



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**A IMPORTÂNCIA DOS SERVIÇOS DE EXTENSÃO  
NO ENSINO DE ENFERMAGEM**

A experiência do Centro de Enfermagem da Católica

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem na especialidade de Educação em Enfermagem

por

**João Daniel Neves Amado**

Instituto de Ciências da Saúde

Setembro de 2017





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**A IMPORTÂNCIA DOS SERVIÇOS DE EXTENSÃO  
NO ENSINO DE ENFERMAGEM**

A experiência do Centro de Enfermagem da Católica

THE IMPORTANCE OF EXTENSION SERVICES IN NURSING EDUCATION

The experience of the Centro de Enfermagem da Católica

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem na especialidade de Educação em Enfermagem

Por **João Daniel Neves Amado**

Sob a orientação de Prof.<sup>a</sup> Doutora Margarida Maria da Silva Vieira

Instituto de Ciências da Saúde

Setembro de 2017



## RESUMO

Desde Nightingale, o ensino da enfermagem sistematizado promove a aquisição de competências dos estudantes tanto pelo ensino teórico como pelo ensino clínico. Neste, o número de horas e o modelo de supervisão adotados foram sendo alterados ao longo do tempo, sendo mais relevantes o acompanhamento dos estudantes na componente prática recorrendo à supervisão direta do docente, à supervisão pelo enfermeiro do local da prática, ao mentorado ou integração em Unidades Dedicadas à Educação.

Com a integração do ensino de enfermagem no ensino superior, a par da formação dos estudantes, as unidades de ensino devem dar resposta à missão de investigação e de extensão comunitária. Em estudos anteriores, sobre contextos e estratégias de ensino clínico em enfermagem, verificou-se a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a contribuição que um serviço de extensão poderia ter no ensino. Para prosseguir esse objetivo analisou-se a criação e desenvolvimento do Centro de Enfermagem da Católica (CEC) como serviço de extensão da Escola de Enfermagem – Porto (UCP) e o seu contributo específico para o ensino de enfermagem.

A presente investigação baseou-se no método de estudo de caso e incidiu sobre os dez anos de atividade do CEC (2007-2017). Neste percurso, foram utilizadas fontes documentais associadas ao CEC e conteúdos das entrevistas realizadas a intervenientes chave. Foram utilizadas duas bases teóricas: a proposta por Imogene King, que identifica a Estrutura dos Sistemas de Interação como articulação dinâmica dos sistemas entre si; e a proposta por David Kolb, que defende que a aprendizagem decorre da transformação da experiência. A primeira teoria é proposta como um conjunto que integra desde o indivíduo até aos sistemas sociais ou comunidades em que se insere e onde se espera encontrar a relação enfermeiro-cliente. A segunda emana do pressuposto de que cada indivíduo tem potencial de desenvolvimento e o mesmo pode ser promovido pelo uso do pensamento reflexivo.

Os resultados indicam que o CEC, ao ser criado como serviço de extensão para ser local de ensino clínico, promoveu a adequada resposta às necessidades de aprendizagem dos estudantes. Este serviço integra em simultâneo apoio ao ensino, apoio à investigação, prestação de serviços e assessoria. Verificou-se que esta integração permitiu a inovação e orientação das várias vertentes mantendo o alinhamento com a missão, os valores e a visão da instituição em que se insere. Pela atividade realizada nos 10 anos sobressai a aposta na capacitação dos clientes e comunidades mais vulneráveis. A intervenção tem sido realizada através de projetos de intervenção comunitária que responderam adequadamente às exigências do ensino e investigação, com potencial de melhoria na sistematização do impacto e dos resultados.

Decorre do presente estudo a proposta de integrar no apoio ao ensino a componente do mentorado (também pelos pares); no apoio à investigação um reforço da investigação-ação de *Community-based Research*. Estas propostas reforçarão o objetivo de produzir e mobilizar conhecimento na e com as comunidades como resposta aos problemas nela encontrados.

Palavras-chave: Educação em enfermagem; Extensão Universitária; Estudo de Caso;  
Ensino Clínico; Community-based Research



## ABSTRACT

Since Nightingale, systematized nursing education has encouraged the acquisition of students' competencies through theoretical and clinical teaching. In this process, the number of hours and the supervision model adopted has changed over time. The most important, the monitoring of students in the practical component, can be done by using the direct supervision of the teacher, by the nurse in the place of the practice, mentoring or integration in Dedicated Education Units.

The integration of nursing education in higher education has brought, along with the training of students, the obligation of educational units to research and reach out to the community. Previous studies into nursing clinical teaching contexts and strategies had demonstrated the need to deepen the knowledge of the contribution to teaching that an outreach service could have. The Porto nursing School (UCP) created and developed a Catholic Nursing Centre (CEC) as an extension service. This process was analysed regarding its specific contribution to nursing teaching.

The present research was based on a case study and focused on the ten years of CEC activity (2007-2017). Sources related to CEC as well as the contents from interviews with key players were considered in the research documentary. Two theoretical bases were used: Imogene King's theory which identifies the structure of interaction systems as a dynamic articulation of the systems between them; David Kolb's theory which argues that learning stems from the transformation of experience. The first theory is proposed as one that integrates the individual to the social systems or communities in which the nurse-client relationship is found. The second emanates from the assumption that an individual has the potential for development which is encouraged by reflective thinking.

The results indicate that the creation of CEC as an extension service and a place of clinical nursing teaching, was an adequate response to students' learning needs. It was also seen that this service, supports research, nursing services, and counselling, while integrating support for teaching. This also allowed the innovation and orientation in line with the institution's mission, values, and vision. In the ten years of this activity which were studied, it is evident that it empowered the most vulnerable clients and communities. This empowerment was based on community intervention projects that adequately respond to the teaching and research requirements. It is also evident that the intervention highlighted the potential for improvement in the systematization of the impact and results.

The purpose of this study is to integrate the mentoring component (also within peers) into teaching support; in research support, to reinforce Community-based Research with the aim of producing and mobilizing knowledge in and with communities as a response to the problems found.

Keywords: Nursing Education; University Extension; Case study; Clinical Teaching;  
Community Based Research



*À família:*  
criação...  
nascimento e educação...  
capacitação e apoio...  
desenvolvimento profissional...  
... gratidão e saúde!



Um agradecimento particular  
à Prof.<sup>a</sup> Doutora Margarida Vieira, pela orientação desta tese  
e a todos os que para ela também contribuíram.



## ACRÓNIMOS e SIGLAS

AES	Ação de Educação para a Saúde
CAE	Classificação das Atividades Económicas Portuguesas por ramos de atividade
CEC	Centro de Enfermagem da Católica (Porto)
CEC-Lisboa	Centro de Enfermagem da Católica – Lisboa
CEG	Curso de Enfermagem Geral
CERCI	Cooperativa de Educação e Reabilitação do Cidadão Inadaptado
CIIS	Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde
CLE	Curso de Licenciatura em Enfermagem
CLU	Collaborative Learning Unit (Unidade de Colaboração na Aprendizagem)
CRP	Centro Regional do Porto (da Universidade Católica Portuguesa)
DEU	Dedicated Educational Unit (Unidade Dedicada à Educação)
EC	Ensino Clínico
ECTS	European Credit Transfer System
EE	Estudantes de Enfermagem
EE-Lisboa	Escola de Enfermagem – Lisboa
EE-Porto	Escola de Enfermagem – Porto
GIQE	Garantia Interna de Qualidade e Estratégia
GONR	Goal Oriented Nursing Record
ICS	Instituto de Ciências da Saúde
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
ODPS	Obra Diocesana de Promoção Social
PAIS	Projeto de Apoio e Intervenção em Saúde
PAIS-IS	Projeto de Apoio e Intervenção em Saúde - Instituições de Solidariedade
SAD	Serviço de Apoio Domiciliário
SED	Serviço de Enfermagem Domiciliária
SIGIQ	Sistema Interno de Garantia da Qualidade
SO	Serviço de Saúde Ocupacional
SWOT	<i>Strengths</i> (Forças), <i>Weaknesses</i> (Fraquezas), <i>Opportunities</i> (Oportunidades) and <i>Threats</i> (Ameaças)

TCO	Teoria da Consecução dos Objetivos
UCP	Universidade Católica Portuguesa
UDIP	Unidade para o Desenvolvimento Integral da Pessoa
UEE	Unidade de Ensino de Enfermagem
VIH/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

## Índice

Introdução .....	17
1 Enquadramento e justificação do estudo.....	21
1.1 Problemática: os contextos de ensino clínico na formação inicial em Enfermagem.....	21
1.2 Problema em estudo e objetivos .....	33
1.3 Quadro conceptual .....	35
1.4 Referências bibliográficas .....	40
2 Metodologia e desenho da investigação.....	45
2.1 O estudo de caso enquanto método .....	45
2.2 Desenho e estratégias utilizadas .....	50
2.3 Lista de fontes.....	53
2.4 Procedimentos formais e éticos.....	58
2.5 Referências bibliográficas .....	59
3 O caso em estudo: descrição e análise.....	63
3.1 Criação e desenvolvimento.....	63
3.2 Atividade desenvolvida.....	75
3.2.1 Organização de atividades.....	76
3.2.1.1 Projetos .....	76
3.2.1.2 Infraestruturas .....	89
3.2.2 Atividades de apoio ao ensino .....	93
3.2.3 Atividades de prestação de serviços .....	105
3.2.3.1 O início formal.....	105
3.2.3.2 Serviços específicos.....	109
3.2.3.3 Evolução da prestação de serviços .....	112
3.2.4 Atividades de apoio à investigação.....	114
3.2.5 Atividades de assessoria .....	117
3.2.5.1 Criação de conteúdos e apoio ao ensino .....	117
3.2.5.2 Apoio a atividades de parceiros.....	117
3.2.5.3 Planos de contingência Gripe A.....	118
3.2.5.4 Apoio à criação do Centro de Enfermagem da Católica-Lisboa.....	118
3.2.5.5 Sistema de registos para atividade similar .....	119
3.2.6 Divulgação da atividade .....	120
3.2.7 Recursos Humanos .....	120
3.3 Autoavaliação.....	123
3.4 Referências bibliográficas .....	150
4 Síntese de resultados .....	153
5 Perspetivas de desenvolvimento .....	167
5.1 Referências bibliográficas .....	177
Conclusão.....	181
Bibliografia.....	185



## Índice de Figuras

Figura 1 - Sistema das Interações de I. King (1981) .....	36
Figura 2 - Modelo organizativo do CEC (Fonte 1) .....	65
Figura 3 - Representação temporal dos projetos e sub-projetos do CEC .....	87
Figura 4 - Análise SWOT CEC (Fonte 22) .....	88
Figura 5 - Representação gráfica da população referenciada em publicações associadas ao CEC .....	116
Figura 6 - Análise da implementação do CEC no ensino de enfermagem na UCP-Porto, à luz do modelo de Imogene King .....	154

## Índice de Diagramas

Diagrama 1 - Avaliação do CEC   Conhecimento pessoal decorrente das atividades .....	130
Diagrama 2 - Avaliação CEC   Conhecimento - dúvidas ou opiniões erróneas - possíveis causas - espaço físico .....	131
Diagrama 3 - Conhecimento - dúvidas ou opiniões erróneas - possíveis causas - informação deficiente .....	132
Diagrama 4 - Conhecimento - dúvidas ou opiniões erróneas - possíveis causas - relação .....	135
Diagrama 5 - Conhecimento - dúvidas ou opiniões erróneas - possíveis causas .....	136
Diagrama 6 - Avaliação do CEC   Propostas de melhoria .....	137
Diagrama 7 - Avaliação do CEC   Propostas de melhoria   Divulgação .....	138
Diagrama 8 - Avaliação do CEC   Propostas de melhoria   Gestão .....	138
Diagrama 9 - Avaliação do CEC   Propostas de melhoria   Serviços .....	141
Diagrama 10 - Avaliação do CEC   Propostas de melhoria   Voluntariado .....	142
Diagrama 11 - Avaliação do CEC   Conhecimento por opinião dos estudantes .....	144
Diagrama 12 - Avaliação do CEC   Conhecimento do CEC   Atividades de apoio ao ensino ..	145
Diagrama 13 - Avaliação do CEC   Propostas de desenvolvimento e melhoria - Ensino .....	146
Diagrama 14 - Avaliação do CEC   Conhecimento - dúvidas ou opiniões erróneas - e “não referência” dos docentes .....	149

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Relação de estudantes por ano e EC no CEC (2007-2016) .....	95
Tabela 2 - Resumo de avaliações SIGIQ   EC I .....	99
Tabela 3 - Resumo de avaliações SIGIQ   EC V .....	99
Tabela 4 - Atividades diversas   Projeto Mais Saúde 2008-2009 .....	106
Tabela 5 - Inquéritos Qualidade de Vida   Projeto Mais Saúde 2008-2009 .....	106
Tabela 6 - Diagnóstico ODPS   Projeto Mais Saúde 2008-2009 .....	106
Tabela 7 - Atividades realizadas no âmbito do sub-projeto Enfermeiro na Escola 2008-2009 ....	106
Tabela 8 - Atividades realizadas no âmbito da atuação em Juntas de Freguesias e Paróquias 2008-2009 .....	107
Tabela 9 - Atividades Superar a Solidão Grupo CEC   2008-2009 .....	107
Tabela 10 - Atividades Superar a Solidão Grupo Juntas de Freguesia e Paróquias   2008-2009	107
Tabela 11 - Resumo de abrangência de ações de intervenção comunitária do CEC .....	114
Tabela 12 – Publicações com associação ao CEC .....	115
Tabela 13 – Alvo referenciado nas publicações associadas ao CEC .....	116
Tabela 14 - Tipo de investigação realizada nas publicações associadas ao CEC .....	117
Tabela 15 - Relação respondentes da avaliação CEC .....	124
Tabela 16 - Comparação de percentagens de respostas à Avaliação do CEC entre <i>Alumni</i> e Estudantes .....	159

## Apêndices

Apêndice I - Análise aos relatórios dos estudantes do CLE dos anos 2007/2008 e 2008/2009

Apêndice II - Contagem de Atividades de Intervenção Comunitária dos projetos CEC

Apêndice III - Mapa resumo de conteúdo das entrevistas

## Introdução

---

A componente prática no ensino de enfermagem integra de forma muito presente a formação e desenvolvimento dos estudantes de enfermagem (EE) privilegiando a aquisição em contexto real das competências para a prestação de cuidados. As formas ou modelos de acompanhamento em ensino clínico (EC) adotados pelas escolas de enfermagem foram-se alterando ao longo do tempo, por um lado condicionadas pela legislação mas, por outro, dependendo também da decisão e recursos de cada escola ou instituição de ensino.

A pertinência deste estudo está intrinsecamente ligada à evolução do ensino de enfermagem e prende-se também com a necessidade das instituições de ensino superior complementarem as suas atividades de ensino e investigação com a terceira missão, para que respondam à componente de prestação de serviços e extensão comunitária, promovendo o desenvolvimento social e o bem comum (1).

A investigação que aqui se apresenta, realizada no âmbito do Curso de Doutoramento em Enfermagem, situa-se na área de especialização em Educação em Enfermagem e reúne, analisa, compara e discute os dados recolhidos no *estudo de caso* sobre o Serviço de Extensão do Instituto de Ciências da Saúde-Porto (ICS-Porto) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), denominado de Centro de Enfermagem da Católica (CEC), entre os anos de 2007 (data da sua criação) e 2017.

Pretende-se, assim, reportar, avaliar e translacionar o contributo e a importância que o caso específico “CEC” pode ter na aprendizagem dos estudantes e dos professores e na investigação aplicada, relacionada com o ensino de enfermagem.

No primeiro capítulo pretende-se enquadrar o estudo realizado através de três sub-capítulos. No *primeiro* faz-se uma breve abordagem à evolução do ensino de enfermagem assim como das estratégias usadas para promover a aquisição de conhecimentos no âmbito da prática clínica supervisionada no – atualmente denominado - Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE). São ainda salientadas as inovadoras formas de acompanhar os EE em EC. No *segundo* sub-capítulo enquadra-se o presente estudo salientando a sua inserção e especificidade na investigação já realizada por estudos anteriores e interligados ao de agora, no presente documento, apresentado. Ainda no segundo sub-capítulo são identificados os objetivos do presente estudo. No *terceiro* sub-capítulo abordam-se os referenciais teóricos propostos por Imogene King e David Kolb como mobilizadores de importantes contributos para a compreensão da temática.

No segundo capítulo são exploradas as particularidades do tipo de estudo escolhido – estudo de caso –, as fontes de informações recolhidas e analisadas assim como abordados os procedimentos formais.

No terceiro capítulo são descritos os resultados, isto é, a análise aprofundada do caso em estudo considerando as informações recolhidas e analisadas, que são apresentadas. Inicialmente, com base na progressão temporal e desenvolvimental do CEC faz-se referência à forma como o mesmo foi criado e se encontra estruturado assim como à forma do seu crescimento ao longo do percurso global e, posteriormente, com base nas áreas em que o mesmo tem tido intervenção, explicita-se a atividade de extensão, de apoio ao ensino e à

investigação, bem como o contributo para a formação dos colaboradores e a assessoria a outras instituições, nomeadamente para a criação do CEC-Lisboa.

No quarto capítulo são apresentadas as sínteses dos resultados da investigação realizada organizadas por área de atuação do CEC.

No quinto capítulo expõe-se a proposta que resulta da investigação realizada consubstanciada em perspetivas de desenvolvimento da atividade de extensão que pode ser operacionalizada no CEC.

Conclui-se este trabalho com uma reflexão sobre os ganhos de oportunidade e limitações deste estudo e a tese sobre “a importância dos serviços de extensão no ensino de enfermagem”.



# 1 Enquadramento e justificação do estudo

---

Para facilitar a compreensão do contexto de investigação aqui apresentada necessitamos de, em primeiro lugar, apresentar a problemática e o referencial teórico que a sustentam e justificam os objetivos do estudo.

## 1.1 Problemática: os contextos de ensino clínico na formação inicial em Enfermagem

Antes de mais torna-se adequado e necessário situar a problemática em estudo na evolução do ensino (teórico e prático) e o seu enquadramento na linha de investigação em que se insere e nos resultados que deram origem à sua realização.

### *Análise histórica da evolução do ensino de enfermagem*

Depois dos estudos de Collière, a análise histórica da prática de cuidados tem-se sistematizado em três vertentes: enfermagem enquanto atividade religiosa, dirigida aos indigentes, pobres e doentes sustentada no cuidado aos enfermos e auxílio aos mais necessitados (2); enfermagem enquanto atividade feminina decorrente do papel da mulher na família e na sociedade, mulher cuidadora que, em algum momento da sua vida, cuidará de uma criança ou incapacitado e, dessa

forma, ser considerada enfermeira (3) e a Enfermagem, enquanto atividade profissional e colaboradora do médico (4).

Outros estudos históricos, vêm demonstrando que a prática de cuidar dos enfermos ao longo do tempo foi sendo realizada por várias pessoas em vários contextos mas, de forma mais sistemática, encontramos registros de ordens e movimentos religiosos com essa finalidade e dedicação (2).

Depois da Guerra da Crimeia (1854/1855) Florence Nightingale defendeu o reconhecimento oficial da profissão ao afirmar que a mesma devia ser desenvolvida por mulheres de grupos sociais economicamente mais elevados e que detivessem determinados conhecimentos práticos, teóricos e valores éticos adquiridos numa instituição de ensino. Nightingale realizou um conjunto de observações, a que chamou de “dicas” sobre conhecimento de saúde pública e a sua aplicação em situações de doença. Nessas observações surge, em 1859, referência a que em enfermagem não se espera uma aprendizagem unicamente sustentada num “livro ou manual” mas que a mesma deve ser realizada em contexto prático (3). Neste sentido, em 1860, foi por ela criada a primeira escola, tal como era conhecido por todos os enfermeiros.

Nos finais do século XIX surge, em Portugal, a necessidade de uma formação organizada, feita emergir pelas administrações hospitalares. Em 1901 foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros em Lisboa, tendo sido, em 1920 criado o primeiro curso estruturado que contemplava aulas teóricas (com professores médicos) e ensino prático (com colaboração dos enfermeiros dos serviços clínicos). Da multiplicidade de realidades hospitalares foram sendo identificadas dificuldades na preservação da coerência e uniformidade dos cursos - e consequente ausência de relação entre a teoria e a prática (5).

Com a afirmação da enfermagem como profissão, mas totalmente dependente da formação realizada por médicos, instaurou-se o modelo biomédico centrado na

doença e no seu tratamento tendo o ensino sido crescentemente centrado na execução de técnicas.

No ano de 1942 surgem esforços no sentido da uniformização do Ensino de Enfermagem assim como as primeiras medidas para a regulação do exercício de enfermagem, através da proibição da prática do seu exercício sem a conclusão do curso de enfermagem (6).

Em 1947 o ensino de enfermagem é sujeito a uma remodelação e, entre outras modificações, o curso passava a ter dois anos, dois terços dos quais devendo ser estágio, evidenciando-se já a preocupação com a componente prática (7).

No ano de 1952 passaram a existir 3 cursos distintos – Curso de Enfermagem Geral (CEG), Curso de Auxiliares de Enfermagem e o Curso Complementar. O CEG passou a ter duração de 3 anos (Decretos-Lei n.º 38.884 e n.º 38.885 de 38 de Agosto de 1952) (8; 9) e contemplava aulas teóricas, práticas e estágios de frequência obrigatória. O ensino passou a ser ministrado apenas em Escolas de Enfermagem e reforça-se a formação dos Enfermeiros Monitores. No final do curso os alunos passam a ser sujeitos a um exame de Estado.

Há deste tempo registo da preocupação das escolas com os contextos de ensino prático. Em relato de uma visita feita à Escola dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Maria Amélia de Carvalho relata o que viu na “Enfermaria-Escola”, onde tinham sido feitas “modificações, limpezas e adaptações”, possibilidade de oferecer condições para um “estágio perfeito” às alunas. (10)

Em 1965 dá-se uma nova reforma no Ensino de Enfermagem (Decreto-Lei n.º 46.448/65, de 20 de Julho) (11) com a qual, entre as demais medidas, a **lecionação passa a ser feita por enfermeiros**, alteração esta que salienta a necessidade da altura em adequar cada vez mais a teoria e a prática no âmbito do ensino prático (12). Com esta reforma promoveu-se uma integração entre o ensino em sala de

aula e os estágios. Dela ainda se realça que os critérios para seleção dos locais de ensino prático passaram a ser das escolas e não das administrações hospitalares.

Em 1970 as escolas começaram a ter como objetivo não só o ensino mas também a investigação na área de enfermagem. Recorde-se que os Cursos Complementares, iniciados com a reforma de 1967 que levou à criação da Escola de Ensino de Administração de Enfermagem, já incluíam um trabalho final de investigação.

Em 1987 foi implementado o último plano de estudos uniforme para todas as escolas do país. Em 1988 o ensino de enfermagem integra-se no Ensino Superior Politécnico e, decorrente de novas exigências académicas, novas funções e aumento do número de estudantes, os docentes tiveram de reduzir o tempo despendido nos ensinamentos clínicos e recorrer à colaboração dos enfermeiros do local da prática para a colaboração na formação realizada no serviço (13; 14). As escolas passam a ter autonomia administrativa, técnica, científica e pedagógica e o CEG passa a conferir, após os seus 3 anos de formação, o grau de bacharel e reduz o peso do estágio no curso para um mínimo de 50% e máximo de 60% o que ainda se mantém (5; 15). Este conjunto de alterações nas escolas trouxe, nesta altura, uma heterogeneidade na formação em enfermagem dada a grande diferença na formação de cada um dos enfermeiros que, para cada escola, orientavam os estudantes possibilitando, também assim, uma maior diferença entre o que era lecionado e o que era praticado durante o EC (14).

Em 1998, é criada a Ordem dos Enfermeiros através do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril de 1998 (16). Ainda no mesmo ano, através da Portaria n.º 413-A/98, de 17 de Julho (17), são criadas as condições para o surgimento da Licenciatura em Enfermagem o que foi posteriormente confirmado com o Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro (18).

Com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98, de 4 de Dezembro concretiza-se a formação de acesso a um curso com a duração de 4 anos –

licenciatura - sendo que a componente de ensino clínico não pode ter duração inferior a metade da carga horária do curso (19).

A Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro de 2005, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais vem regular que, na comunidade Europeia,

*A formação de enfermeiro responsável por cuidados gerais compreende, pelo menos, três anos de estudos ou 4 600 horas de ensino teórico e clínico, representando a duração do ensino teórico pelo menos um terço e a do ensino clínico pelo menos metade da duração mínima da formação. Os Estados-Membros poderão conceder dispensas parciais a pessoas que tenham adquirido parte dessa formação no âmbito de outras formações de nível pelo menos equivalente. (artigo 31º, nº 3) (20).*

E caracteriza o ensino clínico como:

*(...) a vertente da formação em enfermagem através da qual o candidato a enfermeiro aprende, no seio de uma equipa e em contacto directo com um indivíduo em bom estado de saúde ou doente e/ou uma colectividade, a planejar, dispensar e avaliar os cuidados de enfermagem globais requeridos, com base nos conhecimentos e competências adquiridas. O candidato a enfermeiro aprende não só a trabalhar em equipa, mas também a dirigir uma equipa e a organizar os cuidados de enfermagem globais, incluindo a educação para a saúde destinada a indivíduos e a pequenos grupos no seio da instituição de saúde ou da colectividade. (artigo 31º, nº 5) (20)*

É aqui que a passagem da orientação do ensino clínico para os enfermeiros das instituições se começa a legitimar, afirmando o mesmo documento:

*Este ensino será ministrado em hospitais e outras instituições de saúde e na colectividade, sob a responsabilidade de enfermeiros docentes e com a cooperação e a assistência de outros enfermeiros qualificados. Outros profissionais qualificados poderão ser integrados no processo de ensino. (20)*

*Os candidatos a enfermeiro participarão nas actividades dos serviços em causa, desde que tais actividades contribuam para a sua formação e lhes permitam aprender a assumir as responsabilidades que os cuidados de enfermagem implicam. (artigo 31º, nº 5) (20).*

Esta Diretiva veio a ser alterada pela 2013/55/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de novembro de 2013, reforçada também no artigo 31º, que passa a referir a possibilidade de esse EC ser expresso em *European Credit Transfer System (ECTS)*, mas não alterando a carga horária nem a duração temporal do próprio EC.

*A formação de enfermeiro responsável por cuidados gerais compreende, pelo menos, um total de três anos de estudos, que pode, complementarmente, ser expresso com os créditos ECTS equivalentes e que deve consistir em 4 600 horas de ensino teórico e clínico, representando a duração do ensino teórico pelo menos um terço e a do ensino clínico pelo menos metade da duração mínima da formação. (21)*

### *Enquadramento do estudo na investigação*

Muitos estudos têm vindo a ser realizados em Portugal tendo como foco de atenção os ensinamentos clínicos. Em geral, visam avaliar e implementar as novas estratégias de acompanhamento em ensino clínico, para favorecer uma melhor aprendizagem por parte dos estudantes.

No contexto atual continuam a ser possíveis várias formas de acompanhamento e orientação de estudantes de enfermagem em ensino clínico e de enfermeiros em estágio.

Encontram-se na literatura preferencialmente cinco modelos de educação em ensino clínico nos cursos de Enfermagem. Usaremos a classificação proposta pela *Canadian Association of Schools of Nursing* no Survey of Clinical/Practice Education (22):

- a) – Supervisão direta efetuada pelo docente de enfermagem;
- b) – Mentorado (Preceptor / Mentor);
- c) – Supervisão efetuada por enfermeiros do serviço com apoio de professor orientador (“Clinical Teaching Associate”)
- d) – Unidade dedicada à educação (“Dedicated Education Unit - [DEU]”);
- e) – Unidade de colaboração na aprendizagem (“Collaborative Learning Unit – [CLU]”).

Nos modelos mais tradicionais de orientação de estudantes, na sua globalidade, encontramos como entraves à aprendizagem dos estudantes a falta de

preparação dos enfermeiros orientadores para a função de supervisão bem como a inadequada orientação e avaliação. Estes aspetos, entre outros, trazem ao ensino de enfermagem consequências para o correto aproveitamento das experiências de aprendizagem dos EE e aumentam o *gap* (distância) entre a teoria e a prática (23).

Devemos lembrar que, no início dos anos noventa, Virtuosa Amador descrevia e salientava (também aplicável ao nível internacional) a importância da estreita ligação necessária entre o ensino e o local de prática clínica como condição essencial para o adequado desenvolvimento dos estudantes de enfermagem e onde ambas as instituições se empenhem em estudar, desenvolver e aprimorar formas de colaboração com vista à criação de um estímulo unificador do melhor de cada uma (14). Verifica-se ainda concordância com afirmações de outros autores em como os docentes, que acompanhavam estudantes nos locais da prática, eram como “hóspedes” e que mantinham uma atitude de passividade perante o que viam (24). Segundo Silva e Silva os docentes são capazes de se queixar a outros professores, mas quase sempre incapazes de o fazer com os próprios enfermeiros do local e, dessa forma, não atuando nem contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no local de EC (24).

A importância que os EC têm na formação inicial de enfermagem é reportada internacionalmente como sendo o elemento chave, essencial para a aprendizagem quando realizada em real contexto de prestação de cuidados, através de comunidades reais de trabalho e em parceria entre os diversos intervenientes (25).

Fica assim necessariamente evidenciado o sentimento de urgência na mudança de direção na orientação do EC do CLE, que viria a ser reforçado por vários estudos posteriores em Portugal.

Na literatura são descritas várias práticas e, em Portugal, várias estratégias têm vindo a ser adotadas na tentativa de diminuir as condicionantes referidas: estabelecimento de programas, seja na formação dos enfermeiros orientadores e na sua seleção, seja na clarificação dos papéis (dentro da instituição de ensino e da prestação de serviços), na celebração de acordos interinstitucionais e no aumento de prática profissional dos professores de enfermagem de forma a envolver mais significativamente todos os intervenientes no processo de prestação-ensino-aprendizagem em enfermagem (23).

Decorrente destas propostas, que têm sido veiculadas e circunstancialmente implementadas, continuam a identificar-se muitas dificuldades nesta colaboração entre a instituição de ensino e a instituição prestadora de cuidados no que à orientação dos estudantes diz respeito. Devido a estas dificuldades, cada vez mais tem vindo a ser demonstrado que outras formas alternativas e/ou complementares podem ter sucesso e reduzir o número de dificuldades encontradas no processo.

Podemos aduzir que a DEU, inicialmente usada na Austrália, é referida como uma diferente forma de promover o ensino/aprendizagem em ensino clínico, onde se preconiza que os cuidados aos doentes e o ensino são funções partilhadas entre o serviço/unidade e a instituição de ensino. Estas unidades desempenham um papel importante no fortalecimento dos laços entre os enfermeiros da prática clínica e os enfermeiros da escola, privilegiando que no contexto de prática clínica se maximize a possibilidade de os estudantes atingirem os objetivos de ensino propostos (7,9).

