

ANEXO I – PLANEAMENTO ATIVIDADES ESTÁGIO

QUADRO 3 – PLANEAMENTO DE ATIVIDADES ESTÁGIO
OBJETIVOS GERAIS:

- Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Conceber estratégias de intervenção em cuidados especializados após a análise de situações de saúde/doença da família /comunidade em contexto transdisciplinar

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | UNIDADES DE COMPETÊNCIA | ATIVIDADES ESTRATÉGIAS | ONDE | QUEM | QUANDO |
|--|--|--|--------------------|---|----------------------------|
| 1 Compreender a estrutura orgânica e funcional da UCC Ourém e integrar a equipa multidisciplinar da UCC Ourém. | 1.1. Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade | 1.1 Reunião com equipa UCC Ourém (incluindo Enf. Coordenadora, Enf. Especialista e Professora Irene); 1.2 Visita guiada às instalações da Unidades de Saúde (UCC, USF, USCP): ☑ Espaço físico; ☑ Equipa de profissionais; ☑ Funcionamento da equipa interdisciplinar da UCC. | | Enf ^a Bruna | 27/02/2013 |
| 2 Conhecer a comunidade da área de abrangência da UCC Ourém, identificando necessidades em cuidados especializados e recursos de saúde | 2.1 Identificação e mobilização da literatura de suporte sobre o problema em estudo, no âmbito da Enfermagem Comunitária (consulta de programas de saúde, bases de dados, monografias, livros, revistas científicas, etc.) 2.2 Caracterizar sociodemograficamente da população do concelho de Ourém. 2.3 Analisar criticamente os Programas/Projetos de âmbito | | UCC Ourém | Enf ^a Bruna Enf ^a Clarisse Fonseca | 04/03/2013 – 11/03/2013 |
| | | | Projeto de Estágio | Enf ^a Bruna | |

| | | | | | |
|--|---|---|-----------|------------|---------------------|
| | <p>comunitário da UCC Ourém, que contribuem para a consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.</p> <p>2.4 Conhecimento da articulação existente entre a UCC e os parceiros comunitários, nomeadamente:</p> <p>2.411 Câmara Municipal de Ourém;</p> <p>2.412 Instituto de Emprego e Formação Profissional;</p> <p>2.413 Comissão de proteção de crianças e jovens (CPCJ);</p> <p>2.414 Projeto de Intervenção Precoce (PIPE);</p> <p>2.415 Núcleo Local de Rendimento Social de Inserção;</p> <p>2.416 Segurança Social;</p> <p>2.117 Estabelecimentos de Ensinos;</p> <p>2.418 Polícia de Segurança Pública;</p> <p>2.420 Instituições Particulares de Solidariedade Social.</p> <p>24.2 Participação nas reuniões com os diferentes parceiros comunitários.</p> <p>2.5 Pesquisar/consultar registos informáticos, bibliográfica e documentos do serviço (plano de ação, programa SINUS/SAPE, outros);</p> <p>2.6 Construção do Projeto de Estágio;</p> <p>2.7 Reunião com Professora Orientadora.</p> | | UCC Ourém | Enfª Bruna | Ao longo do Estágio |
| 3 Desenvolver competências no âmbito da enfermagem comunitária, Integrando | 1.2. Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade | 3.1 Colaboração e participação ativa nas atividades da UCC Ourém, em contextos da | | | Ao longo do Estágio |

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|------------------|
| <p>projetos da carteira de serviços unidade, na especificidade da comunidade de Ourém</p> | | <p>enfermagem comunitária, na sua carteira de serviços: 3.1.1 Visitação Domiciliária de famílias em risco; 3.1.2 Sessões Promotoras de Saúde a Famílias em Risco abrangidas pelo RSI, nomeadamente: -Higiene pessoal; -Gestão Recursos Familiares; -Promoção Comportamentos Procura de Saúde; 3.1.3 Reunião e colaboração com o Núcleo Local de Rendimento Social de Inserção; 3.1.4 Referir/Orientar rendimentos insuficientes à segurança Social; 3.2 – Aplicação do Modelo Dinâmico de Avaliação Familiar FIGUEIREDO (2009); 3.3 – Avaliar o procedimento de sinalização de famílias em risco pela UCC.</p> | <p>UCC Ourém; Visitação Domiciliária;</p> | <p>Enfª Bruna Enfª Clárisse Fonseca Enfª Fátima Lopes</p> | <p>A Definir</p> |
|---|--|---|--|---|------------------|