Irene Oliveira (23) faz uma enumeração dos pontos centrais na conceção das DEU, com base na descrição de Edgecombe (26):

*“(i) o desenvolvimento do ensino/aprendizagem através de pares (existência no CPC [Contextos de Prática Clínica] de EE [Estudantes de Enfermagem] em diferentes estádios*

*de aprendizagem); (ii) o papel dos enfermeiros da prática como fundamental para o desenvolvimento de competências profissionais por parte dos EE; (iii) a orientação/supervisão efetuada por docentes reconhecidos como elementos credíveis tanto pedagogicamente, como em termos da prática clínica, considerada essencial para a integração teórico-prática e um elemento chave na ligação entre a escola e o serviço; (iv) colaboração contínua entre a instituição de ensino e as instituições de saúde, a todos os níveis organizacionais; (v) criação de um contexto da prática clínica seguro, de forma a tornar-se de facto um verdadeiro contexto de aprendizagem; e (vi) envolvimento ativo de todos os enfermeiros da DEU na educação dos EE, assim como, no desenvolvimento e na avaliação da unidade.”*

As DEU são referidas como unidades de cuidados de saúde que se foram desenvolvendo para promover um ambiente adequado de ensino-aprendizagem através de esforços colaborativos entre enfermeiros, gestores e elementos da faculdade e onde os estudantes realizam a sua aprendizagem desenvolvendo a sua atuação em colaboração com os enfermeiros num ambiente colaborativo (26; 27; 28; 29).

O preconizado neste modelo é a reciprocidade de intercâmbio entre a teoria e a prática (como vulgarmente designadas) na procura da constante mudança ou adaptação para corresponder às necessidades e manter as habilidades e conhecimento atualizado entre os profissionais envolvidos (30). O propósito destas unidades é possibilitar a aprendizagem em ambientes positivos onde todos os intervenientes beneficiem da constante procura e maximização da aquisição de conhecimentos alcançada através da promoção da colaboração entre os elementos da faculdade e do local da prática clínica (28). As vantagens para o desenvolvimento profissional recíproco manifestam-se na relação positiva entre a autonomia e o reconhecimento, clareza nas atividades desenvolvidas, satisfação no trabalho, qualidade da supervisão, suporte dos pares e oportunidades para aprendizagem (28). Os estudantes referem que nas DEU é-lhes facultada a aprendizagem em contexto de cuidados previamente não planeados (31) e há evidência que nestes locais os estudantes se sentiram intrinsecamente inseridos nas equipas reconhecendo um contexto extremamente favorecedor da

aprendizagem, reciprocidade e gestão da sua autonomia profissional (31). Várias aproximações e adaptações a este modelo foram sendo reportadas no sentido de criar uma iniciativa colaborativa focada no ensino e na aprendizagem (29). O sucesso na consecução da implementação de um modelo nos moldes anteriormente apresentados é descrito como devendo passar por diversas fases de articulação. Numa primeira fase a articulação deve ser institucional onde o diretor da faculdade e a direção de enfermagem do local devem permitir e sustentar a colaboração e fixando, os coordenadores do projeto, as condições. Posteriormente os enfermeiros responsáveis devem promover as boas relações na aceitação das novas evidências do conhecimento que influenciam as práticas (compreendendo a reciprocidade da colaboração). Já num terceiro nível de articulação devem ser procurados os profissionais motivados para a tarefa de ensino e, num último nível, a manutenção da boa relação entre os profissionais envolvidos de cada uma das instituições e os estudantes (32). As DEU são ainda referidas como tendo particularidades únicas pela sua atenção à diversidade cultural da região em que se inserem, evitarem a presença de estudantes supranumerários (existe um acompanhamento constante de cada estudante pelo profissional atribuído), possuírem a vantagem de partilha de saberes pela integração de diferentes aprendizes, pela integração e desenvolvimento de atividades na comunidade (ao invés do cuidado centrado no local de prestação de serviços) e pelo uso da investigação ação como método de avaliação (29).

Os EE são inseridos num clima de aprendizagem partilhada onde a visão dos docentes, dos enfermeiros da instituição e dos estudantes é valorizada e contribui para um melhor e refletido crescimento do conhecimento através do respeito, confiança e parceria da equipa.

Nestas unidades, os enfermeiros têm a função de supervisionar todo o planeamento, implementação e avaliação dos cuidados aos doentes bem como desempenhar o papel de “mentores” (atendendo à experiência profissional que

têm) facilitando a aprendizagem dos estudantes. Estes “enfermeiros de ligação” (salarizados tanto pelo hospital como pela universidade) articulam-se tanto com o professor da universidade como com o enfermeiro chefe (33). É intrínseco a esta configuração a reflexão na prática clínica: o ensino ser feito por enfermeiros a (futuros) enfermeiros e a orientação dos estudantes ser partilhada pelo enfermeiro do local e o professor da escola. O professor na unidade tem como funções trabalhar diariamente com o estudante na prestação de cuidados (sendo o modelo na tomada de decisão) e assegurar-se que os objetivos são atingidos. Associam-se a estas funções a articulação com os enfermeiros nas estratégias de ensino mais adequadas, na avaliação e na ajuda ativa na resolução de eventuais problemas que surjam na DEU.

Ainda podemos ter a “figura” do professor visitante que, não sendo diretamente ligado à prática clínica, pontualmente se desloca ao local para discutir com o estudante aspetos associados, por exemplo: questões éticas, sociológicas ou legais. Transversal a todos estes profissionais surge como essencial o fomento e a partilha de experiências que levam a uma reflexão sobre a prática de enfermagem.

Nos estudos anteriormente citados são recolhidas as opiniões em que, pela implementação deste modelo, foram relatados ganhos para ambas as instituições envolvidas e seus estudantes assim como reforço a uma estrutura de ensino e investigação em enfermagem.

Como resultado desta experiência da DEU (que quando criada pela Universidade de Vitória em parceria direta com a Autoridade de Saúde lhe chamaram de CLU), salientam-se a adequada combinação entre a componente lecionada e a prática clínica (7,9). Nesta adaptação todos os membros da equipa (incluindo os estudantes) trabalham juntos em co-aprendizagem para criar um contexto adequado para a melhoria do conhecimento e da prática com o objetivo de fomentar a aquisição de conhecimentos ao longo da vida. Podemos salientar que

as vantagens referidas com esta parceria de co-aprendizagem são a diminuição da discrepância nas expectativas entre o contexto de academia e da prática, maior envolvimento dos agentes para o desenvolvimento do conhecimento da enfermagem enquanto profissão, promoção da investigação através das novas oportunidades dos contextos práticos com vista à melhoria com base na evidência científica.

Existe ainda referência na literatura ao "*clinical school model*" onde é descrito que, nas horas de trabalho do docente, é dedicada uma percentagem de tempo para a prática clínica através de vínculos institucionais com prestadores de cuidados, com o objetivo da prática de enfermagem como apoio ao ensino e investigação (34). No relato encontrado é referido que o distanciamento entre a prática e o ensino são eliminados e existe a capacidade adicional de promover a investigação como objetivo ansiado tanto na instituição de ensino como na de prestação de cuidados. O profissional reporta ainda uma melhoria na sua prestação letiva pela integração da componente prática recente.

O Ensino de Enfermagem, enquadrado na área das ciências da saúde, tem necessidades muito específicas no que respeita às horas estipuladas de prática clínica a que os seus estudantes devem ser sujeitos. O EC, pela sua aproximação da teoria à prática, é um aspeto muito favorecedor da aprendizagem dos EE e é apresentado como espaço privilegiado de formação (35). Neste sentido, é importante sublinhar que a existência de atividade de extensão numa instituição de ensino traz benefícios ao ser um local controlado e elegível para as necessárias práticas clínicas (1). No que à extensão diz respeito, pela literatura consultada, a criação de unidades semelhantes é assumida como DEU ou CLU e são apresentadas na literatura como trazendo benefícios comprovados para a melhoria da aprendizagem dos estudantes e acesso da comunidade aos cuidados de saúde.

## 1.2 Problema em estudo e objetivos

O ICS-Porto da UCP integrou, no ano de 2007, a Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição e, com ela, toda a estrutura organizativa e dinâmica de ensino de enfermagem.

No contexto da problemática descrita, em 2010 iniciou-se no Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) um projeto estruturante da investigação na área da educação em enfermagem denominado “Contextos e Estratégias de Educação em Enfermagem”. Neste projeto foram realizadas já várias investigações tomando por objeto os ensinamentos clínicos, e constituíram-se várias teses de doutoramento. A primeira tese analisou a problemática de um Serviço-Escola para a realização de ensino clínico de enfermagem, concluindo sobre as condicionantes à criação de um serviço escola baseado na colaboração entre uma instituição de ensino e uma instituição de prestação de cuidados de saúde na realidade do contexto português (23). Simultaneamente foi realizado um estudo sobre os custos-benefícios do ensino clínico para as instituições hospitalares de acolhimento, identificando-se as potencialidades de melhoria na satisfação dos clientes e o baixo custo dos ensinamentos clínicos para a instituição (36).

Seguiu-se o estudo sobre um projeto de intervenção comunitária – O Enfermeiro na Escola -, que sendo de extensão comunitária serviu a investigação, mas sobretudo o ensino, demonstrando as vantagens de inserir estudantes em projetos que usam a evidência científica, introduzem boas práticas e são desenvolvidos por docentes e enfermeiros com boas relações entre si. Esta investigação constata as inter-relações entre ensino, investigação e serviço à comunidade e apresenta-as como vantajosas e replicáveis. (37).

Dada a especificidade do ensino da Enfermagem, tinha sido criado em 2007, na Escola de Enfermagem (Porto) da UCP (à data Unidade de Ensino de Enfermagem do Porto da Escola Superior Politécnica de Saúde) um serviço de extensão que se apresentou inovador no contexto português – o CEC.

Aquando da criação do CEC nenhuma outra experiência semelhante era do conhecimento da equipa. Atualmente encontram-se já algumas referências a propostas similares – não iguais – as quais não integram a totalidade das componentes que o CEC consegue oferecer. Salientam-se: *Center for Community Innovation and Scholarship* da *Johns Hopkins University School of Nursing* cuja visão é a criação de modelos sustentáveis de promoção do bem-estar em populações carentes promovendo alianças com os residentes na comunidade e a integração de EE e outros grupos profissionais (38); a *University of Pennsylvania School of Nursing* reforça a sua colaboração com outras instituições de saúde para a realização dos ensinamentos clínicos, mas completa a formação dos seus estudantes promovendo voluntariado na comunidade, associada a cursos de Serviço Comunitário, referindo que a ligação que estes promovem entre a teoria e a prática faz a diferença e propicia a atividade conjunta de estudantes e professores (39); a *Boston College Connel School of Nursing* refere que, através do impacto na Comunidade, a faculdade está envolvida na prática clínica, voluntariado, estudos de investigação baseados na comunidade e projetos de ensino-serviço com intervenção em populações desfavorecidas (40).

De âmbito nacional, posteriormente ao aparecimento do CEC, também estruturas semelhantes foram sendo divulgadas nos últimos anos. Para além do correspondente no ICS-Lisboa, várias são as instituições de ensino de enfermagem que apresentam referência a serviços de extensão. De forma mais clara e explorada encontra-se no *site* da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra a referência a uma unidade de prestação de serviços que coordena os

projetos de prestação de serviços à comunidade e contribui para responder a problemas de saúde da sociedade (41).

Neste contexto, o presente estudo visou:

- Analisar o processo de criação e desenvolvimento do Centro de Enfermagem da Católica como serviço de extensão da EE-Porto, na vertente de: apoio ao ensino – docência e discência; extensão e prestação de serviços à comunidade; apoio à investigação; formação e experiência dos docentes e funcionários.
- Analisar os resultados da atividade do CEC e o seu impacto no ensino de enfermagem.

### 1.3 Quadro conceptual

Sendo que a presente investigação se centra no processo de criação e consecução de objetivos associados seja à vertente do ensino e investigação seja à prestação de cuidados, considerou-se pertinente enquadrá-la na teoria proposta por Imogene King. Esta autora propõe a **Estrutura dos Sistemas de Interação** e a **Teoria da Consecução dos Objetivos (TCO)**, mas Afaf Meleis considera que o contributo desta autora é bem maior que apenas a sua teoria, na medida em que foi uma das pioneiras a propor uma base teórica para a enfermagem (42).

É fundamental perceber que esta teoria pretendia desenvolver os conceitos que simbolizam experiências no ambiente físico, psicológico e social de enfermagem. É necessário enquadrar que a estrutura de sistemas de interação fornece “uma abordagem ao estudo dos sistemas como um todo, e não como partes isoladas do sistema” e é “concebida para explicar os todos organizados” dentro dos quais se espera encontrar a atuação de enfermagem (43). King descreve a essência da enfermagem como estando presente nos padrões e objetivos da interação na relação enfermeiro-cliente, interação esta realizada entre dois seres humanos

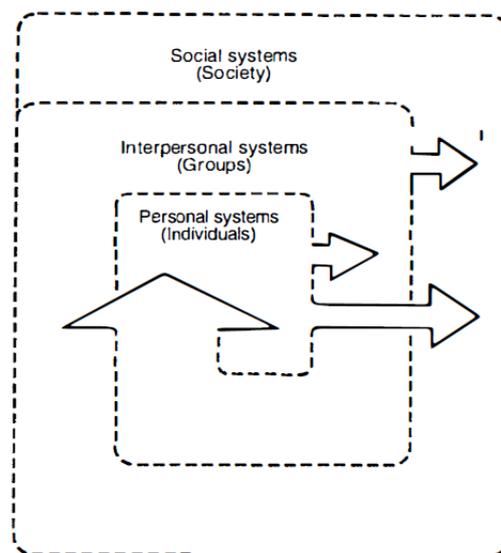
(como dois sistemas abertos) que interagem com o ambiente envolvente, integrando-se no ambiente social e interpessoal de cada um (44). Através da identificação e estabelecimento das relações somos levados à teoria da "obtenção" dos objetivos, a qual se centra no processo de tomada de decisão inerente podendo mesmo integrar ainda as questões éticas associadas ao mesmo processo de tomada de decisão (44).

Emerge da teoria de King a interação de três sistemas que resulta numa explícita teoria dos cuidados de saúde de alta qualidade (44).

Para a autora existem três tipos de sistemas que se articulam entre si: sistemas pessoais, sistemas interpessoais e sistemas sociais (44) mas que apesar de interagirem, não devem ser assumidos como partes ou subsistemas uns dos outros. Podemos salientar que são os sistemas sociais que providenciam o enquadramento para as interações sociais e as relações e estabelece as regras de comportamento e os cursos das ações (45).

A representação da interação proposta por King é apresentada na Figura 1 - Sistema das Interações de I. King (1981) (44).

Figura 1 - Sistema das Interações de I. King (1981)



Fonte: King, Imogene M. Theory for Nursing: Systems, Concepts and Process (1981)

O conceito de Pessoa, Saúde e Enfermagem são essenciais à compreensão do modelo. *Pessoa* é definido como sendo “seres humanos abertos a sistemas que interagem com o meio ambiente que funcionam por papéis numa variedade de grupos” e como sendo “seres sociais que são racionais e conscientes” (44). A *Saúde* é entendida como “experiências de vida dinâmicas de um ser humano, que implicam um ajuste contínuo aos fatores influenciadores no ambiente interno e externo, através do uso ideal de recursos para alcançar o máximo potencial de vida diária”, como um ajustamento funcional cíclico perante o ambiente em constante mudança (44). *Enfermagem* deve entender-se, à luz desta teoria proposta por King, como “Percebendo, pensando, relacionando, julgando e atuando em relação ao comportamento dos indivíduos que se aproximam de uma situação de enfermagem” (44).

Para além destes três conceitos centrais que pretendem atingir o objetivo de manter ou readquirir saúde, é necessário perceber os conceitos de imagem corporal, crescimento e desenvolvimento, percepção, vida, espaço e tempo com vista à sua compreensão como sistema; nos sistemas interpessoais (grupos onde também se incluem pequenos agregados familiares) é necessário compreender a comunicação, interação, função, stress e translação; nos sistemas sociais (sociedades que podem ser entendidas como sistemas - religioso, educativo, cuidados de saúde) é necessário entender o conceito de autoridade, tomada de decisão, organização, poder e estatuto.

Integrado nesta estrutura de sistemas, a autora desenvolveu a TCO com base na resposta de como os enfermeiros, na sua função, atuam e cuidam dos indivíduos. É uma forma de resposta que diferencia a enfermagem das outras profissões de saúde e que leva a concluir que a mesma assenta na construção de transações. King defende ainda que o desenvolvimento da teoria é composto por raciocínio indutivo e dedutivo, sendo que o objetivo principal da teoria é produzir

conhecimento através da investigação (43) e que a preparação profissional (através do curriculum) é uma variável no cuidado ao cliente (45).

Salienta-se ainda que King apresenta alguns contributos complementares valorizando a importância do registo na promoção da investigação: através da proposta do “Goal Oriented Nursing Record” (GONR) refere como principais elementos a) a base de dados, b) o diagnóstico de enfermagem, c) a lista de objetivos, d) as prescrições de enfermagem, e) a folha de registo, f) as notas de evolução e g) o registo da alta (44).

Quando analisamos os contributos desta teoria para o Ensino constatamos que nos são apresentados os conceitos como úteis no desenvolvimento da estrutura do ensino de enfermagem, na sua prática e na formulação de hipóteses de investigação. Esta vantagem é atribuída à forma sistemática de ver a enfermagem através da organização do corpo do conhecimento e clarifica a prática em si e o todo como disciplina (43), beneficiando o entendimento das matérias em estudo nesta investigação.

Complementarmente, para melhor compreensão do processo de ensino na enfermagem, a **aprendizagem experiencial** proposta por David Kolb, sustenta que o processo onde o conhecimento é criado surge da transformação da experiência e que o conhecimento é um processo de transformação continuamente criado e recriado pelos intervenientes. Para compreendermos o processo de aprendizagem é, assim, necessário compreendermos a natureza do desenvolvimento do indivíduo e assumir como adequado o processo de conhecimento como ocorrendo também no sentido inverso (46). Leva-nos, este entendimento inverso, a justificar que há um processo por onde o desenvolvimento ocorre (e advém) da experiência que determina e atualiza o desenvolvimento potencial. Esta aprendizagem é um processo social; pelo que é

ainda importante salvaguardar que o curso de desenvolvimento individual é determinado pelo sistema cultural e social de conhecimento (46).

Sobressai nesta teoria proposta a perspetiva holística e integrativa da aprendizagem experiencial destacada pelo papel do pensamento reflexivo na melhoria da qualificação e desenvolvimento profissional (47). Torna-se este aspeto muito importante no contexto do enquadramento desta investigação pela sua adequabilidade às necessidades práticas a levar a cabo no âmbito do ensino de enfermagem.

Sai, assim, reforçado que a formação dos profissionais e estudantes implica uma contínua aquisição de conhecimentos, atitudes e competências ao longo do percurso (47). É necessário reconhecer que é atribuído grande valor a todos os conhecimentos de carácter experiencial – aprendizagem mental decorrente dos processos contínuos de ação e reflexão – que levam ao desenvolvimento da pessoa através de processos de confrontação, comparação, ampliação, revisão e reflexão realizados conjuntamente com a mobilização dos conhecimentos teóricos.

A aprendizagem, à luz da teoria proposta, é um processo representado em três níveis sucessivos: aquisitivo, especializado e integrativo (47). A transição entre estes níveis é variável e depende da integração das experiências culturais de cada pessoa na sua particular vivência. Para além da transição individualizada entre os níveis referidos podemos ainda integrar a aprendizagem em quatro modelos adaptativos que têm características próprias e que se denominam como: experiência concreta, observação reflexiva, conceituação abstrata e experiência ativa (47).

## 1.4 Referências bibliográficas

1. **Faria, Luísa Leal de.** *Universidade e Cultura.* Lisboa : Universidade Católica Editora, 2003. 872-54-0065-8.
2. **Vieira, Margarida M.** *Ser Enfermeiro: da compaixão à proficiência.* 3ª Edição. Lisboa : Universidade Católica Editora, 2017. ISBN: 9789725405659.
3. **Nightingale, Florence.** *Notes on Nursing: what it is, and what it is not.* Philadelphia : Edward Stern & Company, Inc., 1947. Facsimile da Primeira Edição impressa em Londres em 1859. ISBN: 0-397-54000-0.
4. **Collière, Marie-Françoise.** *Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtudes aos cuidados de enfermagem.* s.l. : Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. 972-95420-0-7.
5. **Amendoeira, José.** *Uma biografia partilhada da enfermagem.* Coimbra : Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-67-0.
6. **Decreto-Lei n.º 32.612, de 31 de Dezembro de 1942.** Regulamenta o ensino de enfermagem.
7. **Decreto-Lei n.º 36.219, de 10 de Abril de 1947.** Regulamenta o ensino de enfermagem.
8. **Decreto-Lei n.º 38.884, 28 de Agosto de 1952.** Regulamenta o ensino de enfermagem.
9. **Decreto-Lei n.º 38.885, de 28 de Agosto de 1952.** Regulamenta o ensino de enfermagem.
10. **Carvalho, Maria Amélia.** Escola de Enfermagem Doutor Angelo da Fonseca. *Revista Servir.* Março, 1954, pp. 8-11.
11. **Decreto-Lei n.º 46.448, de 20 de Julho de 1965.** Regulamenta o ensino de enfermagem.
12. **Ferreira, António Gomes e Henriques, Hélder.** As normas e os valores na construção da identidade profissional da enfermagem portuguesa: décadas de 40 a 80 (séc. XX). *Estudos do Século XX.* Número 2, 2012.
13. **Decreto-Lei n.º 480/88, de 23 de Dezembro de 1988.** Integração do ensino de Enfermagem no ensino superior.

14. **Amador, M<sup>a</sup> Virtuosa. 1991.** *Educação em enfermagem : uma análise etnográfica da colaboração serviços-escolas nos estágios clínicos (Tese de Doutoramento)*. São Paulo : Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1991.
15. **Araújo, Beatriz Rodrigues.** *Vivências, satisfação e rendimento académicos em estudantes de enfermagem (Tese de Doutoramento)*. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2005.
16. **Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril de 1998.** Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto.
17. **Portaria n.º 413-A/98, de 17 de Julho de 1998.** Regulamenta os cursos de licenciatura bietápicas em enfermagem.
18. **Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro de 1999.** Aprovas as regras gerais a que fica subordinado o ensino da Enfermagem no âmbito do ensino superior politécnico.
19. **Ministério da Educação.** Portaria n.º 799-D/99 de 18 de Setembro: Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Lisboa : s.n., 1999. Vols. DR.: I Série-B, nº 219 - 99-09-18.
20. **Directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005.** Relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais.
21. **Diretiva 2013/55/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 20 de novembro de 2013.** altera a Diretiva 2005/36/CE relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais e o Regulamento (UE) n.º 1024/2012 relativo à cooperação administrativa através do Sistema de Informação do Mercado Interno («Regulamento IMI»).
22. **Canadian Association of Schools of Nursing.** *Clinical Practice Education Survey 2003 / CASN Task Force on clinical/Practice Education*. 2004.
23. **Oliveira, Irene.** *Serviço-escola : um projecto para o ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem (Tese de Doutoramento)*. Porto : Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, 2013.
24. **Silva, Daniel e Silva, Ernestina.** O Ensino Clínico na formação em Enfermagem. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*. 2004, Vol. N.º 30.

25. **Andrew, Nicola.** Becoming a graduate nurse: the integration of knowledge and "knowhow". [autor do livro] Amélia Lopes. *Formação inicial de professores e de enfermeiros: identidades e ambientes*. Porto : Livpsic, 2013.
26. **Edgecombe, K., et al.** Dedicated education units: A new concept for clinical teaching and learning. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. N.º 8, 1999, Vol. 4, pp. 166-171.
27. **Wotton, K. e Gonda, J.** Clinician and student evaluation of a collaborative clinical teaching model. *Nurse Education in Practice*. 4, 2004, pp. 120-127.
28. **Rhodes, Mattie L., Meyers, Claire C. e Underhill, Meghan L.** Evaluation Outcomes of a Dedicated Education Unit in a Baccalaureate Nursing Program. *Journal of Professional Nursing*. N. 4, 2012, Vol. 28.
29. **Fourie, Willem e McClelland, Beverley.** *Enhancing Nursing Education through Dedicated Education Units*. New Zealand : Ako Aotearoa - The National Centre for Tertiary Teaching Excellence, 2011. ISSN 978-0-473-19059-0.
30. **Edgecombe, Kay e Bowden, Margareth.** *Clinical Learning and Teaching Innovations in Nursing*. London : Springer, 2014. ISBN: 978-94-007-7231-1.
31. **Ranse, Kristen e Grealish, Laurie.** Nursing students' perceptions of learning in the clinical setting of the Dedicated Education Unit. *Journal of Advanced Nursing*. 2007.
32. **Moscato, Susan Randles, et al.** Dedicated educational unit: an innovative clinical partner education model. *Nursing Outlook*. Janeiro / Fevereiro, 2007.
33. **Gonda, J., et al.** Dedicated education units: 2 An Evaluation. *Contemporary Nurse*. 8, 1999, Vol. 4, pp. 172-176.
34. *The role of the lecturer - practitioner in bridging the theory-practice gap in postgraduate education.* **Miller, By Sam, et al.** Melbourn : Australian Nursing and Midwifery Journal, 2017, Vol. Vol. 25 N.º2, p. 37. ISSN: 2202-7114.
35. **Rua, Marília Santos.** *De aluno a enfermeiro*. Loures : Lusociência, 2011. ISBN: 978-972-9830-68-4.
36. **Ribeiro, Olivério de Paiva.** *Custos e Benefícios do Ensino Clínico em Enfermagem para as Instituições Hospitalares. Tese de Doutoramento em Enfermagem*. s.l. : Universidade Católica Portuguesa, 2015.

37. **Festas, Constança.** *O Enfermeiro na Escola: Um projeto de ensino-aprendizagem, de investigação e de serviço à comunidade (Tese de Doutoramento)*. Porto : Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, 2013.
38. **Center for Community Innovation and Scholarship (CCIAS).** Center for Community Innovation and Scholarship | School of Nursing at Johns Hopkins University. *Jonhs Hopkins School of Nursing*. [Online] <https://nursing.jhu.edu/excellence/community/center-community-innovation-scholarship.html>.
39. **University of Pennsylvania School of Nursing.** Community Service Courses | Community | Penn Nursing. *Penn Nursing Science*. [Online] <http://www.nursing.upenn.edu/community/community-service-courses/>.
40. **Boston College Cornell School of Nursing.** Community Impact - Cornell School of Nursing - Boston College. *Boston College Cornell School of Nursing*. [Online] <https://www.bc.edu/bc-web/schools/cson/clinical-experience/community-impact.html>.
41. **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.** ESEnfC. *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. [Online] <https://www.esenfc.pt/pt/page/100003979?idMenu=223>.
42. **Meleis, Afaf A.** *Theoretical Nursing. Development & progress. 5th ed.* s.l. : Lippincott.
43. **Sieloff, Cristina L.** Imogene King: Estrutura de Sistemas de Interação e Teoria da Consecução de Objectivos. [autor do livro] Ann Marriner Tomey e Martha Raile Alligoog. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª. Loures : Lusociência, 2002, pp. 377-390.
44. **King, Imogene M.** *Theory for Nursing: Systems, Concepts and Process*. s.l. : Wiley-Blackwell, 1981. ISBN: 047107795X.
45. **King, Imogene M.** *Toward a Theory for Nursing: Generating Concepts of Human Behavior*. s.l. : John Wiley & Sons Inc, 1971. ISBN: 978-0471478003.
46. **Kolb, David A.** *Experiential learning*. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, 1984. ISBN: 978-0132952613.

47. **Pimentel, Alessandra.** A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*. 2, 2007, Vol. 12, pp. 159-168.

## 2 Metodologia e desenho da investigação

---

A presente investigação configura um “*estudo de caso*” do Centro de Enfermagem da Católica, enquanto unidade de extensão e serviço à comunidade e a sua relação com o ensino de enfermagem e a investigação que o deve sustentar. O estudo inicia-se com a criação do serviço, em 2007 e aborda todo o desenvolvimento e resultados até 2017. Neste capítulo é feito o enquadramento teórico-metodológico da investigação, assim como as estratégias de colheita e análise de dados levadas a cabo. São ainda apresentadas a lista das fontes de informação a que se acedeu no âmbito da investigação e os procedimentos formais e éticos adotados.

### 2.1 O estudo de caso enquanto método

Os *estudos de caso* têm uma história relativamente longa, sobretudo nas ciências sociais e nas humanidades. Fiona Moore considera serem *estudos de caso* os primeiros relatos dos missionários, nos séculos XVI e XVII, e que estiveram na génese da Antropologia (48). Já nos anos 20 do século passado, o *estudo de caso* era usado na Universidade de Chicago, na investigação em sociologia (48). E na saúde o *estudo de caso* é usado desde os anos 30, para estudos fora do laboratório (49). Mas é também usado em ciência política (50), na definição de políticas públicas, na educação (51) e na gestão, entre muitas outras disciplinas

acadêmicas e científicas. É comum surgir na lista de estudos qualitativos, mas tem sido também usado em estudos quantitativos e mistos.

Os *estudos de caso* exploram a compreensão de fenômenos atuais relativamente à forma como e por que acontecem. São usados em descrições culturais, construção de teorias, estudos biográficos, relatórios clínicos e policiais.

De facto, como refere Yin (52) o *estudo de caso* não é só um método, nem um conjunto de métodos; é mais uma abordagem que o investigador usa de forma única para conhecer um cenário ou aprofundar uma questão. Isto é, o *estudo de caso* não pode ser apresentado separado do contexto. Pelo contrário, como abordagem, quebra a ideia de “um” método já que o investigador obtém dados sobre o objeto de estudo (o caso) usando diferentes tipos de observação e métodos de colheita de informação.

Os *estudos de caso* levam à compreensão da essência qualitativa na investigação e contribuem para o desenvolvimento do conhecimento científico dos temas em análise (53). O investigador emerge de uma experiência social, de observação, de relatar situações ou coisas, de reportar; e é através desta forma de relato que conseguimos aumentar o conhecimento do leitor no que ao caso diz respeito (53). Quando o investigador pode fazer uso da sua observação, enumeração e diálogo particular e refletir diretamente sobre o caso, origina um melhor e mais aprofundado conhecimento final (53).

Num *estudo de caso* podem ser usadas as mais variadas fontes de informação: observações, entrevistas, material audiovisual outros documentos e relatórios (54). Atendendo às particularidades do *estudo de caso* podemos reconhecer que muita da informação colhida de observações e entrevistas são subjetivas na medida em que são perceções de pessoas que nos são relatadas, nas quais, sobre elas também é feito o nosso juízo e avaliação (53).

Como afirma Yin, pode dizer-se que “é a estratégia mais utilizada quando se pretende conhecer o ‘como’ e o ‘porquê’, quando o investigador detém escasso (ou mesmo nenhum) controlo sobre os acontecimentos reais” (55).

Com o *estudo de caso* é feita uma investigação aprofundada da realidade de uma unidade – neste caso – de forma sistemática, com colheita de dados, fazendo análise aprofundada, extraindo informação e comunicando os resultados (54). Benner, nos seus estudos sobre a forma como os enfermeiros evoluem de principiantes a peritos, usou esta metodologia. Nos *estudos de caso* os dados podem ser colhidos através de diversas formas sendo que questionários, entrevistas e observação são os mais frequentes. Os dados recolhidos são tratados atendendo às particularidades dos mesmos.

Derivado das quatro aplicações do *estudo de caso* elencadas por Yin (55) – explicar, descrever, ilustrar e explorar – e da necessidade de entender os fenómenos sociais complexos tornam-se evidentes as vantagens da sua aplicação sistemática nas áreas da saúde e educação.

O *estudo de caso* utiliza o conhecimento da situação (integrando componente histórica - história com diagnóstico – e a evolução acontecida com a intervenção) recorrendo frequentemente à componente descritiva (recolha e descrição dos aspetos), exploratória (descobrir novas ideias, estabelecer relações) e interpretativa (interpretar e compreender os fenómenos) (56).

Associa-se a este método a componente etnográfica descrita como o trabalho de descrever a cultura (57), como sendo o processo de aprender sobre as pessoas adquirindo conhecimento a partir das mesmas, com o próprio elemento estudado (58), como o conhecimento da essência que se pretende perceber (59). Esta componente pode ser definida como tendo a finalidade de “descrever, registar as manifestações da realidade, tanto as explícitas como as implícitas” (57) com o objetivo de estudar uma forma de ser ou atuar a partir do ponto de vista dos próprios participantes e intervenientes nessa forma a estudar (60). A etnografia

procura documentar a existência de uma realidade e, através da interação entre os intervenientes, procura entender e sistematizar a informação (57) utilizando diversas estratégias de recolha de informação (54; 61) como forma de incorporar o objeto do estudo e revelar o que as pessoas pensam para transmitir, posteriormente, o significado das ações e acontecimentos para os demais (62). A utilização do conhecimento obtido através de situações naturais e não experimentais (57) é analisado e propicia a sistematização da informação utilizando, por exemplo, mapas conceptuais que representam o conteúdo analisado.

Com o recurso à etnografia teremos a possibilidade de ver para além do estreito horizonte da perceção ou cultura do investigador, permite-nos ser elementos integrados nas realidades dos intervenientes e abordar e explorar os elementos materiais que forem considerados relevantes para o mesmo (60; 63).

O retrato cultural que origina é então composto pela visão dos participantes através dos conceitos e linguagem o mais próxima possível desses (*emic*) e também através da visão e linguagem do investigador (*etic*) (54; 62).

Segundo Spradley podemos referir que este observador participante se enquadra na denominada participação completa, possibilitado pela “anterior” colaboração (60). Decorrente da complexidade da análise, a flexibilidade possibilitada por este método é extremamente importante dado que existiu a necessidade de, em determinados momentos, voltar a questionar ou avaliar períodos anteriores do percurso. Estas análises favorecem também a comparação das várias fontes e a construção de uma análise aglutinadora e sistematizada do material (64) recorrendo também à construção de modelos visuais de análise do discurso (65).

No estudo etnográfico Spradley identificou seis critérios fundamentais para o percurso que o investigador deve ter em conta ao realizar este tipo de estudos (60): identificação de *perguntas e questões etnográficas* com vista às quais se procura a clarificação para a resposta; *colheita de dados etnográficos* preferencialmente da

observação das atividades levadas a cabo pelo(s) sujeito(s) da investigação atendendo também à componente social e internacional; *registos etnográficos* que são realizados para sustentarem a passagem da observação para a análise a realizar; *análise dos dados* que leva o investigador a organizar o conteúdo recolhido e que origina, por vezes, o emergir de novas necessidades de questionar ou recolher dados; *relatório da pesquisa etnográfica* como resultado da pesquisa (torna-se mais do que a soma da recolha de dados pela organização e agrupamento de informação que emerge).

Spradley identifica ainda nove dimensões no estudo de qualquer situação (57; 60):

- 1- O espaço (espaço físico)
- 2- Os atores (pessoas envolvidas)
- 3- A atividade (o conjunto de ações relativas ao que as pessoas fazem)
- 4- O objeto (a coisa física que está presente)
- 5- As ações (ações singulares que as pessoas fazem)
- 6- Os eventos (conjunto de atividades que as pessoas suportam)
- 7- O tempo (sequência do que acontece)
- 8- Os objetivos (coisas que as pessoas tentam conseguir)
- 9- Os sentimentos (emoções sentidas e expressas)

O autor usa estas nove dimensões para criar uma matriz nove por nove com 81 questões que ajudam a interpretar a realidade cultural estudada; por exemplo:

*Evento × tempo* – que eventos decorreram ao longo do tempo?

*Tempo × evento* – como decorreu o evento ao longo do tempo?

Em síntese, o *estudo de caso* procura explicar os aspetos pertinentes de um dado acontecimento ou situação, através da tentativa de compreensão da realidade vivida pelos sujeitos, e transmitir de forma aglutinada a informação sobre o

mesmo e transmitir a inovação ocorrida durante o período de tempo estudado baseando-se nas intenções, crenças e outras características observáveis ou não observáveis (56).

Neste sentido, comparativamente com outros métodos, sejam quantitativos ou qualitativos, o *estudo de caso* apresenta como vantagem o dever de transmitir o mais profundamente possível o que realmente aconteceu neste caso particular, sem que tenha sido alterada de nenhuma maneira a “rotina” pré existente ou pré-concebida, de que é exemplo a realidade deste caso particular (53; 66). Apresenta, no entanto, como desvantagem a impossibilidade de generalização dos resultados ou conclusões obtidas para outras situações ou amostras (67) mas, por outro lado, o conhecimento que gera é mais concreto e contextualizado pois resulta de uma situação específica, alvo de um estudo em profundidade (56). O objetivo do *estudo de caso* é assim compreender e interpretar uma determinada realidade no seu contexto e encontrar informação sobre a sua dinâmica e processo. E as suas conclusões levarão a produzir hipóteses e ideias para futuras investigações (50).

## 2.2 Desenho e estratégias utilizadas

Atendendo às fontes consultadas e às necessidades decorrentes dos objetivos, este estudo de caso integra três fases:

I – Descrever o processo de criação e lançamento de atividade do CEC (2007-2012)

- Comentar o processo de criação e lançamento do CEC atendendo, também, às vantagens para a instituição de ensino, o estabelecimento de regras para a formação dos estudantes, o enquadramento na missão da UCP, a inovação nas instituições de Ensino de Enfermagem.

II – Analisar o percurso, a partir da criação do CEC, tendo em consideração os documentos criados para reger a sua atuação e os projetos no período de 2007 a 2017

- Referência às diversas atividades para as quais o CEC foi sendo requisitado;
- Registo do trabalho realizado com folhas de cálculo e bases de dados para responder às necessidades de registo e à construção de material diverso para uniformizar o seu posicionamento perante o público-alvo (ex: enfermeiro na escola);
- Enumeração das dificuldades na criação do serviço, nomeadamente, desde as relacionadas com a proteção do exercício da profissão dos estudantes (não oferecer serviços que colidam ou retirem os postos de trabalho dos atuais estudantes), até às legais e às institucionais (relacionadas com local, regras e faturação);
- Análise de informação sobre a experiência de atuais e antigos estudantes, docentes e parceiros com quem o CEC colaborou.

III – Avaliação e perspetivas de desenvolvimento

- Análise da avaliação e consequente proposta de reorganização de atividades.

Por esta investigação versar um serviço de extensão, relativamente pequeno, podemos afirmar que é indicado conceder a um único investigador o tempo e meios de acesso para pessoalmente conhecer a totalidade das ações e espaços, relações e contextos do caso (53).

O estudo realizado socorreu-se de diferentes estratégias e técnicas, quer na colheita de dados, quer na sua análise e interpretação. De acordo com o referencial teórico metodológico, usámos a análise documental (59; 68) e a análise

de experiências, colhidas através de relatos de testemunhos, entrevistas (69) e observações com notas de campo (52; 60; 70).

Quanto ao uso do *estudo de caso* na presente investigação podemos classificar como tendo sido de aproximação intensiva (estudado apenas um específico contexto de forma mais exaustiva e detalhada), de nível *meso*, com apenas um ator (71).

Desta forma, o estudo inclui uma abordagem etnográfica, que facilitou a compreensão do processo e significado das experiências vividas no âmbito da criação e desenvolvimento do CEC.

A participação do investigador - inicialmente como participante e mais recentemente como observador participante (60) - na equipa do CEC, durante todo o período e tendo em conta o risco do *vies* etnocêntrico (72), foi fundamental para a compreensão intrínseca da sua missão, visão e objetivos através da execução das atividades, na maior parte das vezes, inseridos em projetos, no âmbito do serviço de extensão da EE-Porto.

Para o tratamento e análise dos dados quantitativos recorreremos ainda a medidas de estatística descritiva.

Após a transcrição das entrevistas, o conteúdo foi validado, no caso das entrevistas individuais, por cada um dos intervenientes e, no caso da de grupo, por um conjunto representativo dos intervenientes.

A análise de transcrição de entrevistas e de notas de reuniões foi alvo de análise de conteúdo com recurso à elaboração de mapas conceituais. A estratégia de "*concept mapping*" ou "*mind maps*" permite representar um conjunto de conceitos relativos a um tema, e foi particularmente útil para analisar e interpretar relatos de reuniões ou entrevistas reflexivas.

## 2.3 Lista de fontes

Apresenta-se de seguida a lista de fontes documentais utilizadas, divididas por:

- “Documentos do Centro de Enfermagem da Católica” como sendo os documentos institucionais relacionados com a sua criação e aqueles que foram diretamente emanados pelo CEC como reporte da sua atividade;
- “Relatório dos estudantes” que foram consultados para melhor enquadrar as atividades realizadas no CEC durante os primeiros anos de implementação;
- “Relatórios do Sistema de Garantia Interno da Qualidade” (SIGIQ) que apresentam os resultados da avaliação interna realizada à componente de ensino da EE-Porto realizada no CEC;
- “Entrevistas” realizadas e analisadas no âmbito desta pesquisa;
- “Notas de campo” que foram sendo elaboradas pelo investigador como relatos da sua experiência no âmbito do período em análise e
- “Outros Documentos”.

Dentro de cada divisão as fontes estão ordenadas cronologicamente.

### *Documentos do Centro de Enfermagem da Católica*

Fonte 1 - Centro de Enfermagem da Católica, Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa. 2007. Centro de Enfermagem da Católica (proposta de criação). 2007.

Fonte 2 - Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa. 2007. Centro de Enfermagem de Apoio à Família - projecto preliminar. 2007.

Fonte 3 - Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa. 2007. Observatório de Saúde do CRP. 2007.

Fonte 4 - João Neves Amado. 2008. Integração de Alunos no Centro de Enfermagem da Católica. 2008.

- Fonte 5 - Centro de Enfermagem da Católica, Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa. 2008. Relatório de Actividades - Ano Lectivo 2007/2008. 2008.
- Fonte 6 - Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa. 2008. Plano Director. 2008.
- Fonte 7 - Centro de Enfermagem da Católica. 2008. Manual do Aluno. 2008
- Fonte 8 - Centro de Enfermagem da Católica, Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa. 2009. Relatório de actividades. 2009.
- Fonte 9 - Centro de Enfermagem da Católica, Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa. 2009. Plano Director 2009-2013. 2009.
- Fonte 10 - Centro de Enfermagem da Católica, Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa. 2009. Avaliação Prós e Contras da localização do CEC. 2009.
- Fonte 11 - Centro de Enfermagem da Católica, Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa. 2009. Centro de Enfermagem da Católica [Apresentação Multimédia]. 2009.
- Fonte 12 - Centro de Enfermagem da Católica, Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa. 2010. Pré-Projeto Gabinete de Investigação e Tratamento de Feridas (GITF). 2010.
- Fonte 13 - João Neves Amado, Centro de Enfermagem da Católica. 2010. e-Requisição do Centro de Enfermagem da Católica. 2010.
- Fonte 14 - Centro de Enfermagem da Católica, Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa. 2011. Relatório de Actividades 2009-2011. 2011.
- Fonte 15 - SIGIQ. Síntese do Relatório OCDE - Supporting Quality Teaching in Higher Education. 2011.
- Fonte 16 - Centro de Enfermagem da Católica. Plano de Negócios - Serviço Domiciliário. 2011.
- Fonte 17 - Centro Regional do Porto / Instituto de Ciências da Saúde - Porto. Acordo de colaboração. 2012.
- Fonte 18 - Centro de Enfermagem da Católica, Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa. 2012. Relatório de Atividades 2009-2012. 2012
- Fonte 19 - Centro de Enfermagem da Católica, Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa. 2011. Projecto Mais Próximo (2011-2013). 2011. [Anexo de Fonte 18]
- Fonte 20 - Centro de Enfermagem da Católica, Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa. 2011. Projecto Mais Saúde (2011-2013). 2011. [Anexo de Fonte 18]

- Fonte 21 - Centro de Enfermagem da Católica, Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa. 2011. Projecto Superar a Solidão (2009-2013). 2011. [Anexo de Fonte 18]
- Fonte 22 - Centro de Enfermagem da Católica, Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa. 2011. Projecto Tornar-se Mãe (2011-2013). 2011. [Anexo de Fonte 18]
- Fonte 23 - Centro de Enfermagem da Católica, Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa. 2012. Projeto de Apoio e Intervenção em Saúde em Instituições de Solidariedade (PAIS-IS) - documento de trabalho. 2012
- Fonte 24 - Centro de Enfermagem da Católica. Resenha Novembro 2007 a Outubro 2013. 2013.
- Fonte 25 - Unidade de Ensino de Enfermagem. Contributos para o Projeto da Clínica Universitária da Católica. 2013.
- Fonte 26 - Instituto de Ciências da Saúde - Porto. Plano Estratégico e de Sustentabilidade 2016-2020. 2016.
- Fonte 27 - Centro de Enfermagem da Católica, Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa. 2017. Relatório CEC (Janeiro 2014 - Dezembro 2016). 2017.
- Fonte 28 - Centro de Enfermagem da Católica, Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa. 2016. Projeto Enfermeiro na Escola (2014-2016). 2016. [Anexo de Fonte 27]
- Fonte 29 - Centro de Enfermagem da Católica, Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa. 2016. Projeto Mais independência, mais autonomia (2014-2016). 2016. [Anexo de Fonte 27]
- Fonte 30 - Centro de Enfermagem da Católica, Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa. 2016. Projeto Mais Próximo (2014-2016). 2016. [Anexo de Fonte 27]
- Fonte 31 - Centro de Enfermagem da Católica, Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa. 2015. Projeto Capacitar para cuidar (2014-2016). 2016. [Anexo de Fonte 27]
- Fonte 32 - Centro de Enfermagem da Católica, Instituto de Ciências da Saúde - Porto, Universidade Católica Portuguesa; Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE. 2016. Projeto Decidir para Agir (2014-2023). 2016. [Anexo de Fonte 27]
- Fonte 33 - Clara Braga, Tânia Costa, Isabel Quelhas. Avaliação do Centro de Enfermagem da Católica - Relatório da avaliação dos 10 anos de atividades por estudantes, *alumni*, parceiros, enfermeiros prestadores de serviços e docentes. 2017.

### **Relatórios estudantes**

- Fonte 34 - Estudantes de Enfermagem do grupo 1 | Porto | Aldoar do Ensino Clínico V (1º semestre) do ano letivo 2007/2008. 2008. Relatório de Atividades de Ensino Clínico. 2008.
- Fonte 35 - Estudantes de Enfermagem do grupo 2 | Porto | Aldoar e Ramalde do Ensino Clínico V (1º semestre) do ano letivo 2007/2008. 2008. Relatório de Atividades de Ensino Clínico. 2008.
- Fonte 36 - Estudantes de Enfermagem do grupo 1 | Matosinhos | Barranha do Ensino Clínico V (2º semestre) do ano letivo 2007/2008. 2008. Relatório de Atividades de Ensino Clínico. 2008.
- Fonte 37 - Estudantes de Enfermagem do grupo 2 | CEC do Ensino Clínico V (2º semestre) do ano letivo 2007/2008. 2008. Relatório de Atividades de Ensino Clínico. 2008.
- Fonte 38 - Estudantes de Enfermagem do grupo 3 | Porto | Ramalde do Ensino Clínico V (2º semestre) do ano letivo 2007/2008. 2008. Relatório de Atividades de Ensino Clínico. 2008.
- Fonte 39 - Estudantes de Enfermagem do grupo 4 | Porto | Aldoar e Ramalde do Ensino Clínico V (2º semestre) do ano letivo 2007/2008. 2008. Relatório de Atividades de Ensino Clínico. 2008.
- Fonte 40 - Estudantes de Enfermagem do grupo 1 | Porto | Aldoar do Ensino Clínico V (1º semestre) do ano letivo 2008/2009. 2009. Relatório de Atividades de Ensino Clínico. 2009.
- Fonte 41 - Estudantes de Enfermagem do grupo 2 | Matosinhos | Barranha do Ensino Clínico V (1º semestre) do ano letivo 2008/2009. 2009. Relatório de Atividades de Ensino Clínico. 2009.
- Fonte 42 - Estudantes de Enfermagem do grupo 3 | Porto | Boavista do Ensino Clínico V (1º semestre) do ano letivo 2008/2009. 2009. Relatório de Atividades de Ensino Clínico. 2009.
- Fonte 43 - Estudantes de Enfermagem do grupo 4 | Porto | Manoel Oliveira do Ensino Clínico V (1º semestre) do ano letivo 2008/2009. 2009. Relatório de Atividades de Ensino Clínico. 2009.
- Fonte 44 - Estudantes de Enfermagem do grupo 5 | Porto | Ramalde do Ensino Clínico V (1º semestre) do ano letivo 2008/2009. 2009. Relatório de Atividades de Ensino Clínico. 2009.
- Fonte 45 - Estudantes de Enfermagem do grupo 6 | Porto | SS Sacramento do Ensino Clínico V (1º semestre) do ano letivo 2008/2009. 2009. Relatório de Atividades de Ensino Clínico. 2009.
- Fonte 46 - Estudantes de Enfermagem do grupo 7 | Porto | Viso do Ensino Clínico V (1º semestre) do ano letivo 2008/2009. 2009. Relatório de Atividades de Ensino Clínico. 2009.

Fonte 47 - Estudantes de Enfermagem do grupo 8 | Porto | Vitória do Ensino Clínico V (1º semestre) do ano letivo 2008/2009. 2009. Relatório de Atividades de Ensino Clínico. 2009.

Fonte 48 - Estudantes de Enfermagem do grupo 1 | Porto | Aldoar do Ensino Clínico V (2º semestre) do ano letivo 2008/2009. 2009. Relatório de Atividades de Ensino Clínico. 2009.

### ***Relatórios do Sistema de Garantia Interno da Qualidade***

Fonte 49 - SIGIQ. Relatório de Avaliação das Unidades Curriculares de Ensino Clínico 2011-12 – Licenciatura em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde. 2013.

Fonte 50 - SIGIQ. Relatório de Avaliação da UC e da Orientação | UC EC I – 1º Semestre – 2012-2013.

Fonte 51 - SIGIQ. Relatório de Avaliação da UC e da Orientação | UC EC I – 1º Semestre – 2013-2014.

Fonte 52 - SIGIQ. Relatório de Avaliação da UC e da Orientação | UC EC V – 1º Semestre – 2013-2014.

Fonte 53 - SIGIQ. Relatório de Avaliação da UC e da Orientação | UC EC V – 2º Semestre – 2013-2014.

Fonte 54 - SIGIQ. Relatório de Avaliação da UC e da Orientação | UC EC V – 1º Semestre – 2014-2015.

Fonte 55 - SIGIQ. Relatório de Avaliação da UC e da Orientação | UC EC I – 3º Trimestre – 2014-2015.

Fonte 56 - SIGIQ. Relatório de Avaliação da UC e da Orientação | UC EC V – 1º Semestre – 2015-2016.

Fonte 57 - SIGIQ. Relatório de Avaliação da UC e da Orientação | UC EC V – 2º Semestre – 2015-2016.

Fonte 58 - SIGIQ. Resumo dos Inquéritos de Avaliação da UC e Docência | EC V 2013-2014 a 2015-2016

### ***Entrevistas***

Fonte 59 - Entrevista Enfermeira Chefe Centro de Enfermagem da Católica. Outubro 2016.

Fonte 60 - Entrevista Coordenadora CLE da UEE-Lisboa ICS UCP. Agosto 2017.

Fonte 61 - Entrevista Regente Ensino Clínico 10 UEE-Lisboa ICS UCP. Agosto 2017.

Fonte 62 - Entrevista Equipa de Coordenação do CEC-Lisboa ICS UCP. Agosto 2017.

Fonte 63 - Entrevista Coordenadora Unidade de Ensino de Enfermagem ICS-Porto UCP. Setembro 2017.

### **Notas de Campo**

Fonte 64 - Nota de Campo 1 | Ensino Clínico I

Fonte 65 - Nota de Campo 2 | Ensino Clínico V

Fonte 66 - Nota de Campo 3 | Sistemas e Plataformas de Apoio ao CEC

Fonte 67 - Nota de Campo 4 | Plano de Contingência H1N1

Fonte 68 - Nota de Campo 5 | Prestação de Serviços do CEC

Fonte 69 - Nota de Campo 6 | Outras considerações sobre o percurso do CEC

### **Outros documentos**

Fonte 70 - Lista de publicações dos docentes ICS-Porto UCP (2009-2014)

Fonte 71 - Despacho de Criação do Centro de Enfermagem da Católica de Lisboa – CEC  
– Lisboa

Fonte 72 - Docentes ICS | Avaliação do Centro de Enfermagem da Católica. Junho 2017.

Fonte 73 - Constança Festas. 2017. Instrumentos de avaliação do EC 10. 2017.

## **2.4 Procedimentos formais e éticos**

O presente estudo foi autorizado pelos responsáveis institucionais e, sob o ponto de vista ético, confronta-se com questões de honestidade científica e de confidencialidade associada a sigilo profissional, excluída que está a investigação sobre sujeitos humanos ou animais.

A fim de recolher os dados necessários para a efetivação da investigação acedemos aos registos constantes no CEC, na EE-Porto no ICS-Porto – conforme lista de fontes apresentadas no ponto 2.3 - *Lista de fontes* – de modo a avaliar não só as atividades desenvolvidas como a gestão das ações implementadas.

De modo a superar as questões relacionadas com a informação pessoal, os dados de identificação individual, por um lado, e de registo de informação, por outro,

foram, numa fase inicial, separados em duas bases de dados distintas. Concluída a recolha dos elementos necessários, toda a informação individual foi encriptada e preservado o respetivo sigilo.

Salvaguardámos a autorização de acesso à informação, da autorização para uso do conteúdo das entrevistas dos responsáveis, garantindo o tratamento da informação de forma separada, o sigilo e a honestidade científica.

## 2.5 Referências bibliográficas

48. **Moore, Fiona.** Case Study Research in Antropology. [autor do livro] Albert J Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of Case Study Research*. Thousand Oaks : SAGE Publications, 2010, pp. 86-92.
49. **Mills, Albert, Durepos, Gabrielle e Wiebe, Elden.** *Enciclopedia of Case Study Research*. Thousand Oaks : SAGE Publications, 2010.
50. **Aaltio, Iiris e Heilmann, Pia.** Casestudy as a methodological approach. [autor do livro] AJ Mills, G Durepos e E Wiebe. *Encyclopedia of Case Study Research*. Thousand Oaks : SAGE Publicacations, 2010, pp. 66-76.
51. **Timmons, Vianne e Cairns, Elizabeth.** Case Study Research in Education. [autor do livro] Albert Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of Case Study Research*. pp. 99-102.
52. **Yin, Robert K.** *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre : Penso, 2016. ISBN: 978-85-8429-082-6.
53. **Denzin, Norman K. e Lincoln, Yvonna S.** *The SAGE handbook of qualitative research*. 3rd. California : Sage Publications, Inc., 2000.
54. **Creswell, John W.** *Qualitative inquiry and reresearch design: choosing among five approaches*. Thousand Oaks, California : SAGE Publications, 2013. ISBN: 978-1-4129-9531-3.
55. **Yin, Robert K.** *Estudo de caso: Planejamento e Métodos*. 4<sup>a</sup>. s.l. : Bookman, 2010. ISBN: 978-8577806553.

56. **Morgado, José Carlos.** *O Estudo de caso na investigação em educação.* Santo Tirso : De Facto Editores, 2016. ISBN: 978-989-8557-10-0.
57. **Spradley, James P.** *The Ethnographic Interview.* Long Grove, Illinois : Waveland Press, Inc., 2016. 978-1-4786-3207-8.
58. **Roper, Janice M. e Shapira, Jill.** *Ethnography in Nursing Research.* Thousand Oaks, California : Sage Publications Inc., 2000. ISBN: 0-7619-0874-9.
59. **Beck, Cheryl Tatano.** Descriptive phenomenology. *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research.* New York : Routledge, 2013.
60. **Spradley, James P.** *Participant Observation.* Belmont, CA : Wadsworth, Cengage Learning, 1980. ISBN: 978-0-03-044501-9.
61. **Beck, Cheryl Tatano.** *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research.* New York : Routledge, 2013. ISBN: 978-0-415-67356-3.
62. **Streubert, Helen J.** Método Etnográfico. [autor do livro] Helen J. Streubert e Dona Rinaldi Carpenter. *Investigação Qualitativa em Enfermagem.* 5ª Edição. Loures : Lusodidacta, 2013. (tradução da 5ª edição - 2011).
63. **De Chesnay, Mary.** *Nursing Research Using Ethnography.* New York : Springer, 2015. ISBN: 978-0-8261-3465-3.
64. **Bailey, Patricia Hill, Montgomery, Phyllis e Mossey, Sharolyn.** Narrative inquiry. [autor do livro] Cheryl Tatano Beck. *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research.* New York : Routledge, 2013.
65. **Traynor, Michael.** Discourse analysis. [autor do livro] Cheryl Tatano Beck. *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research.* New York : Routledge, 2013.
66. **Polit, Denise F. e Beck, Cheryl Tatano.** *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 8th. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2008. ISBN: 978-0-7817-9468-8.
67. **Almeida, Leando S. e Freire, Teresa.** *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação.* 3ª. s.l. : Psiquilíbrios, 2003. ISBN: 972-97388-0-7.
68. **Lewenson, Sandra B.** Historical research in nursing. [autor do livro] Cheryl Tatano Beck. *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research.* New York : Routledge, 2013.

69. **Munhall, Patricia L.** Interpretive phenomenology. [autor do livro] Cheryl Tatano Beck. *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research*. New York : Routledge, 2013.
70. **Carspecken, Phil Francis.** *Critical Ethnography in Educational Research*. New York : Reutledge, 1996. ISBN: 0-415-90-492-7.
71. **Swanborn, Peter.** *Case Study Research - what, why and how?* London : SAGE Publicactions Ltd, 2010. ISBN: 978-1-84920-611-2.
72. **De Chesnay, Mary, et al.** Research with Vulnerable Populations. [autor do livro] Mary De Chesnay e Barbara A. Anderson. *Caring for the Vulnerable*. Burlington, USA : Jones & Bartlett Learning, 2012.



### 3 O caso em estudo: descrição e análise

---

O CEC surge em 2007 com o propósito de dotar o ICS-Porto da capacidade de prestar serviços na área dos cuidados de enfermagem e, concomitantemente, apoiar o ensino e a investigação da mesma área.

Para um melhor entendimento do percurso, optou-se por iniciar pela descrição do processo de criação e, posteriormente, resumir o conteúdo da análise da evolução e colaboração do CEC com cada uma das áreas individualmente.

Inicia-se esta análise pela contextualização da criação do referido serviço de extensão e conseqüente organização das atividades transversais, que projetam a atividade do CEC para as várias áreas de atividade. Seguidamente, abordam-se as atividades do CEC através da apresentação da organização da ação adotada e de forma mais específica as atividades de: apoio ao ensino, prestação de serviços, apoio à investigação e assessoria. Sentiu-se ainda necessidade de referir a participação do CEC nas atividades de divulgação da EE-Porto assim como abordar os recursos humanos.

Finaliza-se a descrição e análise com os dados apresentados no âmbito da autoavaliação do CEC.

#### 3.1 Criação e desenvolvimento

Em 2006, com a mudança da presidência do Centro Regional do Porto (CRP) da UCP, e a manifesta intenção de mudar e inovar, foi desencadeado um processo

de avaliação geral e dado início ao Garantia Interna de Qualidade e Estratégia (GIQE). Neste ano foi integrada no CRP da UCP a Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição. Todos os discentes e docentes foram integrados na Unidade de Ensino de Enfermagem no Porto (UEE-Porto), da Escola Superior Politécnica de Saúde, que também integrou os estudantes do curso de licenciatura em enfermagem iniciado na Escola Superior de Biotecnologia em 2004.

Neste ano letivo (2006/2007) houve uma grande dificuldade de colocação dos estudantes em locais adequados aos ensinamentos clínicos em geral, e particularmente na comunidade, devido ao elevado número de estudantes em várias escolas. Simultaneamente implementava-se na UCP o novo plano de estudos resultante da adequação que o Processo de Bolonha exigiu. Este novo plano de estudos previa dois novos ensinamentos clínicos na comunidade: um inicial, que visava dar aos estudantes a oportunidade de conhecer as necessidades e recursos da comunidade na área de saúde (EC I) e outro, terminal, que previa a participação dos estudantes no planeamento, implementação e avaliação de uma intervenção na comunidade (EC V) (Fonte 63).

Surge em 2007, a proposta de criação do CEC, por iniciativa da coordenadora da UEE-Porto (Fonte 1). Esta proposta decorreu já de uma análise e discussão de um projeto preliminar - o Centro de Enfermagem de Apoio à Família (anterior a 2007) - e complementarmente ao Projeto do Observatório de Saúde do CRP (Fonte 2 e Fonte 3).

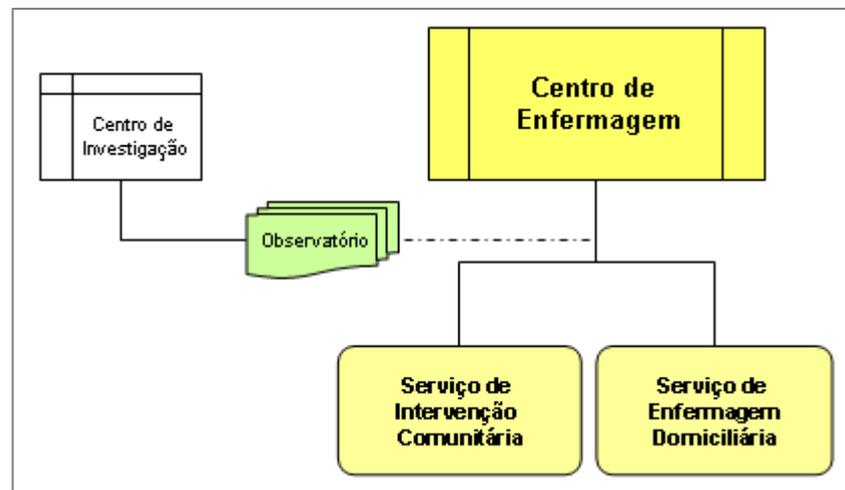
A criação do CEC justificou-se, entre mais, pela necessidade da UEE-Porto encontrar locais de ensino clínico para os seus estudantes do 1º ciclo em enfermagem na área de intervenção comunitária. Na proposta são explicados os factos que levam a esta necessidade e que passavam pelo aumento do número de estudantes e conseqüente reforço do número de vagas nos locais onde habitualmente se realizavam os ensinamentos clínicos. Mas também pela vontade

expressa dos docentes em se manterem ligados a um local de prática clínica, como parte integrante da sua atividade a tempo inteiro na escola (Fonte 63).