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|----------------------------|
| <p>4 Treinar competências no domínio da prática de enfermagem no SAPE</p> | <p>1.3. Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas</p> | <p>4.1 Conhecer a dinâmica e funcionalidade do SAPE; 4.2 Pesquisar/consultar o Manual do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem; 4.3 Manusear o SAPE; 4.4 Registrar os cuidados de enfermagem no SAPE; 4.5 Pesquisar/consultar a CIPE.</p> | <p>UCC Ourém</p> | <p>Enf^a Bruna</p> | <p>Ao longo do Estágio</p> |
| <p>5 Conceber um projeto em Enfermagem Comunitária, com base em metodologia do Planeamento em Saúde</p> | | <p>5.1 Desenvolver o estudo comparativo das famílias em risco abrangidas pelo RSI e conhecimentos apreendidos antes e pós as sessões de intervenção enfermagem planeadas; (Elaborar formulários de preenchimento pré e pós sessões sobre conhecimentos assimilados); 5.11 Pesquisar/consultar as fichas de referênciação; 5.12 Interagir com Núcleo Local Rendimento Social de Inserção; 5.2 Pesquisar/consultar bibliografia; 5.3 Utilizar suporte informático (data show, computador portátil).</p> | <p>UCC Ourém Visitação Domiciliária</p> | <p>Enf^a Bruna Enf^a Clárisse Fonseca</p> | <p>Ao longo do Estágio</p> |

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|------------------|
| <p>6 Desenvolver estratégias de envolvimento da comunidade na construção/promoção do seu projeto de saúde, tendo em conta as suas especificidades culturais.</p> | <p>1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados</p> <p>G1.5.Avalia programas e projetos com vista à resolução dos problemas identificados</p> | <p>6.1 – Sessões formativas sobre: - Higiene Pessoal; - Gestão de Recursos Familiares; - Promoção Comportamentos de Procura de Saúde. 6.2 - Pesquisar/consultar de bibliografia; 6.3 - Utilizar suporte informático (data show, computador portátil).</p> | | | |
| <p>7 Identificar, conceber, planear e implementar nos programas e projetos de intervenção com vista à consecução de projetos de saúde de grupos e/ou comunidade, tendo em conta as suas especificidades culturais</p> | <p>2.1 Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.</p> <p>2.2 Integra nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais.</p> <p>2.3 Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidades.</p> | <p>7.1 Participar nas ações do plano de ação da rede social; ☑ Reuniões com os diversos parceiros com vista à reformulação e atualização do Pré-Diagnóstico Social, nomeadamente: ✓ Gabinete de inserção profissional; ✓ Educação; ✓ Saúde; ✓ Segurança Social; ✓ Associação de lares.</p> <p>7.11 Elaboração do Diagnóstico Social de Ourém; 7.12 Pesquisar/consultar o Pré Diagnóstico Social (2010) e Plano de Ação 2011 do Concelho Local de ação Social de Ourém.</p> <p>7.2 Participar nas</p> | <p>UCC Ourém Câmara Municipal de Ourém Segurança Social Ourém Instalações do Núcleo de Rendimento Social de Inserção</p> | <p>Enfª Bruna Enfª Clarisse Fonseca</p> | <p>A definir</p> |

| | | | | | | |
|---|---|---|--|------------------------------|------------|---------------------|
| | | <p>atividades desenvolvidas pelo Núcleo Local de Inserção:</p> <p>7.2.1 Conhecimento do plano de ação do Núcleo Local de Inserção;</p> <p>7.2.2 Conhecimento do relatório de atividades dos Núcleos de Locais de Inserção;</p> <p>7.2.3 Elaboração do Diagnóstico dos Núcleos de Locais de Inserção;</p> <p>7.3 Realizar sessões formativas a pessoas em situação de riscos, vulnerabilidade e dependência.</p> <p>7.6 Pesquisar/consultar de bibliografia;</p> <p>7.7 Utilizar suporte informático (data show, computador portátil).</p> | | | | |
| <p>OBJETIVO GREAL:</p> <p>✓ Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.</p> | | | | | | |
| 8 | Mobilizar as competências desenvolvidas em ação e os resultados do projeto desenvolvido, sustentando-as na natureza da enfermagem | 4.1. Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica | 8.1 Elaborar o relatório, tendo por base a Prática Baseada na Evidência com recurso à metodologia científica; 8.2 Seminário intermédio para partilha de | UCC Ourém ESS Santarém | Enfª Bruna | Ao longo do Estágio |

| | | | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|--|--|
| <p>avançada</p> <p>9 Promover o desenvolvimento pessoal e profissional, numa perspetiva de melhoria da qualidade dos cuidados</p> | | <p>informação e esclarecimento de dúvidas;</p> <p>9.1 Refletir ética e criticamente o percurso efetuado com recurso à revisão sistemática;</p> <p>9.2 Seminário final;</p> <p>9.3 Entrega do Relatório;</p> <p>9.4 Defesa pública;</p> <p>9.5 Pesquisar/consultar bibliografia de suporte;</p> <p>9.6 Consultar as bases de dados em saúde e programas de saúde</p> | <p>UCC Ourém ESS Santarém</p> | | |
|---|--|---|---------------------------------------|--|--|

| | | | | | |
|--|---------------------------|---|--|-------------------|----------------------------|
| <p>OBJETIVO GERAL:</p> <p>✓ Enquadrar a teoria na prática clínica.</p> | | | | | |
| <p>10 Cooperar na promoção da saúde no projeto Famílias em Risco</p> | <p>Promoção da saúde.</p> | <p>Identificar Famílias em Risco em Ourém abrangidas pelo RSI;</p> <p>Visita e parceira com o Núcleo Local Rendimento Social de Inserção;</p> <p>Visitação Domiciliária</p> | <p>UCC Ourém Núcleo Local de Rendimento Social de Inserção</p> | <p>Enfª Bruna</p> | <p>Ao Longo do Estágio</p> |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | | <p>às Famílias Sinalizadas como de Risco;</p> <p>Realização de ensinios e intervenções ajustadas às necessidades;</p> <p>Proceder ao registo informático no SAPE.</p> | | | |
|--|--|---|--|--|--|

ANEXO II - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

**UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO E RELATÓRIO
CRONOGRAMA DE ATIVIDADES**

CURSO: Mestrado em Enfermagem Comunitário

ALUNO: Bruna Morgado das Neves

LOCAL DO ESTÁGIO: ACES Serra d' Aire, UCC Ourém

INICIO: 25 de Fevereiro

ORIENTADORA: Professora Irene Santos

ENFERMEIRA COOPERANTE: Enfermeira Clárisse Fonseca;
Enfermeira Fátima Lopes

| MESES | FEV | MARÇO | | | | ABRIL | | | | MAIO | | | | JUNHO | | | | JULHO | |
|--|----------|--------|----------------|----------------|----------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------|---------|
| ACTIVIDADES | 25 | 4 | 11 | 18 | 22 | 8 | 15 | 22 | 29 | 6 | 13 | 20 | 27 | 3 | 10 | 17 | 24 | 1 | 8 |
| SEMANAS | A 1/3 | A 8 | A 15 | A 22 | A 7/4 | A 12 | A 19 | A 26 | A 3/5 | A 1 0 | A 17 | A 24 | A 31 | A 7 | A 14 | A 21 | A 28 | A 5 | A 12 |
| Reunião com o Enfermeiro Cooperante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reunião com a Professora orientadora da ESS Santarém | 27 | | | 21 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pesquisa consulta de documentação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Revisão bibliográfica inicial (enquadramento do problema) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Construção do projeto de estágio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Participação no Projeto RSI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração das sessões formativas no âmbito dos programas da UCC | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Parceria com a rede social | | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Parceria com o Núcleo Locais de Inserção | | | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Visitação Domiciliária | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reuniões com a equipa interdisciplinar | | | 3 ^a | 3 ^a | | 3 ^a | 3 ^a | 3 ^a | 3 ^a | 3 ^a | 3 ^a | 3 ^a | 3 ^a | 3 ^a | 3 ^a | 3 ^a | 3 ^a | | |
| Seminário intermédio na ESS Santarém | | | | | | | | 26 | | | | | | | | | | | |
| Divulgação do estudo comparativo à equipa interdisciplinar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identificação/mobilização de leitura de suporte | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seminário final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboração e entrega do relatório | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANEXO II – FOLHETOS INFORMATIVOS ENTREGUES NAS EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE;

Não se esqueça...