A missão do CEC é apresentada como inspirada **“na visão cristã do ser humano, dando especial atenção às populações mais vulneráveis e promovendo a dignidade e liberdade das pessoas envolvidas”** (Fonte 1). Lê-se ainda no mesmo documento que as atividades desenvolvidas **“pautar-se-ão por padrões de qualidade na prestação de serviços, serão sujeitas a avaliação contínua e responderão perante a sociedade e a instituição em que se inserem”** (Fonte 1).

O modelo organizativo proposto para o CEC salvaguarda desde o seu início a interligação do serviço de extensão com o Centro de Investigação, particularmente fornecendo dados para o Observatório de Saúde, que ganhava corpo enquanto estrutura do Centro de Investigação, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2 - Modelo organizativo do CEC (Fonte 1)



Está patente neste documento inicial que a integração de estudantes, de diferentes cursos e em diferentes fases de formação, seria feita em todas as áreas de atuação do CEC.

Já quando nos debruçamos sobre o Serviço de Intervenção Comunitária lê-se que se esperava que o CEC fosse local de ensino clínico da vertente comunidade (através das parcerias criadas) para todos os estudantes mas, sobretudo, para os do 1º ciclo em Enfermagem. A partir de 2007 começaram a ser integrados estudantes do CLE tanto no Ensino Clínico I - Diagnóstico de necessidades e recursos (que no plano de estudos de 2015 corresponde ao Ensino Clínico 2) como no Ensino Clínico V - Intervenção na comunidade (no plano de estudos de 2015 corresponde ao Ensino Clínico 10) dando-se, neste último, resposta a necessidades detetadas, monitorizando as aquisições das populações alvo e os resultados das ações realizadas. Nesta linha é referido que o CEC terá como “principal objetivo aumentar as competências de grupos vulneráveis, visando o autocuidado, gestão adequada de regimes terapêuticos e a promoção da saúde, integrando projetos de investigação que visem a mesma finalidade”. Elege-se ainda como parceiros privilegiados os Centros Sociais e outras estruturas das paróquias da Diocese do Porto (Fonte 1). Apenas no ano de 2007, outros estudantes, os do Ensino Clínico IV (Cuidados de Enfermagem à grávida, puérpera e criança/família) tiveram uma passagem pontual pelos cuidados de saúde na comunidade, no âmbito do CEC.

Na vertente do Serviço de Enfermagem Domiciliária (SED) é, à altura, previsto que respondesse às necessidades associadas às diversas fases do ciclo de vida e se desenvolvesse essencialmente no domicílio dos futuros clientes. A proposta de equipa deste serviço era integrar enfermeiros contratados e docentes (enfermeiros) da UEE-Porto permitindo, assim, também, a integração dos estudantes dos vários ciclos de ensino e da investigação.

A aprovação institucional deste serviço de extensão aconteceu em 2007 pelo então presidente do CRP (Fonte 63).

O plano de atividades apresentado no mesmo documento prevê o início de atividade em janeiro de 2008 (Fonte 1).

O Plano Diretor do ICS de 5 de dezembro de 2008 foi realizado perante um enquadramento de reflexão interna do GIQE. Nele é identificado como objetivo da UEE-Porto - que atualmente é denominada de “Escola de Enfermagem - Porto” (EE-Porto)<sup>1</sup> - o desenvolvimento do CEC através de:

- início da atividade de prestação de serviços de enfermagem domiciliários;
- desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária com impacto social, priorizando essa intervenção em grupos sociais mais vulneráveis (como é o caso de mães adolescentes institucionalizadas, adolescentes e jovens, idosos, pessoas sem abrigo e doentes com Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (VIH/SIDA) (Fonte 6).

Decorrentes desse objetivo identificam-se como estratégias associadas ao CEC a prioridade de estabelecimento de relações com a comunidade.

No Plano Diretor do ICS de 2008 é sugerida como prioridade a necessidade de criar programas de apoio às populações mais carenciadas seguida da criação de uma alternativa de Cuidados de Enfermagem à comunidade abrangente (Fonte 6). As estratégias associadas a estas prioridades são referidas como estando assentes no CEC que devia ainda ter em conta a necessidade de implementação de uma “filosofia de cuidados inovadora e diferenciadora, baseada nos valores de competência, solidariedade e compromisso social” (Fonte 6). É ainda apresentado como prioritário para o CEC a integração de atividades de ensino e investigação na prestação de serviços (Fonte 6).

Constata-se pela mesma fonte documental que a carência de instalações atrasou o início das atividades do CEC e que era urgente a colmatação desta situação

---

<sup>1</sup> Pelo despacho NR/1289/2015 a Escola Superior Politécnica de Saúde passou a designar-se Escola de Enfermagem, sendo a partir daí as duas Unidades de Ensino denominadas Escola de Enfermagem (Porto) da UCP e Escola de Enfermagem (Lisboa) da UCP

como forma de incrementar rapidamente as atividades de grande relevância social e facilitar a divulgação junto da comunidade (Fonte 6).

No planeamento das ações associadas a este Plano Diretor do ICS do ano de 2008 (Fonte 6) encontramos, no item Relações com a Comunidade / Agente Promotor de Inovação Social e Cultural entre outras, na prioridade 2, a necessidade expressa de promover o desenvolvimento de dinâmicas de sustentabilidade social que, realizadas em colaboração com a UEE-Porto, desenvolveriam o CEC e fomentariam a participação dos docentes e discentes nas atividades e programas do CEC.

Em 2008 é já perceptível, pelos documentos consultados, o início da atividade do CEC através do apoio a vários ensinos clínicos. No relatório desse ano estão registadas as atividades em que os enfermeiros do CEC participaram, tornando-se aqui evidente a capacidade de colaborar desde o diagnóstico de situação à intervenção em saúde. Na atividade associada à intervenção na comunidade não há identificação de indicadores para a avaliação da atividade realizada e há referência à sentida necessidade de divisão das atividades clínicas e docentes dos enfermeiros envolvidos (Fonte 5).

A organização do CEC (implementação da estrutura organizacional, física, estabelecimento de parcerias) e a colaboração na dinamização das atividades de interação com o exterior (Semana Aberta e Academia de Férias) são em 2007 e 2008 o alvo da atenção da equipa (Fonte 5).

É referido que o custo dos consumíveis usados pelo CEC nas suas colaborações e atividades (incluindo as relacionadas com o apoio ao ensino) está a ser registado através de sistemas de apoio à gestão (Fonte 5). A evolução destes sistemas é apresentada no item 3.2.1.2.2 - *Sistemas de apoio à gestão e registo de dados*.

Na sequência do desenvolvimento do CEC, algumas oportunidades de parcerias e locais de atendimento e intervenção foram equacionados, reportando-se aqui por ordem cronológica:

- diagnóstico de situação na comunidade de Vila d’Este o qual impulsionou a estruturação de uma intervenção comunitária que englobava a Paróquia e a Junta de Freguesia. Esta parceria manteve-se até ao ano de 2010, tendo terminado devido à opção por outros projetos (Fonte 59 e Fonte 69).
- criação de um gabinete na Junta de Freguesia de Paranhos. Apesar de terem estado estudantes e docentes de licenciatura a colaborar no local, esta parceria não prosseguiu por serem também necessárias várias obras no local de atendimento proposto (Fonte 59 e Fonte 69);
- criação de local de atendimento no bairro do Bom Pastor em 2009/2010 e cuja baixa frequência e opção por outros locais, levou à sua descontinuidade (Fonte 59 e Fonte 69);
- abertura de atendimento na Porta Solidária (paróquia de Nossa Senhora da Conceição – Marquês) desde 2009/2010 (Fonte 59) até ao presente momento.

Decorrente do processo de avaliação e reflexão interna do CRP, o CEC apresenta em Outubro de 2009 novo Plano Diretor para 2009-2013 (Fonte 9). Neste documento é referida a situação das contratações desde a criação do CEC (em outubro de 2007), os projetos em execução e assumida a missão do CEC enquadrando-o no ICS e no CRP:

*“O CRP assume como Missão produzir e partilhar conhecimento crítico, inovador e socialmente relevante, ao serviço do desenvolvimento integral da pessoa e em prol do bem comum, baseado nos valores da Promoção da Pessoa e da Vida, a Procura da Verdade, a Liberdade e a Independência, a Solidariedade e o Desenvolvimento Sustentável.*

*O ICS, na constância dos valores associados ao cuidado ao outro, pretende ser também uma referência nacional e internacional na produção e partilha do conhecimento, inovador e socialmente relevante, ao serviço do desenvolvimento integral da pessoa e em prol do*

*bem comum. Neste contexto, o CEC assume a missão de servir a pessoa no seu projeto de saúde, com uma prática baseada na evidência e orientada pela solidariedade, em colaboração com instituições que partilhem os mesmos valores, articulando os serviços com o ensino e investigação.*

*O CEC pretende ser uma referência regional e nacional na prestação de cuidados de enfermagem e ensino clínico, dando especial atenção às populações mais vulneráveis no respeito pela sua dignidade e liberdade, respondendo perante a sociedade e a instituição em que se insere pelo compromisso social assumido.” (Fonte 9)*

Ainda no mesmo documento (Fonte 9) são apresentados como pontos prioritários de ação: a continuidade dos projetos iniciados no último trimestre de 2008, o desenvolvimento de parceiras, a integração de estudantes de licenciatura nos projetos e a integração de projetos de investigação. Este documento (Fonte 9) refere-se ainda aos projetos do CEC em curso nesse período e apresenta uma breve descrição de cada um:

- Projecto *Superar a Solidão* com prioridade para pessoas mais idosas e grupos mais vulneráveis;
- Projecto *Apoio à maternidade* com prioridade para mães adolescentes de baixo rendimento;
- Projecto *Mais Saúde* com prioridade para a comunidade académica e paróquias da cidade;
- Projecto *Mais Próximo* com prioridade para as pessoas sem abrigo e doentes de VIH/SIDA;
- Projecto *Saúde na Escola*, com prioridade para colégios católicos e escolas públicas de zonas carenciadas.

As atividades e serviços a realizar, aquando da abertura do CEC, coincidem com o posicionamento e objetivos do CEC presentes no Plano Diretor para 2009-2013 (Fonte 59). No âmbito da inovação e diferenciação na prestação de serviços são elencados como fatores: a oferta à comunidade abrangente de uma alternativa de cuidados de enfermagem, a implementação de uma filosofia de cuidados “inovadora e diferenciadora” (com base na competência, solidariedade e compromisso social), a promoção das atividades de ensino e investigação no CEC. Perante a necessidade do serviço de extensão contribuir para o

desenvolvimento de dinâmicas de sustentabilidade social, é fator propiciador da atuação o desenvolvimento de programas de apoio às populações mais carenciadas e a participação nas estruturas públicas que atuam a nível social e de saúde. Do mesmo documento ainda releva o desenvolvimento de projetos de formação e ações de voluntariado e o apoio da comunidade do ICS no voluntariado social (Fonte 9).

No período temporal entre 2009 e 2012 identifica-se o reforço da missão do CEC como sendo “servir a pessoa no percurso de saúde, com uma prática baseada na evidência e orientada pela solidariedade, em colaboração com instituições que partilhem os mesmos valores, articulando os serviços com o ensino e investigação.” (Fonte 18). Identificam-se várias referências ao desenvolvimento de projetos que integram as várias valências do CEC.

O plano de negócios do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) refere que com a abertura desse serviço o CEC poderia “responder às necessidades em cuidados de enfermagem, detetadas na comunidade, sistematizando os cuidados de enfermagem, associados ao ensino e investigação nesta área. Será dada prioridade às áreas de investigação em curso na Unidade de Investigação do ICS” (Fonte 16). Ainda no documento é reforçada a necessidade de não concorrer, no negócio, com os licenciados pela EE-Porto mas sim ser uma referência no serviço à comunidade integrando ensino e investigação (Fonte 16). São apresentados como objetivos deste serviço:

- melhorar as condições de vida e de bem-estar das pessoas em situações de dependência;
- promover a autonomia em pessoas em situação de dependência;
- promover a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, garantindo os cuidados terapêuticos necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;

- assegurar uma gestão integrada e multidisciplinar de cuidados, promovendo a articulação com outras entidades e grupos profissionais;
- propiciar condições favoráveis ao desenvolvimento e preservação das relações inter-familiares;
- contribuir para evitar ou retardar a institucionalização.

Salientar que foram elencadas como potencialidades do SAD: a marca Católica, a tradição da ação comunitária do ensino de enfermagem, o corpo de recursos humanos peritos em diversas áreas de intervenção, a potencialidade de estabelecer protocolos de colaboração com vários setores da sociedade, plano curricular e filosofia do CLE, elevado número de estudantes do 2º ciclo com projetos a desenvolver na comunidade, linhas de investigação prioritárias (Fonte 16). E como fragilidades já elencadas no documento é referido: reconhecimento público não abrangente da ligação entre UCP e a Enfermagem; aumento do número de oferta de serviços; falta de recursos próprios; população não desperta para este tipo de serviços; flutuação sazonal do número de estudantes (Fonte 16).

Para a implementação do SAD são apresentadas as seguintes fases: Instalações e equipamentos; aquisição de equipamentos técnicos; legalização; marketing; estabelecer parcerias sociais; estabelecer protocolos com fornecedores (Fonte 16). É ainda salvaguardado no documento que o planeamento de atividades está diretamente relacionado com a atividade do CEC, nomeadamente na atividade associada ao “Centro de Referência de Tratamento de Feridas” e ao “Centro de Terapias Complementares” (Fonte 10 e Fonte 16). Do ponto de vista organizativo o documento apresenta já o organigrama da estrutura do SAD que utilizaria os mesmos recursos orgânicos do CEC e que o enfermeiro coordenador, responsável pelo SAD, deveria ter experiência em gestão de serviços de enfermagem e ser professor na EE-Porto (Fonte 16).

Relativamente ao espaço disponível é referida no ano de 2011 uma melhoria mas que o mesmo ainda não é o necessário para cumprir os requisitos de abrir o local para prestação de cuidados de enfermagem com base na legislação então em vigor. Perante a impossibilidade de iniciar essa prestação no local físico existente inicia-se a análise fundamentada dos custos e implicações da abertura do SAD, para o qual foi elaborado um Plano de Negócios (Fonte 18).

Ao longo dos relatórios apresentados vão aparecendo resumos de informação sobre as atividades e sobre o que as mesmas representam para o CEC. Podemos ainda constatar que existe uma apresentação de resumo de atividades e ação de intervenção por projeto (Fonte 18).

No que aos resultados diz respeito é de salientar a referência à dificuldade de contabilização dos dados a tempo da realização do relatório e, por isso, são assumidos como dados preliminares. Como reforço da posição do CEC ainda se lê, na conclusão, que “a maioria dos objetivos previstos estão em vias de ser na sua maioria atingidos” (Fonte 18).

Depreende-se das opções relatadas entre 2009 e 2012 que houve reflexão sobre a implicação da concorrência dos serviços prestados na atividade dos diplomados em enfermagem sendo, este aspeto, um dos principais entraves a uma ampla e alargada divulgação do serviço prestado pelo CEC (Fonte 18).

Num documento redigido em 2013, é referido que até 2012 o CEC interagiu com 55 parceiros e que deu oportunidade de primeiro emprego a 21 ex-estudantes - a termos certo e parcial (Fonte 24).

Em 2013 surgiu a necessidade de pensar num projeto aglutinador das várias possibilidades de prestação de serviço da UCP com a criação conjunta da Clínica Universitária da Católica entre as unidades de Biotecnologia, Educação e

Psicologia e Ciências da Saúde. A EE-Porto refere que este documento é realizado no “*pressuposto da integração do CEC e da filosofia que nele tem vindo a ser seguida*” (Fonte 25). Podemos ainda identificar a referência ao reforço da missão e visão já assumidos pelo CEC e aos valores do CRP (Fonte 25). A EE-Porto apresenta os argumentos em que poderia associar-se nesta oferta de serviço de qualidade diferenciador da marca Católica através de duas áreas de atuação: projetos de intervenção comunitária e prestação de cuidados de enfermagem “sempre em articulação com as atividades e projetos de ensino” (Fonte 25). Neste documento de 2013 é novamente salientada a capacidade de oferecer o tratamento de feridas, terapias complementares, ações de educação para a saúde, acompanhamento na gravidez e preparação para o parto, promoção da parentalidade, do autocuidado e da reabilitação de pessoas dependentes, cuidados a pessoas dependentes no domicílio, gestão de prestação de cuidados paliativos, capacitação e apoio de cuidados familiares, informação e treino de estratégias de *coping*, apoio no luto (Fonte 25). São, estes contributos, completados com a referência a todas as especificidades dos recursos exigidos (Fonte 25).

Ainda no ano de 2013 começou a ser preparada a reestruturação da intervenção do CEC dado que o término dos prazos temporais dos projetos implementados se aproximava.

No relatório de 2014-2016 são-nos apresentados os documentos associados a cada um dos projetos do CEC em vigor à data e, apesar de nos documentos a que tivemos acesso não termos encontrado documentos que claramente o assumam, surgem reestruturados pela experiência adquirida com os projetos que os antecederam (Fonte 27).

O Plano Estratégico e de Sustentabilidade 2016-2020 (Fonte 26) reforça, passados 10 anos da criação do CEC, a opção estratégica do ICS na área de Extensão de Serviços à comunidade, através da identificação da necessidade de “desenvolver um modelo de prestação de serviços que expresse os valores adotados, integre o

ensino e a investigação, e contribua para o bem comum de forma sustentável”. Os objetivos traçados nesta área são:

- consolidar o CEC como referência de boas práticas de enfermagem (até 2018);
  - implementar projetos de intervenção comunitária em parceria com instituições sociais e da Igreja, relevantes e sustentáveis (até 2018);
  - desenvolver o serviço de assessoria às instituições da Igreja com serviços sociais e de saúde (até 2020);
  - aumentar a contratualização de serviços internos e externos (até 2020);
  - promover a formação de voluntários sociais e de saúde (até 2020)”
- (Fonte 26).

No ano de 2017, juntamente com todos os outros serviços do ICS-Porto, o CEC muda a sua sede para o Campus da Foz da UCP.

### 3.2 Atividade desenvolvida

O CEC desde o seu início organizou a sua intervenção na comunidade através de projetos e sub-projetos que orientam as áreas e públicos-alvo a que dirige a sua atuação de acordo com a sua missão.

*“A necessidade [de criar projetos] surgiu naturalmente, quando se verificou a necessidade de dar resposta a necessidades quer das comunidades quer da academia e, verificando a metodologia de projeto, era a que melhor correspondia a ambas, tendo objetivos, estratégias, indicadores de avaliação contínua.” (Fonte 59)*

### 3.2.1 Organização de atividades

Ao longo da elaboração do presente documento, através das fontes consultadas, foi possível ir conhecendo de forma cronológica os vários projetos e sub-projetos referidos.

Apresentam-se, de seguida, alguns aspetos relevantes da análise dos documentos orientadores dos projetos assim como os aspetos relacionados com as infraestruturas.

#### 3.2.1.1 Projetos

##### **Projeto Superar a Solidão | 2011-2013**

Pela análise do primeiro documento consultado sobre o projeto “*Superar a Solidão*” (Fonte 21), o mesmo é definido como sendo a resposta do CEC aos objetivos traçados no Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas (73) a problemas levantados através da observação direta com idosos no decorrer do EC V - Intervenção na Comunidade. A finalidade deste projeto era obter ganhos em saúde através de estratégias adequadas, no âmbito da Saúde do Idoso.

Como indicadores de resultado e impacto do projeto (Fonte 21) foram definidos os seguintes:

$$SS I1 = \frac{\text{Abrangência da formação / informação}}{\text{População idosa}}$$

$$SS I2 = \frac{\text{N.º de idosos rastreados}}{\text{População idosa}}$$

$$SS I3 = \frac{\text{N.º Famílias abrangidas por formação}}{\text{Total de famílias com idosos}}$$

$$SS I4 = \frac{\text{N.º famílias intervencionadas}}{\text{Total de famílias com idosos}}$$

$$SS I5 = \frac{\text{N.º de prestadores de cuidados abrangidos}}{\text{Total de prestadores de cuidados}}$$

No relatório de atividades do CEC 2012 (Fonte 18), para este projeto, são apresentados como total 56 Ações de Educação para a Saúde (AES), 78 Sessões, 1595 pessoas participantes e 972 consultas de enfermagem.

### ***Projeto Tornar-se Mãe | 2011-2013***

O projeto “*Tornar-se Mãe*” analisado através do seu documento para o triénio 2011-2013 (Fonte 22), pretendia promover uma prática diferenciada com enfoque no processo de diagnóstico e intervenções ajustadas à aquisição das competências para o exercício do papel maternal e para a aceitação das responsabilidades inerentes. Este projeto foi desenvolvido junto a mães adolescentes ou com fatores de risco no desempenho maternal, em contexto de institucionalização, ou em apoio social por instituições parceiras do CRP (Fonte 22). Assume como população alvo “*utentes das instituições parceiras (Lar Luísa Canavarro, Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental da Obra Diocesana de Promoção Social, Instituto Português da Juventude)*” (Fonte 22). Existe referência a que o projeto começou a ser delineado no 2º trimestre de 2009 e que em 2010-2011 uma intervenção estruturada permitiu a reformulação de 2011-2013 (Fonte 22).

Para além de apresentar os objetivos, a equipa, as estratégias e atividades, o documento apresenta como indicadores do projeto:

$$TM I1 = \frac{\text{N.º de jovens que frequenta as ações planeadas}}{\text{N.º de jovens utentes da instituição}}$$

$$TM I2 = \frac{\text{N.º de utentes que demonstram conhecimentos sobre o autocuidado x}}{\text{N.º de utentes que foram instruídas sobre o autocuidado x}}$$

$$TM I3 = \frac{\text{N.º de utentes que demonstram como se realiza uma boa pega}}{\text{N.º de utentes que foram instruídas sobre a amamentação}}$$

$$TM I4 = \frac{\text{N.º de utentes que recorrem à consulta de enfermagem}}{\text{N.º de utentes da instituição}}$$

$$TM I5 = \frac{\text{N.º de utentes grávidas que efetuam adequada vigilância da gravidez}}{\text{Número de utentes grávidas}}$$

$$TM I6 = \frac{\text{N.º de utentes que prepararam a chegada do filho (quarto, enxoval, cadeira, brinquedos)}}{\text{N.º de utentes que fazem formação}}$$

$$TM I7 = \frac{\text{N.º de utentes que frequentam as sessões de educação para a saúde}}{\text{N.º de utentes da instituição}}$$

Como metas deste projeto são apresentadas as seguintes:

- 75 % das jovens demonstram competências nos cuidados de higiene ao filho;
- 30% das jovens mantém aleitamento materno exclusivo até aos 4 meses de vida do recém-nascido;
- 90% das utentes procura cuidados de saúde a nível do planeamento familiar e doenças sexualmente transmissíveis.

O documento prevê ainda que na avaliação sejam criados documentos de colheita de dados e a criação de uma base de dados (Fonte 22).

No relatório de atividades do CEC 2012 (Fonte 18), para este projeto, são apresentados como total 33 AES e 36 Sessões a 336 pessoas abrangidas.

### ***Projeto Mais Saúde | 2011-2013***

A análise realizada ao documento do projeto “*Mais Saúde*” para o triénio 2011-2013 (Fonte 20) refere que o mesmo visa ganhos em saúde das comunidades escolares e é apresentado como contendo 3 sub-projetos:

- Enfermeiro na Escola: estudantes de enfermagem finalistas orientados por enfermeiro, visando o desenvolvimento de cuidados de enfermagem (atendimentos de enfermagem em situação de doença aguda ou primeiros socorros, AES e Assessoria);

- Comunidades Educativas Mais Saudáveis: disponibiliza oferta formativa pontual em áreas de educação para a saúde e promoção de estilos de vida saudáveis a instituições de ensino;
- Há Saúde na Católica: promoção de estilos de vida saudáveis na comunidade escolar e diminuição de comportamentos de risco e suas implicações para a saúde da comunidade académica do CRP da UCP (Fonte 20).

A população alvo do projeto é assumida como sendo as comunidades educativas dos agrupamentos escolares com os quais a UCP tem protocolo. São ainda apresentados no documento os parceiros, objetivos e a equipa.

No relatório de atividades do CEC 2012 (Fonte 18), para este projeto, são apresentados como total do “*Mais Saúde*” 895 AES e 25211 participantes.

### ***Projeto Mais Próximo | 2011-2013***

Da análise do documento orientador do projeto “*Mais Próximo*” em 2011 (Fonte 19) percebe-se este projeto como sendo uma resposta na promoção da saúde, redução do risco e minimização de danos de pessoas em risco de, ou, em exclusão social, com prioridade para as pessoas sem-abrigo que procuram alimentação e outros apoios em centros parceiros no projeto (Fonte 19 p. 3).

O documento apresenta a população alvo, parceiros, objetivos, equipa e metas.

Como indicadores, o referido documento apresenta os seguintes:

$$MP I1 = \frac{\text{N.º de atendimentos por solicitação espontânea}}{\text{População}}$$

$$MP I2 = \frac{\text{N.º de atendimentos por solicitação de equipa}}{\text{População}}$$

$$MP I3 = \frac{\text{N.º de utentes referenciados para outros serviços de saúde}}{\text{População}}$$

$$MP I4 = \frac{\text{N.º de utentes referenciados para outros serviços de saúde}}{\text{N.º de utentes com diagnóstico ...}}$$

$$\text{MP I.5} = \frac{\text{N.º de utentes rastreados dia } x}{\text{N.º de utentes de utentes dia } x}$$

Pode, ainda, ler-se no documento que eventuais indicadores específicos (ou de atividade) devem ser definidos em cada atividade planeada.

No relatório de atividades do CEC apresentado em 2012 (Fonte 18), para este projeto são apresentados como total 284 participantes de rastreios e vacinação, 64 participantes em rastreio pneumológico e mais de 450 consultas de enfermagem.

### ***Projeto de Apoio e Intervenção em Saúde (PAIS) | 2011***

Deste projeto há um documento de trabalho que refere como objetivo do “PAIS” em Instituições de Solidariedade (PAIS-IS) o apoio e intervenção em saúde, em utentes de Instituições de Solidariedade no Distrito e / ou Diocese do Porto, visando a qualidade assistencial e a sustentabilidade institucional (Fonte 23). Este projeto foi progressivamente adaptado para integrar várias especificações transversais a atividades do CEC e EE-Porto pelo que o seu documento final e implementação foram sendo adiadas (Fonte 69).

### ***Nestes projetos verificou-se que...***

Nesta fase, os projetos eram desenhados para objetivos de promoção da saúde e serviço à comunidade. Não encontramos em nenhum projeto indicadores na área de ensino (por exemplo, quantos estudantes ou dissertações previa incluir) nem de investigação (por exemplo, quantos artigos ou comunicações previa incluir).

Na avaliação realizada constante do relatório de atividades de 2009-2012 são relatadas as dificuldades relacionadas com a criação do CEC mas elencam-se também as principais potencialidades do CEC e da EE-Porto:

- *Educação para a saúde;*
- *Gestão/Prestação de cuidados centrados na pessoa/família/contexto;*
- *Gestão/Prestação de cuidados paliativos em contexto domiciliário;*
- *Gestão/Promoção do autocuidado/autonomia;*
- *Gestão/Promoção da adesão e gestão do regime terapêutico;*
- *Capacitação (emocional e instrumental) do prestador de cuidados;*
- *Promoção de estratégias de coping/empowerment.*
- *Promoção da parentalidade;*
- *Avaliação e tratamento de feridas;*
- *Promoção da integração da pessoa na família/sociedade.”* (Fonte 18)

Aqui é já salientado que a relação ímpar e privilegiada mantida com instituições que intervêm junto das populações mais vulneráveis assim como o desenvolvimento da atividade científica apoiam a função do CEC no âmbito do apoio à investigação na UCP (Fonte 18).

Salienta-se deste relatório, reportado ao período temporal de 2009 a 2011 (Fonte 18), que os resultados são comparados (recorrendo a um formato de grelha) com os objetivos propostos no Plano Diretor do CEC (Fonte 9). Apesar de não referir resultados, são registadas as vantagens que foram identificadas nesse âmbito. Os itens que demonstram menor desenvolvimento ou que apresentam uma justificação do resultado de forma menos explícita são os relacionados com o voluntariado social. No final do documento são apresentados os objetivos previstos referindo que os mesmos estão em vias de ser, na sua maioria, atingidos. No período de 2009 a 2011 o número de solicitações ao CEC cresceu e sobressai a constatação de que os recursos da equipa são limitados e insuficientes para todas as solicitações recebidas.

Nos anos de 2014-2016 (Fonte 27) identificam-se atividades que não foram implementadas ou asseguradas devido a fatores externos ao CEC. Neste período é salientado que existe conhecimento científico e motivação para propiciar uma alternativa na prestação de serviços de saúde no CEC. Complementarmente a essa capacidade há algumas questões, relacionadas com a estratégia da UCP, que atrasam a sua implementação. Neste período assume-se que o CEC entrou numa nova fase que se define como sendo de desenvolvimento de projetos que integram a prestação de serviços à comunidade, e o apoio ao ensino e a investigação em enfermagem. É assumido que há docentes e discentes (dos diferentes ciclos) inseridos em projetos com vista ao atingimento dos objetivos delineados para os mesmos e aliando a constante procura de novas evidências científicas e desenvolvimento de um conjunto de serviços que promovem cuidados de qualidade junto das comunidades. No mesmo documento existe identificação dos recursos humanos alocados ao CEC como sendo uma enfermeira chefe e dois enfermeiros de cuidados gerais (Fonte 27) além da colaboração dos professores envolvidos nos projetos ali em curso.

Há referência a cinco projetos em curso no CEC. Para além de um breve enquadramento de cada projeto são apresentados os dados da abrangência dos mesmos preferencialmente com o número de instituições e população alvo abrangida. São apresentados os resultados por projeto em relação a locais de intervenção, estudantes envolvidos e produção técnica. Existe uma comparação entre os resultados à data, face ao plano estratégico em vigor na altura sendo que dos 5 objetivos apresentados só não foi atingido, apesar da referência à melhoria, o relacionado com o aumento da contratualização de serviços internos e externos.

Com base nos documentos de avaliação de projetos do período de 2014-2016 apresenta-se de seguida, sucintamente, algumas especificidades por projeto (Fonte 27).

### ***Projeto Enfermeiro na Escola | 2014-2016***

No Relatório de Atividades do CEC 2014-2016 é apresentado o projeto “*Enfermeiro na Escola*” como tendo tido “início em 2008 e em setembro de 2014 entrou no seu segundo ciclo” (Fonte 27).

São objetivos deste projeto:

- concretizar um diagnóstico de saúde;
- aumentar o conhecimento sobre a saúde das crianças e jovens em contexto escolar;
- aumentar ou manter o comportamento de procura de saúde das crianças e jovens;
- aumentar a capacidade individual para aceder aos cuidados de saúde;
- diminuir o número de eventos críticos acidentais e/ou patológicos.

São ainda neste documento apresentados: estratégias, número de estudantes e indicadores de produção científica e técnica associadas (Fonte 28).

### ***Projeto Mais Independência, Mais Autonomia | 2014-2016***

O projeto “*Mais independência, mais autonomia*” iniciou-se em 2014 e visa a promoção de saúde em contexto de centro de dia.

Os objetivos gerais apresentados para este projeto são:

- concretizar um diagnóstico de saúde;

- aumentar a capacidade para o exercício da tomada de decisão nas pessoas idosas;
  - aumentar ou manter a capacidade funcional das pessoas idosas;
  - aumentar a adesão das pessoas idosas ao regime terapêutico prescrito ou idealizado;
  - aumentar a capacidade individual para aceder aos cuidados de saúde;
  - diminuir o número de eventos críticos acidentais e/ou patológicos (Fonte 29).
- Este projeto apresenta ainda elencadas ações realizadas no âmbito da intervenção, estratégias por nível de prevenção em saúde e indicadores de processo. É possível neste documento analisar o resultado do triénio quanto aos 55 indicadores com cálculo apresentado (Fonte 29).

### ***Projeto Mais Próximo | 2014-2016***

O projeto “*Mais Próximo*” é também apresentado como uma continuação do já implementado desde 2011 e que também entrou no seu segundo ciclo a partir de 2014.

No documento do projeto (Fonte 30) são elencados os objetivos como sendo:

- conhecer as necessidades dos utentes que recorrem ao gabinete de enfermagem;
- promover os comportamentos de procura de saúde;
- promover o autocuidado;
- prevenir os comportamentos de risco;
- diminuir eventos críticos;
- estimular competências de higiene e cuidados pessoais;
- estimular competências de responsabilização, organização e compromisso;
- estimular competências de relacionamento interpessoal.

Este projeto apresenta também ações realizadas no âmbito da intervenção, estratégias por nível de prevenção em saúde e indicadores de processo. É possível neste documento analisar o resultado do triénio quanto aos 17 indicadores com o cálculo apresentado (Fonte 30).

### ***Projeto Capacitar para Cuidar | 2014-2016***

O projeto “*Capacitar para Cuidar*” foi implementado em setembro de 2014 e pretende contribuir para “prevenir a incidência e manutenção de comportamentos que possam ampliar a probabilidade de ocorrência de eventos crónicos que comprometam as respostas humanas face aos processos de vida e/ou doença dos elementos que constituem a díade de cuidados informais” (Fonte 27).

Como identificado no anexo ao relatório de atividades do CEC 2014-2016 (Fonte 31) são objetivos gerais deste projeto:

- identificar as necessidades dos membros da família prestadores de cuidados;
- identificar as necessidades dos recetores de cuidados;
- promover o exercício do papel de prestador de cuidado eficaz;
- aumentar o comportamento de procura de saúde adequado;
- diminuir os eventos críticos para os intervenientes da díade de cuidados;
- diminuir as complicações de saúde para os intervenientes da díade de cuidados.

Apresenta uma estrutura muito semelhante aos dois anteriores, referindo 32 indicadores calculados em percentagem. É importante notar que os resultados apenas dizem respeito de setembro de 2014 até fevereiro de 2015 (Fonte 31).

### ***Projeto Decidir para Agir | 2014-2023***

O projeto “*Decidir para Agir*” é apresentado no relatório de atividades do CEC 2014-2016 como iniciado em setembro 2014 e sendo um projeto de intervenção comunitária que tem como finalidade promover a gestão comunitária eficaz para a promoção de competências para a vida, promotoras de um projeto de vida saudável.

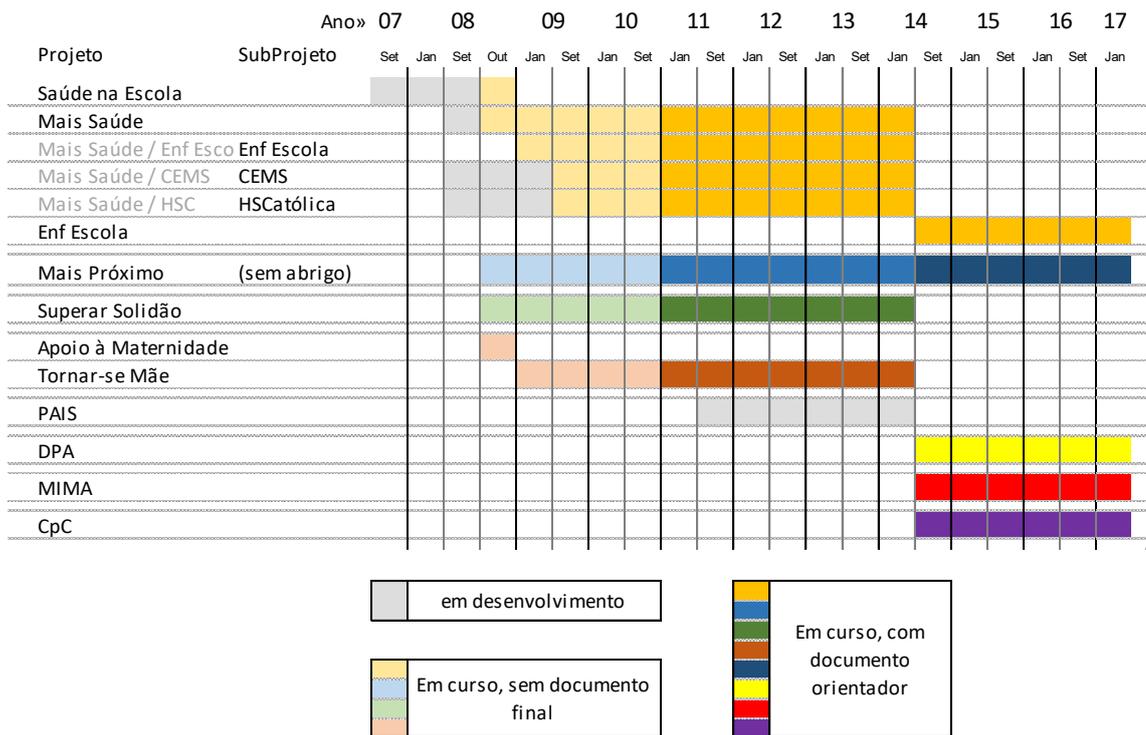
É referido ainda que este projeto surge da parceria entre a Unidade Local de Matosinhos e a UCP com os objetivos de: promover uma tomada de decisão eficaz nos estudantes; promover um papel profissional efetivo nos docentes; promover um papel parental efetivo nos encarregados de educação. O documento apresenta a equipa que esteve no projeto de 2014 a 2016 e 7 publicações técnicas como indicador (Fonte 32).

### ***Na globalidade...***

Devemos analisar a referência aos diferentes projetos através do tempo com vista a uma adequada análise da sua articulação e sequência (Figura 3).

Podemos constatar pela Figura 3 que os projetos de intervenção foram a base da intervenção do CEC, nomeadamente o *Saúde na Escola* a partir de 2007 (Fonte 34 a Fonte 39; Apêndice I). Posteriormente, em 2008/2009, iniciaram-se mais projetos e intervenções associadas (Fonte 40 a Fonte 48; Apêndice I).

Figura 3 - Representação temporal dos projetos e sub-projetos do CEC



Com base nestas dinâmicas e atividades surge a reestruturação onde a atuação nas instituições de ensino foi transformada no Projeto *Mais Saúde* com 3 sub-projetos associados (de acordo com as áreas específicas de intervenção). No relatório de atividades de 2009 (Fonte 8) é referido o *Enfermeiro na Escola* como sub-projeto inserido no projeto *Mais Saúde* e que aparenta ser a reformulação do Projeto *Saúde na Escola* que apenas surge no Plano Diretor CEC 2009 (Fonte 9). É no relatório de atividades de 2011 (Fonte 14) que se refere a existência dos sub-projetos “*Comunidades Educativas Mais Saudáveis*” e “*Há Saúde na Católica*”. Relativamente ao sub-projeto “*Comunidades Educativas Mais Saudáveis*” é referido com tendo uma atividade associada apenas às propostas/pedidos de atuação e a disponibilidade dos recursos existentes.

Pelas evidências encontradas no relatório de atividades de 2012 (Fonte 14 e Fonte 18), os projetos assumidos já estavam em curso entre 2009 e 2011. Não tivemos

acesso a documento final que o descrevesse e fosse assumido como aprovado e pertencente ao CEC. No período de 2011 a 2013 surgem os documentos finais dos projetos em curso (Fonte 19 a Fonte 22) onde é apresentado de forma estruturada a identificação do projeto, os seus objetivos gerais, estratégias/atividades e indicadores.

Ainda dentro do relatório de atividades de 2014-2016 foi realizada uma análise das Forças (*Strengths*), Fraquezas (*Weaknesses*), Oportunidades (*Opportunities*) e Ameaças (*Threats*) (SWOT) que tem uma elevada relevância pelo resumo da atuação do passado do CEC e as perspectivas futuras de atuação que se equacionam, a qual é apresentada na Figura 4.

Figura 4 - Análise SWOT CEC (Fonte 22)

Forças	Fraquezas
Ligação Paróquias com Centros Sociais Possibilidade de articular ensino-prática Projetos de intervenção na comunidade: Mais Próximo; Mais Independência, Mais Autonomia; Capacitar para Cuidar; Decidir para Agir; Enfermeiro na Escola que tem dado uma boa imagem do CEC Parcerias já bem definidas e com satisfação - ① O corpo docente tem know how científico para assessorar um: Centro de Feridas – já o faz em casos pontuais Centro de Estimulação Cognitiva e Motora- Idem Gestor de Caso com professor - idem	Ausência de CAE saúde – Faturar através de donativos Impossibilidade de trabalhar como empresa Ausência de Instalações Dificuldade em assegurar a ação dos projetos ao longo de todo o ano com alunos. Porque os professores podem. Vários anos sem conseguir desenvolver o CEC Diminuição de alunos o que diminui a imputação de verba para os projetos do CEC
Oportunidades	Ameaças
Procura de serviços por sujeitos particulares Procura de serviços por entidades ACES como parceiro - Favorece parcerias mas não assegura lucro para o CEC Serviço de gestão de casos a partir do SAD do Marquês	A instabilidade económica Diminuição de alunos que alimentem os projetos Regras específicas para prestação de cuidados de saúde

### 3.2.1.2 *Infraestruturas*

A instalação e o desenvolvimento do CEC assim como as atividades que realizou ou tinha possibilidade de realizar foram acompanhados de várias alterações de e no espaço físico a si afeto. Simultaneamente teve sempre necessidade de registar, construir e atualizar sistemas de registo e gestão que apoiassem as atividades em curso.

#### 3.2.1.2.1 Espaço físico

Tendo o CEC instalações para o trabalho interno e apoio aos estudantes, foram várias as tentativas de criação de um espaço dentro da UCP que possibilitasse a prestação de serviços ao exterior por parte do CEC. As várias opções foram sendo excluídas por diferentes razões:

- no edifício de extensão (campus da Asprela), 5º Piso. Excluído por dificuldade em colocação de água e por difícil acesso por parte da comunidade externa ao local em causa (Fonte 69);
- no edifício do Externato Augusto Simões Ferreira da Silva (campus da Asprela), no segundo andar: sem condições suficientemente adequadas de isolamento e inexistência de ponto de água (Fonte 69);
- no primeiro piso do externato Augusto Simões Ferreira da Silva aparentemente propiciava todas as condições necessárias à abertura de um centro de enfermagem com as características exigidas pela legislação. As obras propostas foram aprovadas mas não chegaram a ser implementadas por razões associadas à possibilidade (eminente, na altura) de nova mudança de instalações (Fonte 59 e Fonte 69);
- foi ainda ponderada a abertura de centro de atendimento numa instituição parceira, no centro do Porto. Não se efetivou também esta opção de fixação. (Fonte 69).

Durante o ano letivo de 2008-2009, derivado das dificuldades em criar um espaço físico no campus da Asprela que reunisse as (possibilidades de) condições adequadas para a instalação do CEC, estudaram-se os prós e contras da passagem desta valência do ICS para instalações em Hospital parceiro no Porto. Desta análise salienta-se a vantagem da passagem pela presença num local já por si associado à componente curativa mas com a grande desvantagem de se afastar significativamente do local de ensino e do potencial da proximidade do Campus da Asprela ao Hospital São João (Fonte 10).

A integração de novos docentes na EE-Porto trouxe novos conhecimentos e possibilidade de diversificação da oferta. A área mais evidente foi “Tratamento de Feridas” e, decorrente desta vontade e capacidade, surge um documento de trabalho demonstrador da opção de criar um centro de tratamento de feridas associado ao CEC e em cujo documento se propõe a sua localização no Hospital Parceiro, não público, no Porto (Fonte 12 e Fonte 69).

O CEC continuou até 2017 sem instalações destinadas especificamente ao atendimento ao público.

À data da entrega da tese encontra-se em adaptação para as necessidades do CEC um espaço no piso 0 do Edifício do Restauro do Campus da Foz da UCP.

#### 3.2.1.2.2 Sistemas de apoio à gestão e registo de dados

Entre outras atividades é referida em 2007/2008 (Fonte 5) e 2008/2009 (Fonte 8) a criação de folhas de registos, criação da folha de inserção de dados para o Observatório de Saúde, criação de base de dados para gestão de pessoal do CEC, criação e aperfeiçoamento da base de dados de gestão de material e custos do CEC.

A base de dados de gestão de material conjugava a facilidade de alocação de gastos por unidade curricular ou atividade e permitia usar já uma metodologia

de *First In - First Out* na gestão do stock. A capacidade da base de dados devolver a qualquer momento a relação e o valor gasto por cada rubrica foi essencial para comunicar à direção da EE-Porto os gastos que o CEC tinha com o apoio ao ensino do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Posteriormente nesta base de dados foi criada uma componente de registo de atendimentos de enfermagem, específico para registo de parâmetros de saúde (dado que o principal motivo de atendimentos era monitorização de tensão arterial) associada à contabilização direta de gastos de consumíveis a cada um dos atendimentos, com reflexo imediato na gestão de stocks do CEC (Fonte 66).

Outra base de dados foi sendo preparada desde o ano de 2007 para a organização dos registos de atendimentos de enfermagem no âmbito da intervenção no Projeto Saúde na Escola e que, ao longo de vários anos e versões, está preparado para registar vários tipos de informação, maioritariamente de forma codificada.

Dessa versão digital de registo surgiu uma das mais usadas bases de dados (e a que mais evolução teve) no CEC, a Base de dados de atendimentos de enfermagem. Esta ferramenta criada em *Microsoft Access* permite a introdução codificada, entre outra informação, do tipo de atendimento, do diagnóstico (através do foco) de enfermagem e de intervenções de enfermagem associadas. Existem relatórios automatizados de pesquisa aos dados que podem ser solicitados a qualquer momento e que devolvem ao utilizador a contabilização de atendimentos de enfermagem (totais ou por período), diagnósticos de enfermagem (totais e por período), intervenções de enfermagem (totais e por período) assim como ordenação dessas listagens por número de eventos (Fonte 66). Atendendo ao conteúdo sensível dos dados recolhidos e armazenados, desde o início da criação e uso das referidas bases, foi solicitada autorização à Comissão Nacional de Proteção de Dados (processo 6156/2010) a qual, em 2014, emitiu o seu parecer positivo (nº 9673/2014).

Há ainda alusão a outras estratégias de apoio à gestão que foram surgindo, como é o caso da requisição e gestão de equipamentos online criada para dar resposta à necessidade de agilizar as requisições realizadas até então em papel. A “E-Requisição CEC” foi criada para permitir uma consulta da disponibilidade de diverso material em tempo real e, concomitantemente, solicitar a reserva do mesmo. Para o CEC estes recursos centralizavam os pedidos no mesmo sítio e com a facilidade de também serem consultados por várias pessoas, em qualquer altura, em qualquer lado, agilizando o processo e a programação adequada das intervenções na comunidade (Fonte 66).

Para apoiar na implementação de atividades no âmbito do Enfermeiro na Escola foi desenvolvida uma folha de *Microsoft Excel* intuitiva e simplificada como forma de registo e avaliação dos lanches dos estudantes das escolas onde estava essa atividade implementada. O registo assentou numa investigação realizada para criar combinações de lanches e a respetiva classificação que lhes era atribuída (de 0 a 5 estrelas). O registo propriamente dito cingia-se ao preenchimento com a combinação do lanche daquele aluno e automaticamente a ferramenta devolvia a classificação (média) para todos os estudantes da sala, mensal e final. Apesar de ter tido uma aplicação temporalmente reduzida, a iniciativa foi muito bem acolhida pelos responsáveis pela saúde escolar nos agrupamentos e, de forma muito especial, em Paços de Ferreira (Fonte 66).

Em 2012 é assumido que o esforço na organização e sistematização dos registos de atividades foi um dos elementos que influenciou positivamente os resultados dos anos em análise naquele documento (Fonte 18).

O tempo despendido pela equipa na criação e uso destes sistemas tem, também, contribuído para aumentar o número de produção científica associada ao CEC (Fonte 66).

### 3.2.1.2.3 Página da internet do Centro de Enfermagem da Católica

Tendo em conta a necessidade e o uso que tanto estudantes como docentes fazem da informação que é disponibilizada nas páginas da internet do ICS-Porto, aliado à facilidade de consulta de informação digital, uma das formas mais eficientes de comunicar tanto com a comunidade interna como externa, dando a conhecer o CEC, é através da página de internet, ou das suas várias micro páginas.

A micro página específica do CEC foi inicialmente muito difícil de justificar e só em 2009-2010 foi autorizada e criada a sua primeira versão. Houve, nesta altura uma grande dinamização seja para o acesso por parte dos estudantes pois integrava a ligação direta a formulários de registo de atividades nos projetos Mais Saúde seja para a plataforma experimental de gestão de recursos do CEC (Fonte 69). É ainda referido que, durante a fase de reestruturação das páginas da internet do CRP (2012/2013) – o que durou um ano – houve um atraso no reaparecimento da micro página do CEC adequada e coerente com a imagem geral transmitida pelo CRP, facto que é assumido como tendo contribuído para o decréscimo na sua dinâmica. Só mais recentemente é que, já com a nova micro página disponível, foi proposta uma alteração de imagem que consequentemente se reverteu em construção de materiais de divulgação associados a um friso do ciclo da vida (Fonte 69).

## 3.2.2 Atividades de apoio ao ensino

A atividade do CEC, em nenhum momento do seu percurso pode ser dissociada do apoio ao ensino, razão porque foi criado o CEC, pela sua estreita relação com a EE-Porto da UCP. A relação não deriva pelo facto de o CEC ser “somente” local de ensino clínico da Escola mas sim porque os enfermeiros do CEC e o corpo docente da Escola estão intrinsecamente inseridos nos dois locais.

No sentido deste apoio ao ensino salienta-se a importância que o CEC tem tido como local de ensino clínico de todos os estudantes do CLE da EE-Porto durante os EC I (no novo plano de estudos EC 2) e o EC V (atualmente EC 10).

### *Atividades iniciais do CEC*

No período imediatamente a seguir à criação do CEC, desde 2007, integraram-se no CEC estudantes de licenciatura em áreas de atuação que já vinham a ser projetadas pela direção e docentes da escola.

Esta integração dos estudantes do CLE fez-se de forma sistemática através dos estudantes do EC V (Fonte 69). No âmbito deste ensino clínico de intervenção comunitária cada um dos grupos de estudantes realizava – nos primeiros anos - um relatório de atividades no fim da sua passagem pelo local e, para efeitos de contextualização da atividade do CEC.

O Ensino Clínico I esteve com EE no CEC nos primeiros anos estudados nesta tese, estritamente ligado ao Observatório de Saúde da UCP (entretanto não continuado), dada a necessidade de perceber a comunidade onde o CEC pretendia intervir.

O número de estudantes que passou pelo Centro de Enfermagem varia ao longo dos anos consoante o número de inscritos nas UC que preferencialmente utilizam o CEC como local de Ensino Clínico. No total, desde o ano letivo 2007/2008 até ao 2015/2016 passaram pelo CEC (960 estudantes diferentes, em 1615 entradas para diferente realização de ensino clínico ou estágio no CEC (cada estudante fez aproximadamente, em média 1,7 ensinos clínicos no CEC). A *Tabela 1* apresenta a discriminação de estudantes por UC e ano que passaram pelo CEC desde 2007 a 2016.

**Tabela 1 - Relação de estudantes por ano e EC no CEC (2007-2016)**

Ano	EC I	EC IV	EC V (1)	EC V (2)	EC V (T)	Sub Total	2º Ciclo	3º Ciclo	Total
2007/2008	143	153	78	80	158	454			<b>454</b>
2008/2009	100		84	77	161	261		1	<b>262</b>
2009/2010	86		52	64	116	202	3	1	<b>206</b>
2010/2011	68		61	43	104	172	4	1	<b>177</b>
2011/2012	62		33	45	78	140	1		<b>141</b>
2012/2013	47		56		56	103			<b>103</b>
2013/2014	30		36	31	67	97		2	<b>99</b>
2014/2015	26		33		33	59	2	2	<b>63</b>
2015/2016	76		14	18	32	108		2	<b>110</b>
<b>Total</b>	<b>638</b>	<b>153</b>	<b>447</b>	<b>358</b>	<b>805</b>	<b>1596</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>1615</b>

Assim, para enquadrar a atuação realizada no CEC, foram analisados os relatórios existentes em formato digital referentes aos anos letivos 2007-2008 e 2008-2009: quinze relatórios respeitantes aos quatro semestres dos dois anos letivos, correspondentes ao trabalho de 100 estudantes de licenciatura em enfermagem do ICS-UCP (Fonte 34 à Fonte 48). Desta análise (ver Apêndice I) salienta-se que:

- foram realizadas 1027 atividades diferentes;
- houve intervenção em 106 instituições diferentes;
- as atividades mais vezes identificadas nos relatórios foram as “Ações ou Sessões de Educação para a Saúde” com 63% das referências seguindo-se os “Rastreios” com 8% e Avaliação de dados antropométricos” e “Aplicação de questionários” com 6% em cada uma delas.

### *A evolução no percurso*

Nos relatórios de atividades (Fonte 18 e Fonte 27) há referência a trabalhos de mestrado e doutoramento em enfermagem a decorrer no CEC inseridos em vários projetos, tanto como local de estágio para a componente profissional do mestrado em enfermagem como ambiente de colheita de dados para dissertações

(2º ciclo) e teses (3º ciclo). É assim dado relevo à possibilidade do CEC colaborar e integrar estudantes de enfermagem de vários ciclos de ensino nas suas atividades e projetos (Fonte 69).

Durante o ano de 2011 o sub-projeto “Enfermeiro na Escola” é avaliado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) no âmbito do “Supporting Quality Teaching in Higher Education” e onde é salientada a inovação desta estratégia de ensino que exerce as funções de criação e manutenção de:

- espaço diversificado para aprender e praticar;
- novas formas de trabalho nas instituições parceiras;
- uma intensa cooperação com organizações externas;
- um real e vasto espaço para ações de voluntariado na comunidade (Fonte 15).

Nesta avaliação ficou ainda salientada a capacidade de transferir conhecimentos entre o mercado de trabalho e a escola (dinâmica de transferência de conhecimento nos dois sentidos) através de resolução (solução) de problemas com os docentes perante situações que são trazidas da prática no mercado profissional. Esta dinâmica é mesmo assumida no documento consultado como tendo, em consequência, um maior nível de empregabilidade decorrente da experiência positiva do estudante na instituição do mercado profissional (Fonte 15).

É ainda importante referir que nos documentos consultados há referência a seis reprovações de 2009 a 2012 no EC V, o que equivale a 1,17% em relação aos estudantes que frequentaram o referido ensino clínico no período analisado (Fonte 18); em todos os grupos

“(…) fiquei agradavelmente surpresa pelo facto de todos os grupos dizerem que já tinham ouvido falar do CEC.” (Fonte 72).

questionados, há uma percepção expressa pelos docentes que, no âmbito da avaliação do CEC, os estudantes já tinham ouvido falar do CEC; a coordenação do CEC e a direção da EE-Porto assumem (também) que os estudantes que fazem EC no CEC atingem os objetivos previstos.

*“(...) através dos projetos de intervenção na comunidade, onde estão integrados os estudantes dos diferentes níveis de ensino (essencialmente 1º ciclo) estes têm desenvolvido as competências previstas (nos diferentes guias dos ensinamentos clínicos) e ainda contribuído para as comunidades onde estão”* (Fonte 59)

*“[Pelos feedback que vai tendo, considera que os estudantes em ensino clínico no CEC adquirem as competências previstas?] Não tenho dúvidas sobre isso.”* (Fonte 63)

O CEC desde o seu início colaborou ativamente **apoiando o ensino**, nomeadamente com a EE-Porto. No percurso avaliado com esta tese, em nenhum momento foi identificada qualquer referência a problemas associados ao CEC enquanto local de ensino clínico ou enquanto local onde os estudantes de licenciatura ancoravam para a intervenção em projetos na comunidade.

Salienta-se que os resultados reportados nas várias vertentes em desenvolvimento no CEC foram, na globalidade, positivos e correspondem ao delineado no relatório do período 2009-2012 (Fonte 18). Alguns comentários identificam a importância de atividades realizadas no CEC como, por exemplo:

- um atendimento que potenciou o diagnóstico de necessidades;
- um reconhecimento, pelos parceiros, da importância das atividades dinamizadas pelos CEC;
- participação de docentes em regime de voluntariado num projeto do CEC;
- pedidos de colaboração que têm aumentado, mas a capacidade de resposta tem vindo a diminuir devido à diminuição de estudantes (Fonte 18).

Relativamente ao SAD, no mesmo período de 2009-2012 (Fonte 18), é referido que a sua abertura seria um “campo adequado” para a aprendizagem dos estudantes juntamente com os docentes em prática de contexto real.

Conforme já apresentado na *Tabela 1* (ver pág. 95), o CEC foi desde 2007, de forma regular, local de EC I e EC V (atual EC 10) e, de forma pontual, de EC IV. Perante este dado podemos afirmar que todos os estudantes do CLE que finalizaram o curso a partir do ano de 2007/2008<sup>2</sup> se integraram no CEC enquanto EE em EC.

Para avaliar esta participação torna-se necessário recorrer ao resultado das avaliações do SIGIQ, implementado no CRP, e que tem vindo a apoiar as diversas unidades nas questões associadas à avaliação das diferentes atividades letivas que se levam a cabo.

Na avaliação do EC I é relevado o impacto de ser um primeiro ensino clínico no curso e a importância que é sentida pelos estudantes da necessidade de cumprimento da assiduidade e pontualidade. É reportado que os estudantes referem ainda que a evolução decorre também do empenho em desenvolver competências quer técnicas quer científicas com a finalidade de resolver as dificuldades e adversidades que surgem ao longo do EC (Fonte 49).

Apresentamos em seguida, na *Tabela 2* e *Tabela 3*, o resumo das avaliações realizadas pelo SIGIQ assim como comparações decorrentes da análise dos mesmos dados.

Dada a alteração de parâmetros de avaliação existem dados “em falta” que impossibilitam a comparação global.

---

<sup>2</sup> Que integra os estudantes que tenham entrado pela Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição ou pela Escola Superior de Biotecnologia (da UCP) desde o ano letivo de 2004/2005

Tabela 2 - Resumo de avaliações SIGIQ | EC I

Ensino Clínico I		1		2		3	
Inquérito	2011/	2012/	2013/	2014/	2015/		
	2012	2013	2014	2015	2016	2-1	
I - Envolvimento Pessoal	5,33	4,99	5,01	4,85		-0,16	
II - Organização da Unidade Curricular	4,56	4,88	5,1	5,35		0,25	
III - Orientação por parte do Instituto de Ciências da Saúde - Equipa Docente	5,10	4,98				0	
IV - Contexto(s) de Acolhimento						0	
V - Instituição	4,84	4,48				0	
VI - Orientação por parte da Instituição		5,16				0	
<b>Total</b>	<b>4,96</b>	<b>4,90</b>	<b>5,055</b>	<b>5,1</b>			
	<b>Varição</b>					<b>0,045</b>	
	(a)	(b)	(c)	(d)			

Fontes: (a) Fonte 49 / (b) Fonte 50 / (c) Fonte 51 / (d) Fonte 55

Tabela 3 - Resumo de avaliações SIGIQ | EC V

Ensino Clínico V		1		2		3		
Inquérito	2011/	2012/	2013/	2014/	2015/			
	2012	2013	2014	2015	2016	2-1	3-2	3-1
I - Envolvimento Pessoal	5,39	5,33	5,21	4,94	-0,12	-0,27	-0,39	
II - Organização da Unidade Curricular	4,17	4,89	3,99	4,36	-0,9	0,37	-0,53	
III - Orientação por parte do Instituto de Ciências da Saúde - Equipa Docente				4,31				
IV - Contexto(s) de Acolhimento				4,49				
IV - Orientação por parte da Faculdade	4,62	5,21	5,24		0,03			
V - Instituição	4,53	4,45	5,08		0,63			
VI - Orientação por parte da Instituição		4,89	5,29		0,4			
<b>Total</b>	<b>4,67</b>	<b>4,92</b>	<b>5,07</b>	<b>4,52</b>				
	<b>Varição</b>					<b>0,15</b>	<b>0,10</b>	<b>-0,92</b>
	(a)	(e)	(e)	(e)				

Fontes: (a) Fonte 49 / (e) Fonte 58

Constatou-se a existência do documento de integração de estudantes intitulado “Manual do Aluno” (Fonte 7) o qual é precedido de um outro que sistematizou a sua criação (Fonte 4), ambos no ano de 2008. Dada a evolução ocorrida até ao presente momento no CEC, o manual necessita de atualização. Outro aspeto que poderia contribuir para que os estudantes se apercebessem de que estavam num

local diferente durante o seu ensino clínico seria a necessidade de procederem a registos com base na identificação de dados fornecida ao CEC. Neste campo dos registos, a base de dados (a mesma que também gere os stocks do CEC) estava preparada para registar os nomes dos estudantes e o período da sua permanência no CEC. Derivado do facto de na maior parte das vezes não se efetuarem registos de enfermagem pelos estudantes nesta base de dados, a mesma poucas vezes foi atualizada nesta função (Fonte 66).

No âmbito dos profissionais com que o CEC colabora para a orientação de estudantes estes são, na sua maioria, docentes da EE-Porto que já conhecem a estrutura e que criam um ambiente propício ao ensino e à aquisição de competências por parte dos estudantes. Quando há necessidade de contratação, a integração do novo elemento na equipa e nas dinâmicas institucionais é necessária.