- ✓ Coma devagar e mastiga bem os alimentos;
- ✓ Não passe mais de três horas e meia sem comer;
- ✓ Siga as orientações da roda dos alimentos;
- ✓ A água é imprescindível à sua vida;
- ✓ Evite bebidas com açúcar ou álcool;
- ✓ Lave os dentes (pelo menos 2 vezes ao dia, de manhã e ao deitar);
- ✓ Pratique exercício físico regularmente;
- ✓ Lave bem as mãos antes das refeições;

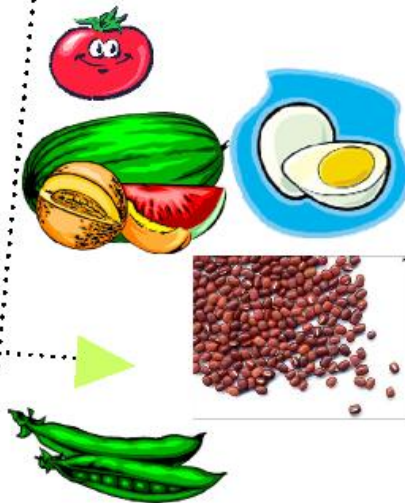


Lembra-se que,

uma Alimentação Saudável é:

😊 **VARIADA**

😊 **EQUILIBRADA!**



Projeto Saúde Para Todos!

Alimentação Saudável

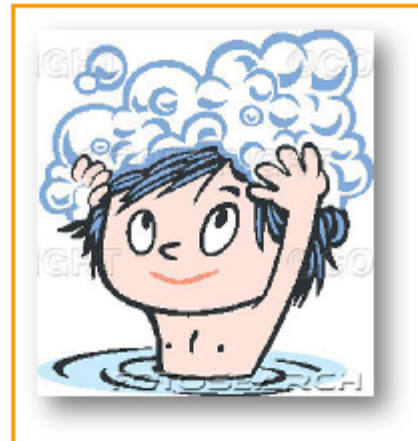


HIGIENE PESSOAL

· A higiene é o conjunto de meios para manter as condições favoráveis à saúde.

· Os hábitos de higiene diários incluem não só a lavagem corporal mas também o tipo de alimentação, vestuário e calçado, a postura no dia-a-dia, as horas de sono diárias e a prática de exercício físico

NÃO SE ESQUEÇA:



Escove os Dentes pelo menos 2 vezes por DIA!

Tome Banho todos os DIAS!

Use Desodorizante **Lave e Penteie os Cabelos!**

Use Roupas **Lave as Mãos e Corte as Unhas**

Durma o nº Horas Adequadas!

Mantenha os Sapatos e Pés Lavados e Limpos

ANEXO III - ARTIGOS SELECIONADOS SEGUNDO O PROTOCOLO DE PESQUISA

ORIGINAL ARTICLE

Assessment of health, well-being and social connections: A survey of women living in Western Sydney

Rhonda Griffiths RN CM B.Ed(Nursing) M.Sc(Hons) DrPH

Professor, Director, South Western Sydney Centre for Applied Nursing Research, University of Western Sydney, Penrith South Distribution Centre, and South Western Sydney Area Health Service, Liverpool, New South Wales, Australia

Jan Horsfall RN BA(Hons) MA(Hons) PhD

Senior Lecturer, University of Western Sydney, Penrith South Distribution Centre, New South Wales, Australia

Margo Moore RN BA(Hons) MPH

Area Coordinator of Women's Health, South Western Sydney Area Health Service, Liverpool, New South Wales, Australia

Di Lane RN BA

Program Manager of Women's Health, South Western Sydney Area Health Service, Liverpool, New South Wales, Australia

Veronica Kroon RN CN BA Cert.

Clinical Nurse Consultant of Women's Health, South Western Sydney Area Health Service, Liverpool, New South Wales, Australia

Rachel Langdon BAppSci BA(Hons)

Research Assistant, South Western Sydney Centre for Applied Nursing Research, University of Western Sydney, Penrith South Distribution Centre, and South Western Sydney Area Health Service, Liverpool, New South Wales, Australia

Accepted for publication 4 May 2006

Griffiths R, Horsfall J, Moore M, Lane D, Kroon V, Langdon R. *International Journal of Nursing Practice* 2007; 13: 3–13
Assessment of health, well-being and social connections: A survey of women living in western sydney

Strengthening the physical and social environment has been shown to support health and strengthen community action for health. In an attempt to improve the social factors that influence the health of individuals and the community, community interventions increasingly include strategies to build networks and social capital and develop resilience. This study was undertaken to identify the most appropriate strategies to strengthen friendships and the social support networks for women aged 18–39 years living in Villawood, an area of high disadvantage in South Western Sydney, Australia. Although the majority reported positively on their health, one-third reported feeling isolated, experienced low energy levels and felt unhappy and anxious over the past month. Women who described themselves as unemployed felt more isolated than women in home duties. Women who were employed or engaged in home duties had more contact with neighbours, and had more in common with their neighbours. Those who reported more contact with their neighbours perceived their mental health

Correspondence: Rhonda Griffiths, SWS Centre for Applied Nursing Research, Locked Bag 7103, Liverpool BC, NSW 1871, Australia. Email: rhonda.griffiths@swsahs.nsw.gov.au

doi:10.1111/j.1440-172X.2006.00606.x

© 2006 The Authors
 Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Asia Pty Ltd

RESEARCH PAPER

Building social capital with women in a socially disadvantaged community

Rhonda Griffiths AM RN CM B.Ed(Nursing) MSc(Hons) Dr.PH

Professor, Head, School of Nursing & Midwifery, University of Western Sydney, Penrith South Distribution Centre, Sydney, New South Wales, Australia

Jan Horsfall RN BA(Hons) MA(Hons) PhD

Senior Lecturer, University of Western Sydney, Penrith South Distribution Centre, Sydney, New South Wales, Australia

Margo Moore RN BA(Hons) MPH

Area Coordinator Women's Health, South Western Sydney Area Health Service, Liverpool, New South Wales, Australia

Di Lane RN BA

Program Manager Women's Health, South Western Sydney Area Health Service, Liverpool, New South Wales, Australia

Veronica Kroon RN CN BA

Cert. Women's Health Nursing, Clinical Nurse Consultant Women's Health, South Western Sydney Area Health Service, Liverpool, New South Wales, Australia

Rachel Langdon BAppSci BA(Hons)

Research Assistant, South Western Sydney Centre for Applied Nursing Research, University of Western Sydney, Penrith South Distribution Centre, Sydney and South Western Sydney Area Health Service, Liverpool, New South Wales, Australia

Accepted for publication February 2009

Griffiths R, Horsfall J, Moore M, Lane D, Kroon V, Langdon R. *International Journal of Nursing Practice* 2009; 15: 172–184

Building social capital with women in a socially disadvantaged community

Individual and community health outcomes are strengthened by friendships and social support networks. Community interventions aimed at improving the social factors that influence the health of individuals and communities increasingly include strategies to develop resilience through building networks and social capital. The study reported here used a cross-sectional survey design, administered at two time points, to measure the effect of a community capacity-building programme implemented by Women's Health Nurses. Data described and where possible measured women's perceptions of their physical and mental well-being, friendships and support networks, community connectedness and participation, safety, and knowledge of and access to local community services. The follow-up survey also measured the impact of specific community development initiatives. Overall, findings of both surveys were consistent, with some notable exceptions. For example, at follow up there was a significant improvement in mental health indicators and fewer women believed their physical or emotional problems imposed a considerable burden on their daily activities. They also believed

Correspondence: Rachel Langdon, SWS Centre for Applied Nursing Research, Locked Bag 7103, Liverpool BC, NSW 1871, Australia. Email: rachel.langdon@sswshls.nsw.gov.au

© 2009 Blackwell Publishing Asia Pty Ltd

doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01742.x