*“Nos profissionais: os profissionais que desempenham funções no CEC são na sua maioria profissionais da UCP e já com ampla consciência da necessidade de fomentar um espaço que permita o desenvolvimento das competências dos estudantes. Contudo, por vezes há profissionais que são contratados para determinadas funções, pelo que são integrados na equipa do CEC (...).”*  
(Fonte 59)

As necessidades associadas aos processos e procedimentos têm vindo a ser salvaguardadas com a criação de documentos de registo, manual de integração e várias ferramentas de apoio nomeadamente uma base de dados quer para a assistência de enfermagem quer para a gestão de stocks (Fonte 59).

A direção da EE-Porto, quando questionada sobre os resultados obtidos na avaliação, na componente dos estudantes, refere serem os expectáveis, dado o empenho (mais evidente) na necessidade de desenvolvimento (e acompanhamento) da aquisição de competências pelos estudantes. É ainda salientado que a avaliação realizada demonstrou a fragilidade na tónica da visibilidade do serviço de extensão (Fonte 63).

O CEC tem dado muita importância no apoio ao ensino pois é efetivamente a partir da permanência dos EE que se garante a existência do CEC, já que é pelos serviços de apoio ao ensino que são suportados os seus encargos (Fonte 59). Isto é, o financiamento do CEC resulta de transferências internas entre centros de custos, proporcional ao número de EE que recebe (Fonte 63).

Mas, atendendo aos resultados do apoio ao ensino, podemos constatar que tem existido uma variação do número de EE em EC no CEC, relacionada diretamente com o número de estudantes inscritos na EE-Porto, no EC respetivo (ver *Tabela 1*, p. 95). Mais ainda importa perceber que cada EC tem durações diferentes: 30 dias para o ECI e 35 dias para o ECV (atual EC 10).

### *Comparação com o Centro de Enfermagem da Católica - Lisboa*

Como já referido várias vezes, no Porto, passam pelo CEC todos os estudantes do CLE. Assim e com vista à possibilidade de comparação da vertente de ensino com ou sem o uso do CEC, identificou-se a EE-Lisboa do ICS, como sendo a única amostra passível de comparação (dada a equivalência do plano de estudos). Precisávamos, então, de perceber a inserção do Centro de Enfermagem da Católica - Lisboa (CEC-Lisboa) na dinâmica do CLE em Lisboa. Foram feitos os pedidos para realização das entrevistas necessárias ao coordenador da EE-Lisboa e diretamente às pessoas entrevistadas (coordenadora do CLE, regente do EC 10, Equipa coordenadora do CEC-Lisboa).

Emergiu que existe efetivamente a aproximação entre as decisões das Escolas de Enfermagem reciprocamente entre Lisboa e Porto, nomeadamente nas UC e também na escolha dos locais de ensino clínico (que se centram essencialmente nos protocolos existentes e realizados pelo ICS-Lisboa), embora atendendo às especificidades dos locais (Fonte 60).

No EC V/10 da EE-Lisboa o acompanhamento é realizado pelos docentes do ICS e, no processo de EC, a investigação encontra-se normalmente nas propostas de revisão da literatura solicitadas aos estudantes com o objetivo primordial de enquadrar os problemas encontrados e a intervenção proposta, promovendo a transferibilidade do conhecimento (Fonte 60 e Fonte 61). Paralelamente é referido que pontualmente são alguns estudantes convidados a fazer parte de investigações em curso, levadas a cabo por professores, mas que essa colaboração é contabilizada fora das horas letivas (Fonte 61).

No âmbito do EC 10 (antigo V, tanto em Lisboa como no Porto) os estudantes estão afetos a uma unidade (instituição), privilegiando Unidades de Cuidados na Comunidade (ou Unidades de Saúde Familiar, caso as anteriores não estejam disponíveis) dada a missão de intervenção comunitária que lhes é subjacente (Fonte 61).

Relativamente à criação do CEC-Lisboa, este surgiu na decorrência da missão e dos objetivos da UCP e, também, no seguimento da criação do CEC [no Porto] (Fonte 62). Criado em 2013 para congregar os projetos de extensão (iniciados em 2011) à data já existentes na UEE-Lisboa e outras atividades de prestação de serviços de enfermagem (Fonte 62). Foi formalmente criado pela Reitoria em 2014 (Fonte 71) e não tem profissionais a ele estritamente afetos contando com a colaboração de todo o corpo docente da EE-Lisboa (Fonte 62).

O CEC-Lisboa não é assumido como contexto previsto para nenhum dos EC (ou estágio). O CEC-Lisboa solicita à EE-Lisboa os estudantes necessários para algumas das suas atividades (Fonte 61).

O CEC-Lisboa organiza as suas atividades entre intervenção comunitária, assistência personalizada e apoio a Instituições de Solidariedade Social. Apresenta ainda atividades de assessoria integrando formações em instituições a pedido ou com as quais tem protocolo. Existe referência da realização de formação em comunicação e gestão de conflitos a profissionais de saúde de

instituições com que o ICS-Lisboa se relaciona e assessoria em aspetos éticos (Fonte 62).

Foi ainda referido que o CEC-Lisboa também só pode receber verbas relacionadas com a prestação de serviços através da faturação de serviços de formação ou assessoria. (Fonte 62).

A forma de divulgação da oferta existente aos estudantes é através dos docentes, da página na internet e, dos curtos períodos de participação de cada estudante no CEC-Lisboa, pela utilização de espaços comuns na UCP em Lisboa e iniciativas no campus.

*“Mas eles ficam a perceber, à medida que se vão integrando ou vão vendo os colegas a sair para diferentes projetos...”*  
(Fonte 62)

*“E depois também tem o site. O site também tem aquilo resumido... sabem que quando abrem o site, que existe...”*  
(Fonte 62)

A atividade normal do CEC-Lisboa desenrola-se fora da UCP e não há propriamente nenhum espaço na UCP a ele afeto. É referido pelas coordenadoras que não sentem necessidade de espaço próprio dada a predominância de intervenção comunitária fora da UCP e que, quando necessário, o espaço dos seus gabinetes é suficiente (Fonte 62).

*“O CEC vai... não vêm ao CEC, o CEC vai...”* (Fonte 62)

A colaboração do CEC-Lisboa no apoio à investigação dos docentes é feita pela capacidade de acesso e recolha de informação nas populações intervencionadas.

Em anos anteriores os estudantes passavam todos, mesmo que por um curto período de tempo - uma semana - , pelo CEC-Lisboa e nas atividades que estavam a ser levadas a cabo no âmbito da intervenção comunitária (Fonte 62); mas, mais recentemente deixou de ser obrigatório. Esta alteração é assumida como decorrente da necessidade de consolidação das atividades realizadas até ao momento (Fonte 62). É no seguimento destas atividades que o CEC-Lisboa

solicita à EE-Lisboa os estudantes necessários (e que se voluntariam) para as suas atividades (Fonte 61).

Foi referido que, no início de cada ano letivo, a equipa do CEC-Lisboa apresenta o “pacote” das atividades aos estudantes e que, decorrente desta apresentação, há sempre alguns estudantes que se oferecem logo à partida e a sua participação é normalmente articulada como horas de EC (Fonte 61).

A vertente de voluntariado também é apresentada aos estudantes como “a outra forma de colaborar” na intervenção comunitária levada a cabo pelo CEC-Lisboa e cujo tempo é contabilizado não como horas de EC mas como atividades extra que serão adicionadas ao curriculum, como adenda ao diploma (Fonte 61 e Fonte 62).

Relativamente aos registos de enfermagem nos locais de atendimento, utilizam-se bases de dados criadas em colaboração com o CEC, por este já as ter desenvolvido e aplicado com sucesso. De qualquer forma, as mesmas foram aplicadas em Lisboa depois de um trabalho de criação do padrão de documentação necessário.

*“Para a consulta de enfermagem, nós fizemos também uma pesquisa sobre o que era a consulta de enfermagem e os passos... E fizemos um padrão de documentação relativamente aos focos mais utilizados para essa consulta (...)”  
“e que integrou essa base de dados (...)”  
“e tivemos aí o trabalho do João, que nos fez essa parte...” (Fonte 62)*

Uma das grandes diferenças encontradas no CEC-Lisboa em relação ao CEC, para além de não haver nenhum profissional afeto ao serviço de extensão, é a gestão dos projetos em curso ser assumida como da responsabilidade de um professor, ou seja, a gestão do projeto ou atividade não é feita pelo CEC-Lisboa mas sim pelo professor da EE-Lisboa que está responsável por essa intervenção na comunidade. Paralelamente ao que se passa no Porto, a monitorização é realizada em equipa e com o aval da direção da Escola de Enfermagem. Na vertente organizativa é referido que existe a intenção de implementar uma ficha a uniformizar para os vários projetos (Fonte 62).

Constatam-se muitas diferenças na forma de articulação ICS – CEC-Lisboa e de propostas de intervenção comunitária em relação à dinâmica do Porto. Considerámos que a comparação de cenários com ou sem o CEC como apoio ao ensino de estudantes do Porto e Lisboa só poderia ser realizado nos atuais estudantes do último ano da licenciatura. Mas dada a instabilidade no recurso que do CEC-Lisboa é feito ao longo do tempo e a dificuldade de acesso à amostra de estudantes que terminavam o curso, optou-se por não avançar mais com a análise em Lisboa.

### 3.2.3 Atividades de prestação de serviços

O CEC foi criado para englobar as valências de um serviço de extensão, de prestação de serviços à comunidade e, nessa vertente teremos também de analisar aqui as várias atividades associadas a esta valência. A importância desta análise é justificada pela sua componente potenciadora da prática profissional dos docentes da EE-Porto.

#### 3.2.3.1 O início formal

No Relatório de atividades do Ano Letivo 2008-2009 (Fonte 8) é assumido que a equipa do CEC é composta por 2 técnicos superiores que colaboravam nas atividades e cinco professoras. É nesse âmbito que a atuação é realizada pelo CEC em cada um dos projetos em funcionamento. Identificam-se as atividades realizadas em cada um deles:

- “*Mais Próximo*”, através de atendimentos de enfermagem;
- “*Tornar-se Mãe*”, através de Ações de Educação para a Saúde;
- “*Mais Saúde*”, através de AES e atendimentos de enfermagem [N.º AES: 18; N.º formandos: 388; Semana Aberta: 1132; Rastreios: 5 com 3508 participantes; Inquéritos a idosos: 30 Qualidade de vida + 220 em 15

entrevistas na Obra Diocesana de Promoção Social (ODPS) (ver Tabela 4 à Tabela 8)];

- “*Superar a solidão*”, através de assistência domiciliária a pessoas idosas [103 domicílios; 342 utentes; 58 visitas domiciliárias; 208 utentes nas visitas domiciliárias (ver Tabela 9 e Tabela 10)]

Tabela 4 - Atividades diversas | Projeto Mais Saúde 2008-2009

<b>Atividades diversas</b>	<b>1.º Semestre</b>	<b>2.º Semestre</b>	<b>Total</b>
AES solicitadas ao CEC (por escolas   outras entidades)			
- N.º AES	-	12   6	<b>18</b>
- N.º formandos nas AES	-	330   58	<b>388</b>
Semana Aberta UCP (Asprela)	-	1132	<b>1132</b>
N.º Feiras Saúde/Rastreios	1	4	<b>5</b>
N.º participantes FS/Rastreios	364	3144	<b>3508</b>

Tabela 5 - Inquéritos Qualidade de Vida | Projeto Mais Saúde 2008-2009

<b>Inquéritos Qualidade de Vida</b>	<b>1.º Semestre</b>	<b>2.º Semestre</b>	<b>Total</b>
N.º de idosos inquiridos	-	30	<b>30</b>
N.º de questionários aplicados	-	30	<b>30</b>

Tabela 6 - Diagnóstico ODPS | Projeto Mais Saúde 2008-2009

<b>Diagnóstico ODPS</b>	<b>1.º Semestre</b>	<b>2.º Semestre</b>	<b>Total</b>
N.º de entrevistas realizadas	-	15	<b>15</b>
N.º de questionários aplicados	-	220	<b>220</b>

Tabela 7 - Atividades realizadas no âmbito do sub-projeto Enfermeiro na Escola 2008-2009

<b>Tipo Atividade</b>	<b>1.º Semestre</b>	<b>2.º Semestre</b>	<b>Total</b>
Atendimentos de Enfermagem	1437	1158	<b>2595</b>
Diagnósticos de Enfermagem	ND	1999	<b>1999</b>
Intervenções de Enfermagem	ND	3702	<b>3702</b>
Ações de Educação para a Saúde	145	181	<b>293</b>
N.º Formandos AES	2914	4814	<b>7728</b>

**Tabela 8 - Atividades realizadas no âmbito da atuação em Juntas de Freguesias e Paróquias 2008-2009**

<b>Tipo Atividade</b>	<b>1.º Semestre</b>	<b>2.º Semestre</b>	<b>Total</b>
N.º AES	399	257	<b>656</b>
N.º formandos nas AES	8674	6116	<b>14790</b>
N.º Feiras Saúde/Rastreios	50	28	<b>78</b>
N.º participantes FS/Rastreios	2432	5145	<b>7577</b>

**Tabela 9 - Atividades Superar a Solidão Grupo CEC | 2008-2009**

<b>Tipo Atividade</b>	<b>1.º Semestre</b>	<b>2.º Semestre</b>	<b>Total</b>
N.º saídas em Domicílios CEC ( $\cong$ )	-	30	<b>30</b>
N.º Utentes nos Domicílios CEC	-	134	<b>134</b>

**Tabela 10 - Atividades Superar a Solidão Grupo Juntas de Freguesia e Paróquias | 2008-2009**

<b>Tipo Atividade</b>	<b>1.º Semestre</b>	<b>2.º Semestre</b>	<b>Total</b>
N.º saídas Visitas Domiciliárias	54	4	<b>58</b>
N.º Utentes nas Visitas Domiciliárias	194	14	<b>208</b>
N.º saídas em Domicílios	20	53	<b>73</b>
N.º Utentes nos Domicílios	57	151	<b>208</b>

Há ainda a registar uma formação ministrada a pedido para quatro Agentes de Geriatria, funcionárias de um instituto religioso (Fonte 8).

Relativamente ao projeto “*Tornar-se Mãe*”, apesar de não ter sido encontrado registo pormenorizado, é apresentado nas atividades da equipa uma ação de formação a funcionários de uma instituição parceira do projeto (Fonte 8).

Ainda no ano de 2009 há referência a uma apresentação formal do CEC (Fonte 11) nas entidades com quem se colaborava apresentando como projetos em curso: Tornar-se Mãe, Mais Saúde, Mais Próximo, Superar a Solidão.

#### *Apoio domiciliário*

A primeira referência à prestação de serviços de enfermagem surge no período temporal de 2009 a 2011 (Fonte 14) com a alusão a um apoio domiciliário a um cliente. Perante esta primeira prestação foram identificados pontos para melhoria

do serviço prestado e fragilidades na divulgação da prestação de cuidados que o CEC disponibilizava (Fonte 14). Neste enquadramento é referido que a primeira prestação deste tipo de serviço fez emergir limitações e necessidades que levaram a equipa do CEC a agir. Foi preciso aplicar rapidamente os vários estudos e englobar os parceiros já identificados (farmácia, empresas fornecedoras de vários serviços e contratação direta de enfermeiros) para avançar com uma resposta eficaz, salvaguardando de imediato as necessidades da assistência.

Ficou salientado desde esta primeira experiência que a assistência foi realizada recorrendo ao conhecimento que o CEC integra na sua equipa, mais concretamente com o conhecimento e apoio de vários docentes da EE-Porto (Fonte 68). A principal dificuldade na assistência no domicílio foi a necessidade de contratar enfermeiros para responder à permanência 24 sobre 24 horas. Mas essa mesma dificuldade foi também a confirmação de que a atividade do CEC poderia proporcionar um “primeiro emprego” a recém-licenciados da EE-Porto.

Para este primeiro caso de assistência domiciliária colaboraram com o CEC quatro enfermeiros de cuidados gerais (Fonte 68). Foram ainda sentidas e geridas limitações decorrentes da necessidade de prescrição e administração de fármacos específicos (ou apenas usados em ambiente hospitalar) e de forma como poderia ser emitida a fatura dos serviços. Estas situações foram ultrapassadas através de, por um lado, apoio de uma médica especialista na área de oncologia e da colaboração com uma farmácia hospitalar de uma entidade parceira da EE-Porto e, por outro, da emissão da fatura de serviços pela UCP relativa à gestão do caso, já que os enfermeiros foram diretamente pagos pela família do cliente assistido (Fonte 68).

No mesmo período (2009-2011) foram identificadas várias dificuldades decorrentes da prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, mas que, no fim do referido período, estão assumidas como tendo sido ultrapassadas as limitações de forma semelhante ao primeiro caso; e o resultado final foi avaliado como positivo (Fonte 68).

*“Por parte da família do utente houve uma constante referência a que os cuidados prestados estavam de acordo com o que esperavam do ICS, respeitando a pessoa em todas as suas dimensões e com competência técnica e científica explicada e discutida com os familiares.” (Fonte 68)*

### 3.2.3.2 *Serviços específicos*

A presença de enfermeiros do CEC (e demais professores da EE-Porto) no campus da Asprela da UCP levou a que os mesmos começassem a ser assumidos como um “recurso de saúde” disponível. Mesmo sem haver local de atendimento específico foram surgindo conversas, pedidos de apoio e de orientação de situações de saúde que foram sendo registadas como atendimentos de enfermagem no CEC, realizados de forma voluntária. Dada a inserção física no edifício que também albergava o Externato Augusto Simões – ensino pré-universitário e profissional – houve no ano 2007-2008 registo de quinze atendimentos de enfermagem a alunas daí provenientes (Fonte 5).

Progressivamente, desde 2014 a 2016 (Fonte 27) vários atendimentos foram surgindo em locais onde o CEC desenvolvia atividades, como voluntariado assumido pelos docentes da EE-Porto (que sempre mantiveram a sua inscrição ativa na Ordem dos Enfermeiros e, por isso, autorização para exercício clínico):

- 62 consultas de enfermagem no Centro de Convívio de Paranhos: a 15 utentes, com um total de 30 horas disponibilizadas, com média de 9 consultas/dia;
- 10 consultas de enfermagem no gabinete da Asprela (aberto em 2015 - Fonte 59) e 3 visitas domiciliárias a 2 clientes (Fonte 27).

### *“Salas Gripe” no âmbito do Plano de contingência para a gripe H1N1*

A enumeração da atividade do CEC no âmbito das atividades do plano de contingência para a gripe H1N1 surge no relatório de 2012 (Fonte 18), em observações da reunião de docentes para analisar a autoavaliação do CEC (Fonte 72) e nas notas de campo do investigador (Fonte 67).

Foi entregue ao CEC, pelo CRP, a responsabilidade pela elaboração do plano de contingência para a gripe H1N1. Com esta atribuição foi necessário preparar e implementar:

- elaboração de toda a documentação associada, nomeadamente documento enquadrador, fluxograma de atendimento, folhas de registos, informações a divulgar, material a informar sobre a adequada forma de lavagem e higienização das mãos;
- gestão de stocks e colocação de material de proteção associado através da seleção, compra, assemblagem, inventariação, gestão dos produtos de desinfeção de mãos, proteção de equipamento e adequação dos espaços à necessidade de proteção individual dos funcionários e estudantes;
- melhoria das condições no CRP para fazer face às formas de transmissão de infeção porque todo o processo originou um conhecimento do CEC, propiciou uma dinâmica de melhoria das condições de higienização e salubridade nas instalações do CRP (nomeadamente atualização dos locais e formas de recolha de lixos, higienização de superfícies e espaços assim como melhoria das condições para uma adequada lavagem e higienização das mãos).

No âmbito desta intervenção no CRP foram assegurados 306 turnos – de prevenção e atuação perante primeiros sintomas - (entre os *campi* da Foz e da

Asprela) e foram contabilizadas 66 ativações (21 dúvidas, 25 sintomas de gripe, 20 outros).

Para além da intervenção no Plano de Contingência do CRP o CEC recebeu pedidos de parceiros dentro da mesma temática. Pelos documentos que reportam a atividade do CEC, no âmbito do Plano de Contingência para a Gripe, realizaram-se 17 sessões públicas de esclarecimento (a mais de 500 pessoas).

Para o CEC, integrar o Plano de contingência originou os seguintes resultados:

- aumento da visibilidade interna pelos aspetos acima referidos e porque os veículos de transmissão de informação motivaram a criação de estruturas como, por exemplo, o site criado em colaboração com o gabinete de comunicação e a presidência do CRP, presença e atendimento de enfermagem nas salas de atendimento na Foz e na Asprela, informações sobre medidas de precaução e números das assistências realizadas na comunidade interna ao longo do período de ativação do Plano;
- aumento da visibilidade externa através da realização de sessões de esclarecimento em instituições parceiras ou outras instituições que nos conheceram e solicitaram colaboração nessa altura, e as iniciativas de assessoria do CEC mediante a solicitação exterior.

### ***Saúde Ocupacional***

No ano de 2012 é assinado o acordo de colaboração entre o CRP e o ICS-Porto no sentido de dar resposta à disposição legal relacionada com a assistência no âmbito da saúde ocupacional no CRP (Fonte 17). A legislação previa agora um determinado número de horas de serviço de enfermagem (enfermagem de rotina e de emergência) de acordo com a *alínea b*) do nº2 do art 105º da Lei nº 102/2009. Este serviço de enfermagem foi pelo CRP contratualizado ao CEC, prevendo a

colaboração de um enfermeiro do CEC na equipa de saúde ocupacional, em articulação com o médico do trabalho e restante equipa, para o desenvolvimento das seguintes atividades:

- definir políticas de saúde;
- colaborar no planeamento e avaliação dos programas de saúde;
- participar na vigilância e na avaliação da saúde dos trabalhadores;
- prestar cuidados de enfermagem no local de trabalho (especificando as áreas de prestação de primeiros socorros, na administração de medicação prescrita e no encaminhamento dos casos urgentes para unidades de saúde);
- colaborar com outros profissionais na identificação de riscos profissionais;
- acompanhar os planos de intervenção para reduzir a exposição ou limitar os danos profissionais;
- participar na formação e informação em saúde dos trabalhadores.

É referido nos resultados do triénio, no relatório de atividades do CEC de 2012 (Fonte 18), como tendo sido criado o serviço de saúde ocupacional onde permanece um enfermeiro 6 horas por semana e que levou a cabo programa de formação interna de Curso de Primeiros Socorros e seminário de Ergonomia (Fonte 18).

Deve salientar-se que também foi recordada esta atividade na reunião de docentes para análise da autoavaliação do CEC como sendo “um grande encargo que o CRP entregou ao CEC” (Fonte 72).

Esta prestação de serviços mantém-se até ao momento presente.

### *3.2.3.3 Evolução da prestação de serviços*

É a partir de 2014 que surgem mais 5 novas referências à gestão de casos clínicos.

Como resumo da atuação ao longo dos anos, podemos referir que foram 8 casos assistidos pelo CEC (2 casos de acompanhamento, 2 de cuidados em fim de vida, 3 de estimulação cognitiva e 1 de ferida no domicílio) (Fonte 59).

Como já referido, desde 2009 realiza-se regularmente a consulta de enfermagem na Porta Solidária e, desde 2011, também foi dado início ao

*“No âmbito do processo de autonomia do doente crónico -1 caso (...) - Prestação de serviços de uma enfermeira de cuidados gerais.”; “No âmbito dos cuidados paliativos – 1 caso (...) - Prestação de serviços de uma enfermeira de cuidados gerais.”; “No âmbito de cuidados paliativos com feridas complexas – 1 caso (...) – Prestação de serviços de uma enfermeira de cuidados gerais”; “No âmbito da estimulação cognitiva – 1 caso (...) – Prestação de serviços de uma enfermeira de cuidados gerais.”; “No âmbito da capacitação dos cuidadores – 1 caso (...)” (Fonte 27)*

atendimento na casa Mãe Clara, à Casa de Saúde da Boavista (Fonte 59). Esta assistência está inserida no projeto Mais Próximo.

Através da análise dos vários relatórios de EC consultados (Fonte 34 à Fonte 48) e os Relatórios de Atividade do CEC podemos avançar com a contagem das atividades agrupáveis. Assim, podemos resumir a contagem apresentada no *Apêndice II*, referindo que se encontram registadas 6142 intervenções a 59235 participantes e, assumindo médias de intervenção para as atividades que não referiram esses números, podemos dizer que se podem ter alcançado 70481 participantes (Tabela 11).

Tabela 11 - Resumo de abrangência de ações de intervenção comunitária do CEC

Atividade	N.º Atividades	% Atividades	N.º Participantes comunicados	% Participantes comunicados	Participantes ponderados	% Part. ponderados	
ADA	Avaliação dados antropométricos	62	1%	632	1%	6279	9%
AE	Atendimento de Enfermagem	3878	63%	4618	8%	4618	7%
AQ	Aplicação de questionários	62	1%	845	1%	1466	2%
ASV	Avaliação Sinais Vitais	3	0%	18	0%	18	0%
EI	Ensino individualizado	157	3%	156	0%	156	0%
ES	Ação ou Sessão de Educação para a Saúde	1697	28%	37833	64%	41048	58%
FS	Rastreio (EX.: Feira da Saúde)	87	1%	6593	11%	7598	11%
ISS	Informação sobre saúde	27	0%	2780	5%	3033	4%
VD	Visita Domiciliária	81	1%	136	0%	144	0%
DA	Dinamização de atividades	46	1%	3687	6%	4121	6%
APS	Ação de Promoção da Saúde	30	0%	1807	3%	1870	3%
AEC	Atividade de Estimulação Cognitiva	10	0%	130	0%	130	0%
VDS	Verificação Dados de Saúde (Vacinação)	2	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>		<b>6142</b>		<b>59235</b>		<b>70481</b>	

### 3.2.4 Atividades de apoio à investigação

O CEC como serviço de extensão integrado no ICS-Porto tem por inerência a necessidade de colaborar também no apoio à investigação (Fonte 9).

Foi analisada a lista de publicações dos docentes do ICS entre os anos de 2009 e 2014 (Fonte 70), validando as que referenciavam ou afiliavam o CEC. Complementarmente acrescentaram-se os números comunicados em sede de relatório do CEC do período de 2014 a 2016 (Fonte 27).

Através dos números de publicações recolhidos e da sua análise subsequente, observa-se pela discriminação abaixo apresentada (Tabela 12) que o CEC contribuiu para a investigação essencialmente possibilitando e facilitando um acesso à amostra pretendida pelos investigadores.

Neste enquadramento, o CEC colaborou com a investigação desenvolvida no ICS e é referenciado, conforme apresentado na *Tabela 12 – Publicações com associação ao CEC*, nos seguintes tipos de documentos, por ano letivo: 7 resumos, 3 artigos com revisão, 31 comunicações livres, 37 posters e 2 relatórios.

Tabela 12 – Publicações com associação ao CEC

Ano	Abstract	Artigo c/ revisão	Comunicação livre	Poster	Relatório	Total
2009	1	1	1	2		5
2010	1		5	3		9
2011	2		4	6		12
2012	2	1	3	5		11
2013	1		2			3
2014			1	14		15
2015		1	2		2	5
2016			13	7		20
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>31</b>	<b>37</b>	<b>2</b>	<b>80</b>

Pela análise dos documentos do CEC consultados, os dois relatórios/dissertações são referentes ao Projeto Decidir para Agir. Perante referências de outros tipos de publicações associadas ao CEC poderíamos contar ainda com mais duas teses de mestrado e uma de doutoramento ligadas à experiência do Projeto Enfermeiro na Escola. Neste seguimento salienta-se que Constança Festas, na referida tese de doutoramento, explorou o tema “O Enfermeiro na Escola: Um projeto de ensino-aprendizagem, de investigação e de serviço à comunidade”, e realça que o projeto foi desenvolvido no CEC, embora os dados usados se refiram a registos exteriores, no âmbito de atividades de ensino (37).

Da análise efetuada podemos constatar que há uma grande variação do número total de publicações ao longo dos anos em estudo e que a produção é maioritariamente técnica (comunicações livres e pósteres). Esta tendência para as publicações “técnicas” é possivelmente explicável pelo tipo e quantidade de

atividades levadas a cabo pelo CEC: intervenção comunitária a curto prazo e apoio ao ensino e investigação em enfermagem.

Da mesma análise, conforme apresentado na Tabela 13 e na Figura 5, podemos constatar que a população mais referenciada nas publicações do CEC foram os idosos (com 29%), adolescentes e jovens (26%) e transferência da experiência (24%). As publicações referidas são maioritariamente relatos de investigação realizada (51%), estudos de caso (21%) e diagnósticos de situação (18%), conforme síntese apresentada na Tabela 14.

Tabela 13 – Alvo referenciado nas publicações associadas ao CEC

Alvo	Freq. Absoluta	Freq. Relativa
Idosos	23	29%
Adolescentes e Jovens	21	26%
Transferência da experiência	19	24%
Crianças	10	13%
Prestador de cuidados	3	4%
Grávidas	2	3%
Outros	2	3%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

Figura 5 - Representação gráfica da população referenciada em publicações associadas ao CEC



Tabela 14 - Tipo de investigação realizada nas publicações associadas ao CEC

<b>Tipo de investigação</b>	<b>Freq. Absoluta</b>	<b>Freq. Relativa</b>
Relato de investigação	41	51%
Estudo de caso	17	21%
Diagnóstico de situação	14	18%
Outros	6	8%
Revisão da literatura	2	3%
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

### 3.2.5 Atividades de assessoria

Como assessoria para o CEC entendem-se as colaborações e apoio na tomada de decisão em colaboração com os parceiros ou instituições que solicitem tal serviço. As atividades de assessoria, para além da componente de apoio às instituições promovem intervenção no âmbito de enfermagem tanto nos docentes da EE-Porto como nos estudantes que realizam EC no CEC.

#### 3.2.5.1 Criação de conteúdos e apoio ao ensino

A equipa do CEC em 2008 e 2009 apoiou a criação dos conteúdos e materiais associados à lecionação de disciplinas de saúde dos cursos do Externato Augusto Simões: Infância e Saúde (Fonte 5) e Cuidados de Saúde Primários (Fonte 8).

#### 3.2.5.2 Apoio a atividades de parceiros

No período entre os anos de 2009 a 2011 é assumido que o CEC está a conseguir dar resposta às necessidades manifestadas de apoio e assessoria na área de enfermagem em escolas, Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e movimentos de apoio a doentes da Igreja Católica (Fonte 14).

Posteriormente, entre 2014 e 2016 (Fonte 27) são referidas as atividades de apoio a instituições de solidariedade social, com relevo para as instituições da igreja

através de 8 sessões de formação a 130 pessoas, colaboração com equipa técnica de Serviço de Apoio Domiciliário na componente de gestão de cuidados (estas atividades desde outubro de 2014 - Fonte 59) e encaminhamentos decorrentes de cinco visitas domiciliárias a duas pessoas idosas em situação de risco, acompanhadas pelas Conferências de São Vicente de Paulo (Fonte 59).

### *3.2.5.3 Planos de contingência Gripe A*

Com a emergência da infeção pelo vírus H1N1 o CEC investiu muito nesta temática pela necessidade (ou missão) de assegurar e assessorar as diversas instituições (desde escolas a instituições paroquiais) onde estava presente, de forma a salvaguardar a adequada implementação das medidas necessárias (Fonte 67).

O CEC nesta fase ficou responsável pelo plano de contingência da UCP Porto, como referido anteriormente, mas também fez assessoria à equipa do plano de contingência da UCP-Lisboa (Fonte 67), dos vários agrupamentos e escolas com quem mantinha protocolos de diversas paróquias da diocese do Porto entre outras instituições que o solicitaram (Fonte 18).

### *3.2.5.4 Apoio à criação do Centro de Enfermagem da Católica-Lisboa*

A primeira atividade de assessoria do CEC à EE-Porto foi em 2008 quando lhe foi solicitado a dinamização da feira da saúde “Há Saúde na Católica” a realizar em Palma de Cima (Fonte 24).

Ao longo dos anos a produção científica associada ao CEC e a troca de informação existente entre Porto e Lisboa foi promovendo a partilha de resultados e a estruturação do CEC-Lisboa (Fonte 63). É apresentado o ano de 2011 como sendo o início da implementação de projetos de intervenção no EE-

Lisboa (Fonte 63), o ano de 2013 como sendo o início do CEC-Lisboa e 2014 a sua formalização (Fonte 71).

#### *3.2.5.5 Sistema de registos para atividade similar*

No ano de 2015 foi realizada a primeira adaptação da base de dados de atendimentos do CEC a uma outra realidade. O pedido chegou no seguimento do desenvolvimento de um projeto de doutoramento em enfermagem no ICS-Porto onde a investigadora previa recolher informação de crianças institucionalizadas numa Cooperativa de Educação e Reabilitação do Cidadão Inadaptado (CERCI). A proximidade dessa população à que já era intervencionada pelo CEC e onde já era utilizada a referida base de dados mostrou ser um enorme contributo para a adaptação do instrumento de recolha (e sistematização dos dados) à realidade necessária. No sentido de adaptar às específicas necessidades, a base de dados sofreu um processo de inclusão das questões em falta e do padrão de documentação específico daquela população.

Foi, mais recentemente, solicitado por parte do CEC-Lisboa apoio na criação de sistemas de registo de informação equivalentes aos já criados, desenvolvidos e usados pelo CEC (apresentado no item 3.2.1.2.2 - *Sistemas de apoio à gestão e registo de dados* do presente documento). Perante este pedido várias aproximações às necessidades do novo local foram realizadas e formações sobre a utilização da base de dados foram levadas a cabo ao longo de várias visitas realizadas à EE-Lisboa.

A base de dados de atendimentos do CEC (a que também se associa a gestão de stock) foi a que sofreu mais relevantes alterações, derivadas de um processo prévio de sistematização (resumo mínimo de dados) realizado pelos docentes de Lisboa. O CEC mantém o apoio na utilização e manutenção das bases de dados (Fonte 66).

### **3.2.6 Divulgação da atividade**

Já no relatório de 2007-2008 (Fonte 5) são referidas atividades mais associadas à divulgação da unidade académica ou das atividades associadas ao ensino tais como a Semana Aberta (mostra de atividades relacionadas com o curso de enfermagem para os estudantes do ensino secundário) e a Academia de Férias (atividades com duração de uma semana para ocupação de férias de estudantes).

O CEC continua a colaborar nas atividades de promoção interna e externa (formações internas e Semana Aberta e Academia de Férias para o exterior) da EE-Porto (Fonte 18). Também alguns elementos da equipa do CEC têm vindo a colaborar ativamente com a Equipa de divulgação da EE-Porto através de dinamização de atividades, palestras e exposições da dinâmica e oferta formativa onde é requerido.

### **3.2.7 Recursos Humanos**

Na globalidade desta abordagem a todas as vertentes do CEC podemos ainda verificar que as suas atividades levaram à contratação de dois enfermeiros desde 2007: um com funções de chefia e outro generalista (agora especialista). Entre 2011 e 2016 foi contratado a tempo integral para a equipa do CEC outro enfermeiro generalista (em 2016 já especialista).

Os enfermeiros contratados para o CEC sempre tiveram na distribuição do serviço horas dedicadas ao ensino – não só como qualquer enfermeiro de serviços que recebe estudantes em ensino clínico, mas colaborando diretamente na componente teórica do curso. Do mesmo modo, ao longo do período em análise, em cada ano a distribuição de serviço dos docentes contempla para alguns horas dedicadas a atividades de extensão, que incluem atividades no CEC.

O CEC conseguiu ao longo destes 10 anos de funcionamento contratar e promover o primeiro emprego a antigos estudantes, favorecendo desta forma também a aquisição de experiência profissional dos mesmos num meio que lhes era familiar e onde poderiam continuar a desenvolver o seu conhecimento.

Pela análise atualizada verificamos que o CEC, desde 2007, teve a colaboração de 26 enfermeiros. A colaboração dos enfermeiros é apresentada através de contrato a tempo inteiro (mesmo que haja afetação de horas ao ICS) em 3 deles (12%) e 23 a tempo parcial (88%). Da globalidade dos enfermeiros contratados, 25 eram *alumni* da Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição ou da EE-Porto (96%) e para 22 era a primeira experiência de profissional na área da enfermagem (85%). Apesar de encontrarmos referência a terem sido contratados até ao ano de 2013 o número de vinte e um ex-alunos (Fonte 24), este número sofreu confirmação da equipa do CEC (Fonte 59) como devendo, à altura, tratar-se de vinte ex-alunos contratados como 1ª experiência profissional. No ano de 2015 o CEC atingiria o vigésimo primeiro ex-aluno a ser contratado enquanto 1ª experiência profissional e só em 2016 alcança a vigésima segunda contratação nas condições referidas.

O CEC tem contribuído, desde a sua criação em 2007, para a formação e experiência profissional dos seus funcionários e colaboradores. O CEC é o local de eleição onde a maior parte dos docentes da EE mantêm contacto com a prática de cuidados (seja assistência direta no contexto domiciliário, intervenção comunitária em grupos e comunidades ou apoio a outras instituições). Foi referido no sub-capítulo 3.1 que o CEC foi criado também com esta finalidade: dar resposta à necessidade que os docentes sentiam de dispor de um contexto de prestação de cuidados, onde pudessem manter a ligação à prestação de cuidados, e onde se pudessem implementar ideias e projetos inovadores (Fonte 63).

Os fatores que mais prejudicaram o desenvolvimento do conceito inicialmente previsto do CEC foi a dificuldade associada à conjuntura económica do CRP e da comunidade envolvente (Fonte 59) e, relacionada com esta, a dificuldade de salvaguarda das condições físicas adequadas à abertura de todos os serviços previstos inicialmente.

*“O que mais prejudicou o atingimento dos “objetivos” de serviços previstos aquando da sua abertura? Conjuntura económica da UCP e comunidade envolvente.”*

*(...)*

*“As dificuldades foram sobretudo de instalação física e modelo de serviço. As mudanças de instalação da própria escola, em diferentes lugares do campus, até à decisão de alienação deste, impediram a instalação com as condições pretendidas. Entretanto a crise em que o país entrou também afetou os nossos projetos.” (Fonte 63)*

A análise direta dos documentos disponíveis para consulta revela uma necessidade de melhorar a comunicação interna e externa, atendendo a melhor sistematização de início e fim de atividades. A principal preocupação referida pela coordenação do CEC é a instabilidade das equipas que mantêm os projetos e a quantidade de horas dedicadas pelos docentes às atividades de extensão.

*“No final de cada ano letivo [têm-se avaliado os projetos]. Nos últimos anos têm sido melhorados os indicadores, estando cada vez melhor cimentada essa avaliação. Há, contudo, ainda necessidade de melhoria.”*

*(...)*

*“Nem sempre haver manutenção das equipas que dinamizam os projetos.” (Fonte 59)*

*“A maior dificuldade é, atualmente, a falta de recursos humanos para mais projetos. As atividades de ensino e a formação (em doutoramento) limitam a disponibilidade dos docentes para investimento nas atividades de extensão.” (Fonte 63)*

A convicção de uma mudança futura está presente na análise realizada e na constatação por parte dos profissionais.

*“[O desafio futuro é] Melhorar os resultados e sua visibilidade.” (Fonte 59)*

### 3.3 Autoavaliação

Esta análise inicia-se com referência aos dados que emergem de documentos de resumo da atividade do CEC. Os dados mais relevantes para esta avaliação proveem do documento intitulado “*Avaliação do Centro de Enfermagem da Católica - Relatório da avaliação dos 10 anos de atividade por estudantes, alumni, parceiros, enfermeiros prestadores de serviço e docentes*”. Trata-se, portanto, de um elemento de autoavaliação do CEC. Os autores, nesse documento, analisam e comentam os resultados de um questionário aplicado a vários intervenientes e parceiros (Fonte 33).

Foram também incluídos neste sub-capítulo conteúdos de entrevistas realizadas que auxiliam a compreensão das ideias apresentadas no relatório produzido e aqui referenciado.

A análise da informação das entrevistas originou mapas de conteúdo que podem ser consultados na íntegra no *Apêndice III*.

Os resultados da avaliação do CEC feita por questionário foram apresentados e comentados pelos docentes em reunião convocada pela direção para o efeito, da qual foi feito registo.

Após os 10 anos de existência do CEC foi internamente indigitada uma equipa para produzir um documento de avaliação desse mesmo período de atuação do CEC. A equipa construiu um instrumento para recolher as opiniões dos vários intervenientes através de um formulário online. Os resultados a esse formulário foram pela equipa analisados e comentados tendo originado o documento “*Avaliação do Centro de Enfermagem da Católica*” (Fonte 33), já referido. É assim de fácil compreensão, a riqueza que o documento acrescenta a toda a avaliação

do percurso já nesta tese realizada a esse reportado momento. Torna-se pois vital a integração dos comentários e reflexões que a equipa redigiu perante as respostas recolhidas por questionário online (criados e lançados por essa equipa) aos vários intervenientes da atuação do CEC ao longo dos seus 10 anos.

A equipa encarregue da avaliação lançou questionários a atuais estudantes, antigos estudantes, colaboradores (enfermeiros), parceiros e docentes. A taxa de resposta variou entre os 29,9% e os 100% conforme apresentado na Tabela 15.

Tabela 15 - Relação respondentes da avaliação CEC

Grupo Alvo	População (P0)	Erros	População sem erros (P1)	Respondentes	Taxa de resposta (%)	Amostra
<i>Alumni</i>	762	100	662	198	29,9	196
Estudantes	22	0	22	19	86,4	19
Parceiros	34	1	33	24	72,3	23
Prestadores de serviços	15	0	15	7	46,7	7
Docentes	16	0	16	16	100	16

Da análise dos dados recolhidos (Fonte 72) podemos sintetizar que a maioria dos docentes (87,5%) refere colaborar ou já ter colaborado com o CEC, dedicando, em média cerca de 9,36h por semana; o tipo de colaboração que os docentes prestam ao CEC é preferencialmente através do ensino (projetos de intervenção: 59%) e prestação de serviços (41% divididos por diversas opções referidas). A maioria dos docentes salienta que sem o CEC não seria possível desenvolver as mesmas atividades (76,7%).

Ainda quanto às respostas dos docentes é referido por 77% deles que colabora ou já colaborou com projetos do CEC. Consideram que a contribuição do CEC para a atividade docente é principalmente no âmbito da aquisição de competências por parte dos estudantes (61,9%) e de serviço à comunidade (53,6%); em contrapartida, 20% dos docentes refere não conhecer os projetos em desenvolvimento e 26,8% refere desconhecer resultados.

Perante as respostas dos estudantes do então 4º ano salienta-se que 81,3 % já tinha ouvido falar do CEC e que 81,3% desses identificam-no como local de EC. Por sua vez, dos que identificavam o CEC como local de ensino clínico, 92,3% referiram já ter realizado aí algum dos EC.

No documento de avaliação ainda é referido que 69% dos respondentes identifica ter integrado projetos da UCP e, desses, 89% validam ter sido um projeto do CEC (8 respondentes). Na visão dos então estudantes do 4º ano a maior contribuição que o CEC traz para o desenvolvimento das competências enquanto futuro enfermeiro é, principalmente, no âmbito da investigação (78,5%).

Relativamente às respostas dos 198 *alumni* respondentes o relatório refere que 83% (163 respondentes) já tinham ouvido falar do CEC e 28,2% referem ter integrado projetos da UCP em curso e que, na mesma questão, 20 *alumni* (12,3%) responderam não saberem se estavam ou não integrados em tais projetos. Atendendo aos 163 respondentes, 25,7%<sup>3</sup> dos respondentes (42 antigos estudantes) referiram recordar-se de ter efetuado algum ensino clínico no CEC enquanto 25,2%<sup>4</sup> (41 antigos estudantes) referiram que não. Dos que responderam terem estado integrados em projetos, 71% referem ter integrado projetos do CEC. A contribuição do CEC para o percurso formativo que os antigos estudantes mais relevam é o desenvolvimento de competências afetas à investigação (61,4%).

---

<sup>3</sup> A percentagem constante na fonte consultada referia-se aos 196 antigos alunos e, por isso, a percentagem reportada era de 21,4%

<sup>4</sup> A percentagem constante na fonte consultada referia-se aos 196 antigos alunos e, por isso, a percentagem reportada era de 20,9%

Nas respostas recolhidas junto dos Enfermeiros (profissionais que colaboraram com o CEC enquanto enfermeiros contratados) podemos salientar que referem média de horas semanais do contrato de 24,8h; que desempenharam atividades diretamente relacionadas com a prestação de cuidados (5 respondentes), colaboração na orientação de estudantes (1 respondente) e colaboração em ações de divulgação da Semana Aberta (1 respondente); dos respondentes, 83% referiram que não teriam desenvolvido o mesmo tipo de atividade se o CEC não existisse; dos 3 que responderam ter colaborado em projetos, todos tinham colaborado em “Superar a Solidão”, um em “Tornar-se Mãe”, outro também no “Enfermeiro na Escola”; assim como também um selecionou “Capacitar para Cuidar” e ainda um em “Mais Independência, Mais Autonomia”.

Podemos ainda constatar pelas respostas dos enfermeiros que a contribuição preferencial do CEC foi no desenvolvimento de competências dos estudantes de enfermagem (em média de 85,83%) e que 71,4% dos enfermeiros referiu não ter conhecimento das atividades do CEC onde apenas um enfermeiro refere conhecer resultados dos projetos implementados. Quanto às respostas sobre a contribuição do CEC para o desenvolvimento profissional destes colaboradores, foi respondido ter sido a forma como propiciou a intervenção numa área específica e/ou nos projetos do CEC (três enfermeiros) e o desenvolvimento de competências / experiência profissional (três enfermeiros).

Aos antigos estudantes foi ainda solicitado que indicassem sugestões de melhoria ou propostas de novas atividades do CEC.

As respostas registadas foram:

- “- projeto de intervenção na comunidade dirigido às pessoas idosas com défice cognitivo;*
- projeto de intervenção dirigido à violência;*
- ampliar e personalizar a divulgação das atividades e potencialidades do CEC;*
- investir no serviço da gestão de casos com o desenvolvimento de parcerias;*

- *valorização do trabalho desenvolvido;*
- *desenvolvimento de projetos de investigação.*" (Fonte 33)

Os parceiros do CEC aceitaram responder ao questionário em 95,3% (23 de 24). Dos que aceitaram participar, 95,7% responderam ter ouvido falar do CEC ao longo da colaboração com a UCP e, 50% identificaram-no como local de Ensino Clínico; 45,5% como local de afetação de profissionais orientadores dos estudantes e também 45% como Serviço de Extensão Universitária e Prestação de serviços.

Dos 17 parceiros que responderam, a maioria mantém a parceria há cerca de 10 anos e um há menos de um ano; destacam-se três parceiros desde o início do CEC (2007-2008), apresentando no conjunto uma média de 4,12 anos de parceria. Metade dos parceiros refere ter colaborado em atividades de "Ensino Clínico" (50% - 9 em 18 instituições) e outros em projetos como "Projeto Enfermeiro na Escola" e "Educação para a Saúde" (16,7% cada) e nos "Projeto sem abrigo" e "projeto com idosos" (11,1% em cada). A totalidade dos parceiros refere classificar a colaboração com o CEC como positiva e satisfazendo as suas expectativas: 50% consideram em "satisfaz bastante" e 10% em "satisfaz completamente".

É ainda referido pelo grupo de análise que os estudantes e antigos estudantes apresentam, na globalidade, maior média na contribuição do CEC para a investigação e menor para a prática de cuidados.

A via comunicada como preferencial (global de todos os grupos) para a divulgação de atividades e resultados é o email seguido das comunicações científicas e internet. É reforçado que efetivamente o meio preferencial de divulgação é diferente de público para público.

No já referido documento de avaliação, para além de referir que o CEC tem futuro pela intervenção em áreas de especializadas, ainda fundamenta que tem

também capacidade de contribuir para a missão da UCP. É ainda referido que consideram o CEC capaz de melhorar nas áreas de intervenção especializada e em grupos alvo enquadrados com a missão da UCP (Fonte 33).

É identificado como uma mais valia na articulação do saber a presença de docentes de diversas áreas de especialização. É reforçado que os docentes apresentaram propostas de novas iniciativas e que identificam a vantagem desta articulação dos docentes com o CEC para favorecer o ensino e a investigação e ainda reconhecem a capacidade do serviço de extensão potenciar os trabalhos académicos.

*“Os docentes identificaram diversas possibilidades para a contribuição do CEC para o sucesso do seu trabalho académico.” (Fonte 33)*

O documento relata a necessidade de desenvolver projetos de intervenção em áreas sensíveis aos cuidados de enfermagem, eventualmente mediante a área de especialização de cada docente, e a definição de indicadores (processo, resultado e estrutura) que permitam a adequada avaliação e divulgação de resultados da atividade do CEC enquanto “unidade de cuidados e referência” (Fonte 33).

Também é salientado neste documento de avaliação a necessidade de repensar a implementação de estratégias que reforcem a identidade do CEC (nos estudantes, interna e externamente à UCP); e são ainda abordadas questões relacionadas com a necessidade de espaço físico (para o desenvolvimento das suas atividades de apoio ao ensino e à investigação) afeto ao CEC na UCP como forma de potenciar uma maior consciencialização da existência do mesmo (Fonte 33).

A maioria dos estudantes e *alumni* respondentes ao questionário de avaliação do CEC referiu que o mesmo, enquanto local de EC, contribuiu maioritariamente para o desenvolvimento das competências relacionadas com a investigação. Na reunião de avaliação realizada, os docentes explicaram que essa identificação pode estar associada às características inerentes ao próprio EC V / 10 que visa desenvolver as competências relacionadas com a investigação nomeadamente na construção e uso de bases de dados, análise estatística, planeamento e

implementação de projetos de intervenção, mediante os resultados do diagnóstico de saúde e produção de documentos de cariz científico tais como artigos (Fonte 33).

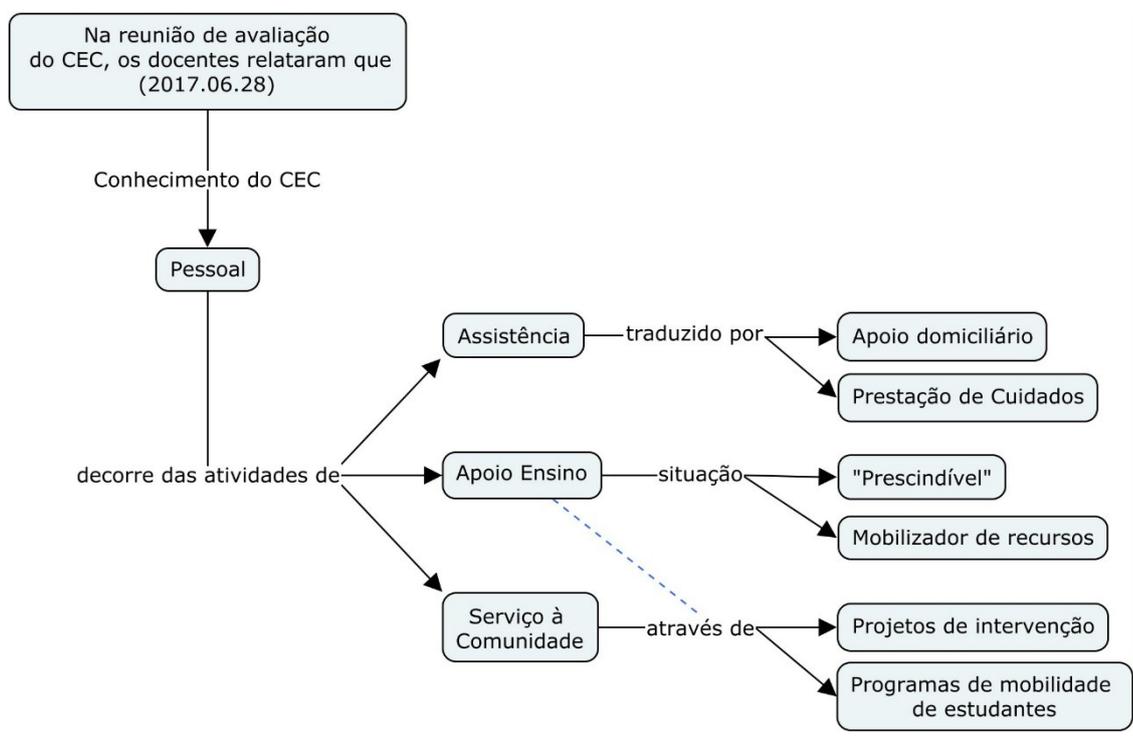
A equipa de avaliação realçou que é transversal o reconhecimento e valorização do CEC e das suas atividades para além das já evidenciadas pelos docentes e discentes. É salientado nos resultados que os parceiros valorizam as atividades do CEC e manifestam a vontade de continuidade da cooperação existente. Este facto pode ainda ajudar a validar que a visibilidade exterior do CEC é positiva (Fonte 33).

A mesma equipa salienta que, quanto ao percurso do CEC, o que mais evoluiu nestes 10 anos foram: os serviços à comunidade; a fidelização dos parceiros nos projetos de intervenção e a estruturação do papel do CEC junto das comunidades com quem se relaciona; o apoio ao ensino, a integração de estudantes – principalmente do 1º ciclo – com o desenvolvimento associado das competências previstas; o apoio à investigação, através da elaboração de estudos epidemiológicos (por exemplo em quedas e regime terapêutico) e outros resultados de investigação que são posteriormente apresentados através de comunicações científicas (Fonte 59).

Podemos referir que, na **área de Assistência, é o Apoio domiciliário e a Prestação de cuidados** que aparecem mais vezes presentes indiretamente no discurso dos docentes. Destaca-se que, mesmo sendo do conhecimento dos docentes a existência desta prestação de cuidados, foi identificado desconhecimento também por parte de docentes do ICS do mesmo tipo de prestação de cuidados, nomeadamente os de gestão de casos nas paróquias (Fonte 72). Foi ainda referido que o acompanhamento de estudantes do 2º ciclo em estágio no CEC foi uma excelente oportunidade para os docentes (orientadores) se inteirarem das atividades em curso.

A análise do conteúdo do registo da reunião de docentes para avaliação do CEC (Fonte 72), centrada no documento de análise às respostas ao instrumento lançado aos intervenientes no CEC (Fonte 33), permitiu agrupar as reflexões e comentários em três grupos aglutinadores: atividades de assistência realizada, apoio ao ensino e serviço à comunidade (Diagrama 1) que a seguir exploramos.

Diagrama 1 - Avaliação do CEC | Conhecimento pessoal decorrente das atividades



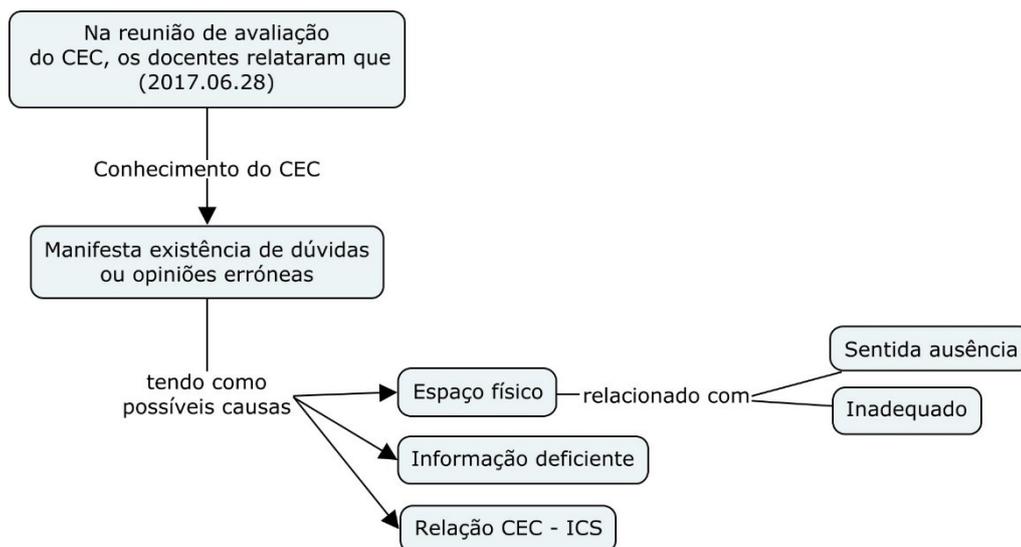
O conhecimento do CEC torna-se mais vezes referido na avaliação dos docentes como sendo decorrente do serviço à comunidade, facilmente perceptível pela estreita interligação de dois ensinamentos clínicos aos projetos de intervenção comunitária em curso. Os docentes não têm dúvidas que os estudantes sabem, por exemplo, que estiveram no projeto “Enfermeiro na Escola” mas que é difícil que relacionem essa permanência com o CEC (Fonte 72). Houve ainda também referência à vantagem tanto para a EE-Porto (pela facilidade, rapidez e adequação do estágio aos objetivos pretendidos para o estudante de mobilidade)

como para o próprio estudante em recorrer ao serviço de extensão, na sua vertente de intervenção na comunidade, para integrar estudantes de mobilidade (Fonte 72).

No que respeita à inexistência de referência ou “opiniões erróneas” por parte dos docentes relativamente às atividades do CEC identificaram-se: a área da extensão e prestação de serviços, e a “gestão de casos”. Foram estes os itens que não foram explorados pelos docentes e, por vezes, até confundidos com outras atividades de assessoria. Esta dificuldade foi desde muito cedo assumida na reunião dada a reduzida quantidade de casos em que o CEC colaborou, o curto período necessário para a organização da equipa que cada uma das assistências acaba por ter, e a pouca informação que os docentes têm acerca dela (Fonte 72).

Analise os argumentos associados ao “espaço físico” (Diagrama 2).

**Diagrama 2 - Avaliação CEC | Conhecimento - dúvidas ou opiniões erróneas - possíveis causas – espaço físico**

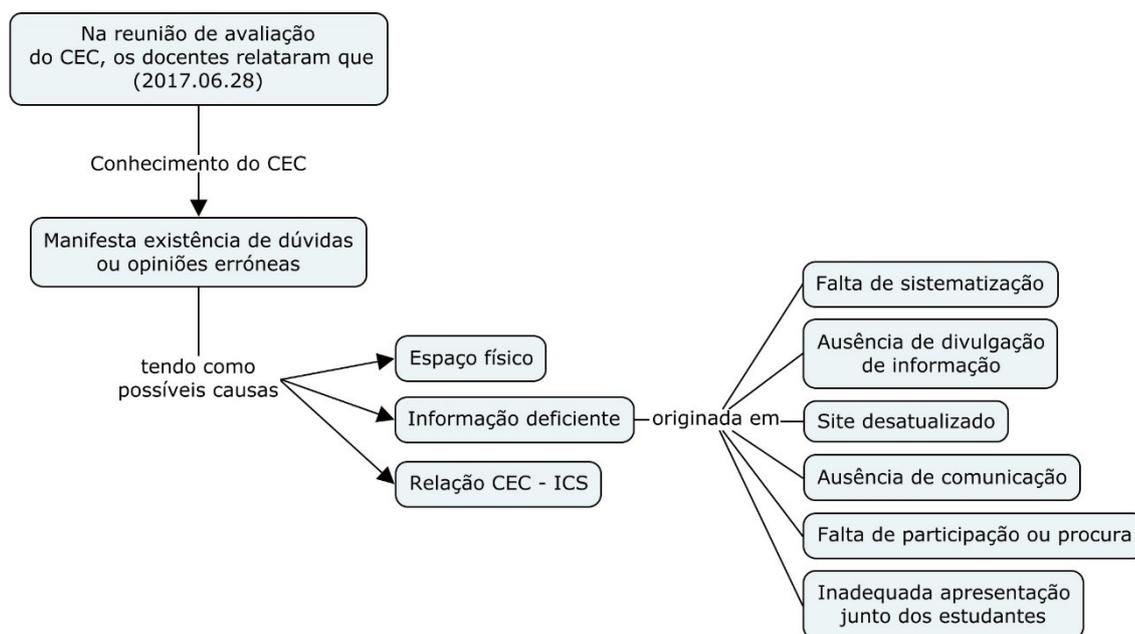


Os docentes em vários momentos referiram a sentida ausência de um espaço para o CEC ou, no caso dos momentos em que houve espaço atribuído, a da inadequação às necessidades. A ausência de espaço tende a justificar, na opinião dos docentes, que os estudantes não assumam que estão no CEC em EC visto não haver – como é realidade em qualquer outro local de EC noutra instituição – deslocação nem mudança de espaços em relação aos que já são habitualmente frequentados pelos mesmos estudantes no âmbito da componente teórica ou teórico-prática do seu CLE (Fonte 72). A associação da ausência de espaço e a necessidade de visibilidade interna é várias vezes referida na avaliação dos docentes ao CEC.

*“O facto de ter espaço físico que os ajude aí - e a nós também, se calhar - a perceber a diferença que é o CEC e a atividade depois pedagógica que é depois o CEC.” (Fonte 72)*

Apesar de ter sido um dos elementos mais consistentemente referidos e aceite por todos os intervenientes, a identificação da informação divulgada como insuficiente foi amplamente referenciada. E podemos retirar do conteúdo da reunião possíveis causas que foram identificadas e salientadas pelos docentes (Diagrama 3).

**Diagrama 3 - Conhecimento - dúvidas ou opiniões erróneas - possíveis causas – informação deficiente**



A falta de sistematização é reportada através da necessidade de perceber claramente se os projetos que são do CEC devem passar a ser de docentes ou investigadores alterando, assim, o previsto em toda a organização do CEC até ao momento. Foram referidas situações em que a alteração dos projetos ou sub-projetos é assumida de forma muito rápida e que, apesar de existirem justificações para tal, é necessário tornar perceptível tais razões. Durante a avaliação realizada é evidente que a falta de informação sobre a alteração dos projetos, a sua definição e objetivos e conseqüentemente o seu ponto de situação não estão divulgados ou percecionados pela totalidade dos docentes. Aparentemente já está a ser possível que os estudantes percecionem os projetos do CEC como sendo os projetos de investigação de docentes específicos que aí estão a recolher dados (Fonte 72).

No campo da **ausência de divulgação da informação** sobressai a necessidade de informação sobre os documentos reguladores, sobre os projetos no início e no fim e justificação das mudanças. Na análise à reunião de docentes de avaliação do CEC há, pelo menos e de forma expressa, seis referências a constatar que há falta de informação ou informação deturpada sobre o CEC (Fonte 72).

*“O que se nota aqui é que realmente muitos de nós não tínhamos conhecimento realmente do trabalho do CEC. Não é evidenciado!” (Fonte 72)*

No seguimento do tópico anterior é identificada a **falta de atualização da informação da micro página da internet do CEC**. Este pormenor é de elevada relevância pela facilidade de (des)informação da comunicação interna e externa.

*“Portanto... uma das coisas que não está aqui é que o site está desatualizado, precisa de se atualizar” (Fonte 72)*

A sentida **ausência de comunicação** do CEC por parte dos docentes é manifestada com referência à necessidade de melhoria na recolha de informação dos projetos e atividades, expresso por:

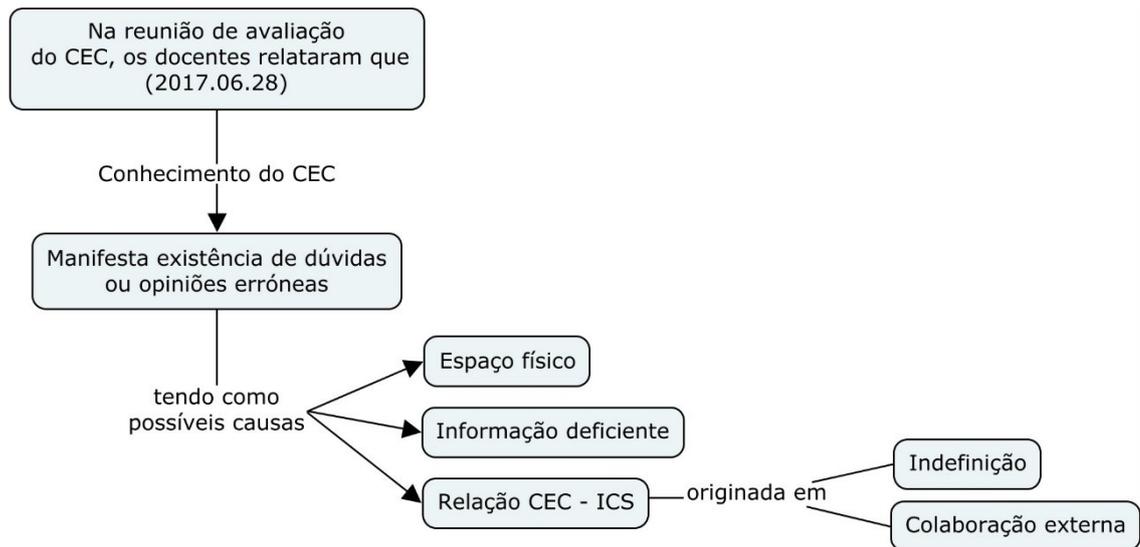
- insuficiente informação divulgada nos relatórios;
- necessidade de elencar todas as intervenções realizadas por parte dos docentes nos projetos respetivos com o objetivo de evitar perdas ou registos fora do local adequado (Fonte 72).

É referenciado como possível causa para o défice de informação sobre as atividades realizadas pelo CEC a **falta de participação ou procura** de esclarecimentos nas já existentes atividades de divulgação. Decorre da reunião de avaliação que a presença dos professores nos seminários do EC V/10 – local onde tem vindo a ser apresentado o trabalho dos estudantes no âmbito do seu EC de intervenção na comunidade, através do CEC - nem sempre acontece e salientou-se que é obrigação dos docentes manterem-se informados e procurarem a informação adequada e atualizada (Fonte 72).

A **inadequada apresentação junto dos estudantes** é então justificada por experiências da prática refletidas pelos docentes sobre a forma como a informação é apresentada aos estudantes desde a distribuição de locais, passando pelo momento da integração e identificação do profissional de enfermagem que os acompanha. Foi reforçada a necessidade de clarificar a identificação do CEC como sendo o local de EC e usar a presença da enfermeira chefe como elemento diferenciador da receção dos estudantes no CEC. Surgiu também, nesta categoria, a recorrência da necessidade de evitar que os projetos sejam identificados como sendo de “um docente em particular” pois, apesar de terem um docente responsável, são do CEC e não são projetos individuais (Fonte 72).

Ainda explorando as possíveis causas identificadas pelos docentes para a existência de dúvidas ou opiniões erróneas, encontramos a denominada “relação entre o CEC e o ICS-Porto” (Diagrama 4).

Diagrama 4 - Conhecimento - dúvidas ou opiniões erróneas - possíveis causas - relação



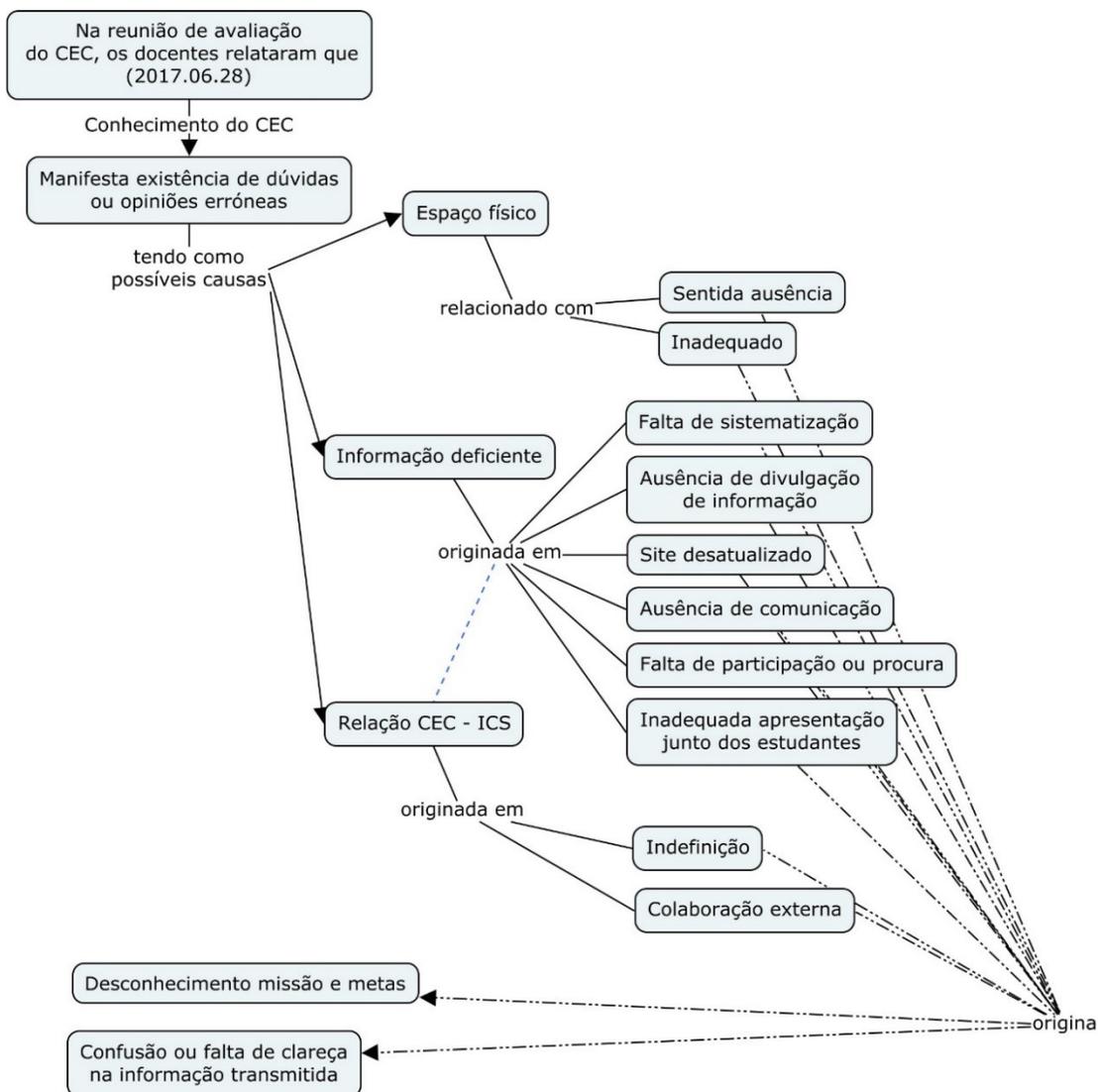
Ao explorarmos o referido na reunião, salienta-se a referência à **indefinição** da relação entre o CEC e o ICS-Porto. É evidenciado que a relação deve sofrer alterações para salientar a cooperação existente e, ao mesmo nível, fazer emergir a importância reconhecida ao CEC como local de prestação de serviços e apoio ao ensino. É salientada a necessidade sentida – mesmo que cientes da dificuldade – de haver diferença entre as funções que cada um desempenha como professor no ICS e como enfermeiro no CEC (Fonte 72).

Outro aspeto salientado foi a facilidade com que os estudantes reconheciam a diferença de estar em EC no CEC pela presença de enfermeiros não professores do ICS, através do recurso a **contratação externa** de colaboradores para acompanhamento de estudantes em EC no CEC (Fonte 72).

Perante estas referências sobressai a necessidade de clarificação do enquadramento do CEC dentro da própria unidade (EE-Porto), já referida anteriormente neste documento.

Podemos analisar de uma forma global, pelo mapa construído, as prováveis causas das dúvidas ou opiniões erróneas (Diagrama 5).

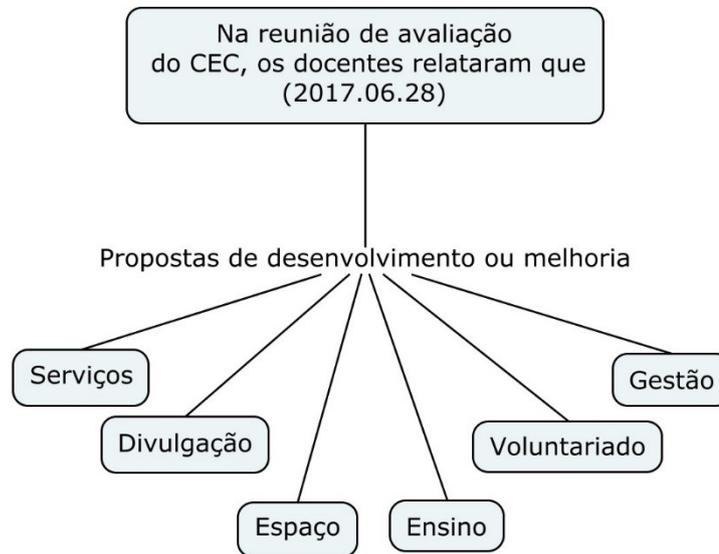
**Diagrama 5 - Conhecimento - dúvidas ou opiniões erróneas - possíveis causas**



Ainda integrado no âmbito do documento e na reunião de avaliação do CEC podemos desde já incorporar as propostas agrupadas daí emergentes. Da análise – dificultada pela multiplicidade de áreas - emergiram as seguintes: Divulgação,

Ensino (que será apresentado na posterior divisão a este assunto dedicado), Espaço, Gestão, Serviços e Voluntariado (Diagrama 6).

Diagrama 6 – Avaliação do CEC | Propostas de melhoria



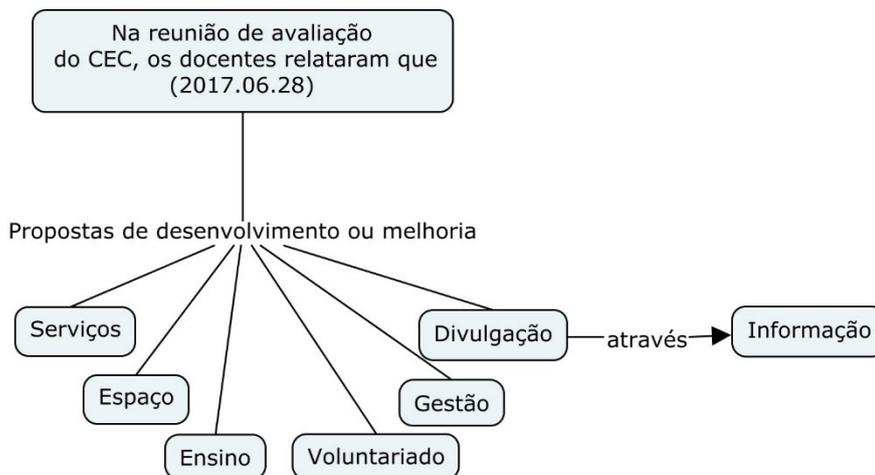
Na área da **divulgação**, os docentes salientam essencialmente a necessidade de melhoria da informação transmitida ou disponibilizada. A referência à necessidade de divulgação por meios habituais e meios inovadores é apresentada como necessária para evitar que fique a comunidade sem saber o que é feito no CEC. É consensual que deve ser assumido um reforço para o meio digital (Diagrama 7) nomeadamente para tentar chamar mais o público alvo às atividades programadas e levadas a efeito.

*“Mas não haja dúvida que temos de divulgar melhor – ou pensar melhor – mas pelo menos divulgar melhor aquilo que é o CEC.”*

(...)

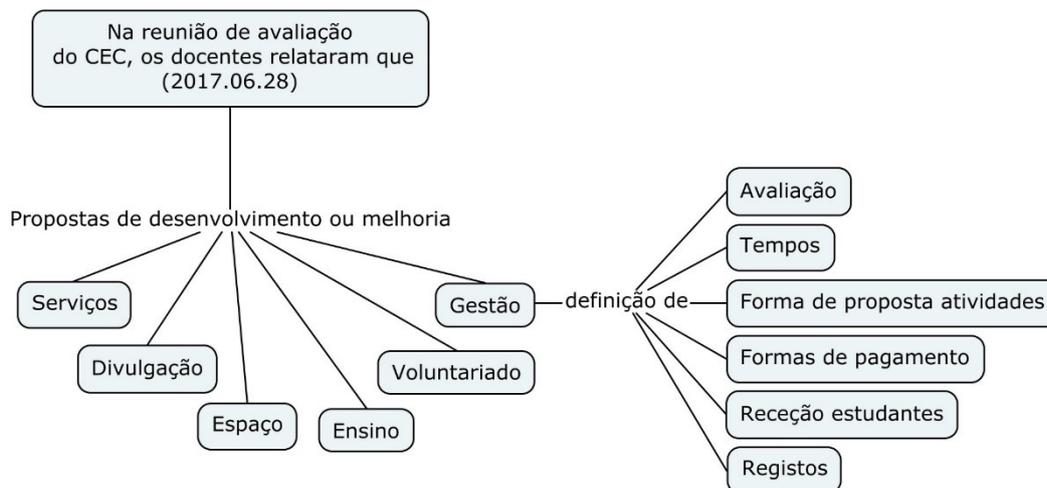
*“eventualmente podemos dar mais visibilidade em termos de site.”*  
(Fonte 72)

**Diagrama 7 - Avaliação do CEC | Propostas de melhoria | Divulgação**



Na área da gestão emergiram muitos grupos de referências que abordam a transversalidade das áreas do CEC. Considera-se que deverá ser dada uma especial atenção a estes pontos como forma de melhorar sustentadamente as áreas apresentadas como mais necessitadas de melhoria. As propostas passam por melhorar a forma como se propõem as atividades, como são geridas temporalmente com os seus intervenientes, como são apresentadas, registadas e avaliadas e ainda como são recebidos os estudantes (Diagrama 8).

**Diagrama 8 - Avaliação do CEC | Propostas de melhoria | Gestão**



Foi sugerido que a própria **avaliação** das atividades seja realizada diretamente com cada docente através de uma reunião tendo em conta o tempo que o mesmo tem destacado ao longo do ano para as atividades previstas de serviço de extensão. Deverá ser revista a forma como nestas áreas de intervenção é realizada a comunicação de dados e a mais valia que essa divulgação poderá trazer para a visibilidade do serviço (Fonte 72).

É implícita a indicação de que vários assuntos devem ser revistos no CEC mas que os mesmos devem ser centrados no grupo de pessoas que tem ou irá ter **tempo** afeto ao serviço de extensão, colaborando ativamente para a melhoria do serviço. São continuamente solicitados os contributos de cada um para o desenvolvimento e melhoria dos serviços prestados pelo CEC (Fonte 72).

Em vários momentos deste percurso de 10 anos foram solicitadas **propostas de atividades** (intervenção comunitária, prestação direta de serviços, consultas, apoios, etc) mas a forma como a referida proposta deve ser feita não parecia ser do conhecimento de todos os presentes. Perante estes factos, na reunião foi reforçada a facilidade de formalizar uma proposta de atividade via correio eletrónico à direção da EE-Porto e à coordenação do CEC. Ainda foi acrescentado pela direção que a mesma proposta deve seguir com uma previsão de custo e, no caso de ser para implementar fora das horas contratadas desse docente, com a percentagem proposta para o prestador. A direção analisará as propostas atendendo a todos os aspetos apresentados e quanto ao interesse e cabimento na missão do CEC (Fonte 72).

Desde que foi necessário pensar em como se podia propor a realização e pagamento do serviço de apoio domiciliário ou da prestação de cuidados de enfermagem no local do CEC, o **tipo de serviço e a forma como o faturar** foram sempre discutidos e equacionados. Ainda nesta avaliação dos 10 anos alguns docentes trouxeram estes assuntos para a discussão salientando que na sua perspetiva poderia existir vantagem em ter um enquadramento na área da saúde

de acordo com a Classificação das Atividades Económicas Portuguesas por ramos de atividade (CAE). Foi referido que as várias possibilidades apresentadas estavam a ser estudadas assim como foi lembrado que outras unidades (no universo CRP) que prestam serviço o realizam enquanto assessoria

*“(...) a possibilidade de ter [um serviço] (...) - e que possa ter um NIF de saúde, um CAE de saúde (serviços de saúde)”*

*(...)*

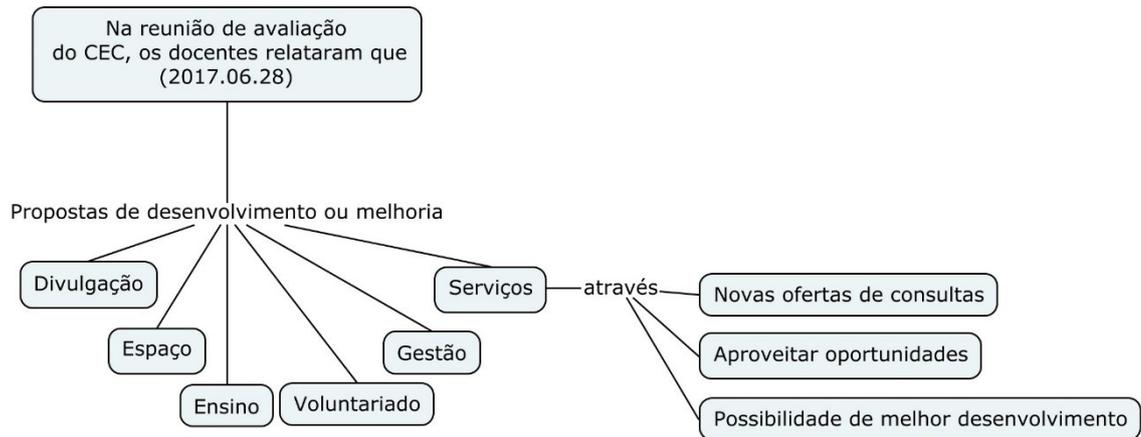
*“(...) nós pagamos serviços de assessoria. Neste momento a [outra unidade] o que faz é um serviço de assessoria, passa um recibo da universidade.” (Fonte 72)*

ou estudos (Fonte 72). Importa salientar que a UCP, enquanto uma única entidade nacional, detém um CAE de ensino e no seu número fiscal único se encontram todas as unidades académicas. A existência de outros números fiscais não se enquadra com o preconizado institucionalmente. Perante este posicionamento torna-se possível a prestação de serviços na vertente de assessoria.

No âmbito dos **registos**, os comentários dos docentes aparentam uma necessidade de melhoria da sistematização da informação recolhida. Apesar de estar salvaguardado o registo dos dados clínicos em base própria, a distribuição do tempo do docente no acompanhamento e orientação dos estudantes (mesmo que inserido no CEC) é registada pela EE-Porto (Fonte 72).

Surgem ainda os serviços como área passível de desenvolvimento ou melhoria, deixando perspetivar uma necessidade de aproveitar as oportunidades existentes e lançar novas e sustentadas propostas de serviços (Diagrama 9).

Diagrama 9 - Avaliação do CEC | Propostas de melhoria | Serviços



Foram identificadas ao longo da análise do verbatim da reunião (Fonte 72) a possibilidade de **novas ofertas de serviços** nas seguintes áreas de prestação de serviços de enfermagem: prestador de cuidados, aprendizagem de habilidades, saúde juvenil, saúde infantil, necessidades de saúde especiais, indivíduos e grupos, reabilitação e massagem.

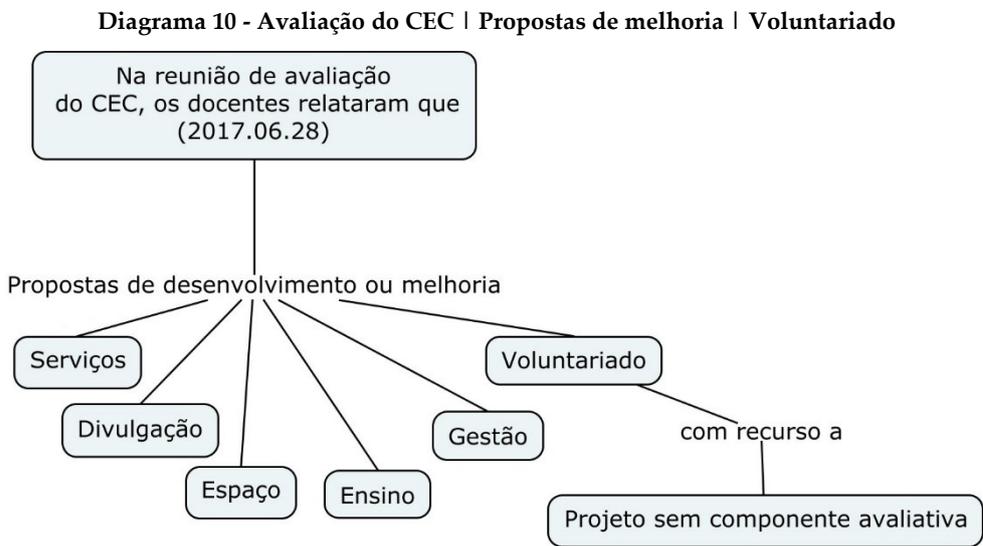
Houve ainda referência à necessidade de **aproveitar as oportunidades** que estão ao alcance do CEC e nas quais se poderia facilitar a oferta de serviços com melhor qualidade (derivada da associação a uma instituição de ensino e investigação na área da enfermagem).

*“(...) e as pessoas que estão aqui tão próximas e o CEC podia oferecer uma melhor qualidade e poder ser contextos de professores assumirem o cuidado” (Fonte 72)*

Ficou ainda a referência a perspectivas diferentes para um **melhor desenvolvimento** do CEC, ideias que estão apresentadas resumidamente nos pontos anteriores.

No decorrer da avaliação houve espaço ainda para refletir sobre a percebida falta de voluntariado associado aos projetos. Assumindo que o mesmo é possível e previsto nos documentos iniciais do CEC como objetivo, a sua representatividade é muito reduzida. Apesar de ser notada a falta de relevância que o voluntariado tem no CEC e de ser aconselhável propor melhorias nesta componente (Diagrama 10), foi também notado que as propostas existentes dentro da UCP, na área do voluntariado já aumentaram e estão organizadas na Unidade para o Desenvolvimento Integral da Pessoa, unidade do CRP.

*“É assim... precisava de existir aqui um projeto onde eles estivessem no CEC, aquilo fosse o CEC, sem que eles estivessem nesta componente de EC, de avaliação. Se calhar precisavam disto para perceberem melhor o que é o CEC.”*  
 (...)  
*“nós às vezes ouvimos projetos de estudantes, de universidade, de intervenção na comunidade, que são projetados pelas notícias, e etc”*  
 (...)  
*“Mas isso fazem com a UDIP, com a CASO...”* (Fonte 72)



É reforçada na entrevista com a enfermeira chefe do CEC, relativamente aos aspetos da estrutura física e de recursos técnicos associados CEC, a importância sentida de fixar o espaço do CEC. Na sua opinião, um espaço próprio cria referência e, salienta, deve notar-se a capacidade que o CEC demonstrou ter quando foi necessário adquirir e gerir o material necessário para colmatar as necessidades decorrentes das assistências realizadas.

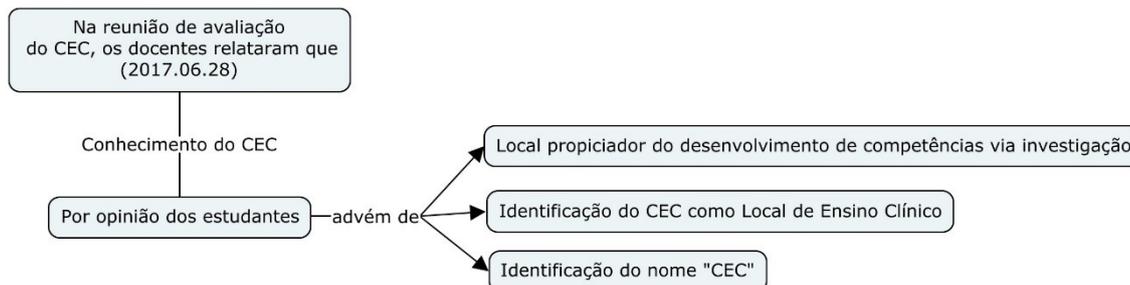
*“Na estrutura física e recursos técnicos: o espaço físico sofreu de alterações ao longo da existência do CEC; prevê-se este ano a abertura de um espaço que permita desenvolver outras áreas consideradas importantes (...) O stock de material e equipamento foi sendo adquirido tendo em vista colmatar as (...) necessidades assistenciais.” (Fonte 59)*

Importa lembrar que, nas respostas à avaliação do CEC por parte dos *alumni*, 17% respondem como não tendo ouvido falar do CEC, e 25,7% dos que ouviram falar reconhecem ter realizado um ensino clínico no CEC (Fonte 33) e, destes 71,1% se identificam como tendo estado integrados em projetos afetos ao CEC.

Devemos salientar ainda que tanto os *alumni* como os estudantes referem que a investigação é a área em que desenvolvem mais competências durante a sua passagem pelo CEC.

Também sobre estes aspetos a análise ao conteúdo da reunião de docentes traz contributos que foram sistematizados em diagrama (Diagrama 11). Deste diagrama que decorre da análise do documento de avaliação do CEC podemos salientar que os estudantes conhecem o CEC pela referência ao seu nome, por ser um local de ensino clínico e identificam-no ainda como um local propiciador do desenvolvimento de competências de investigação.

Diagrama 11 - Avaliação do CEC | Conhecimento por opinião dos estudantes



Analisa-se de seguida o que emergiu da avaliação realizada pelos docentes ao conhecimento do CEC decorrente das atividades de ensino (Diagrama 12). Há reporte por parte dos docentes do sentimento de prescindibilidade do CEC. Este sentimento aparenta decorrer de, por um lado, capacidade que a EE-Porto tem de organizar os locais de ensino clínico autonomamente com os (mesmos) parceiros que o CEC tem e, por

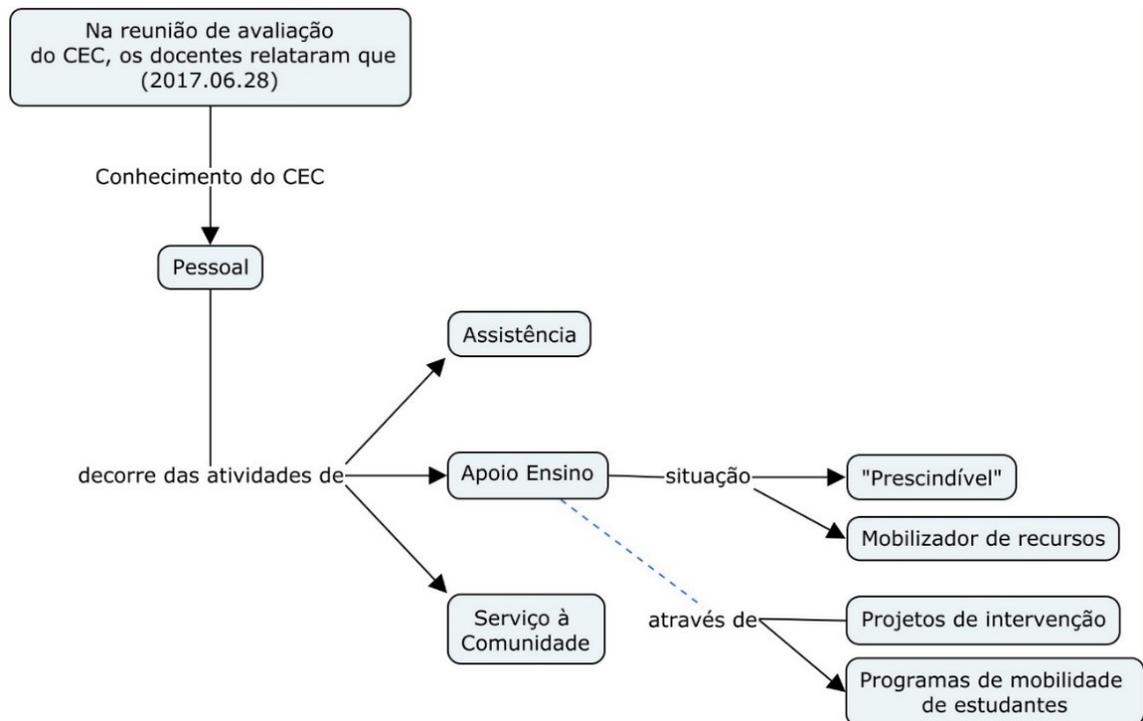
*“(…) fazer um pedido formal às escolas a que habitualmente vamos, e assegurar a dinamização das atividades que eles habitualmente fazem sem nenhuma ligação ao CEC? Isto é que me questionou no sentido de nós refletirmos como é que as coisas podem estar arrumadas. Porque eu disse que sim. Quer dizer, há aqui uma promiscuidade boa –não boa, não sei – mas pode prejudicar o CEC enquanto unidade de extensão.”*  
(Fonte 72)

outro, da falta de especificidade (ou autonomia) na gestão de processos no CEC. Esta situação pode ser explicada pela *excessiva proximidade* das equipas, resultando numa intensa partilha de informação que pode originar uma sentida falta de especificidade do serviço de extensão (Fonte 72).

Ainda é salientada a importância do CEC como um recurso facilitador para a EE-Porto na gestão dos locais de intervenção no âmbito de EC de forma quase imediata, promovendo quando necessário a mobilidade dos estudantes integrando uma adequada orientação / supervisão.

*“(…) sim, e se assim acontecesse também não tínhamos possibilidade de gerir os espaços desta forma. É CEC... conseguir mobilizar os alunos de um lado para o outro, de uma forma sem grandes problemas percebendo que há uma orientação que pode ser feita por outro colega... mas também é uma questão de trabalharmos em equipa...”*  
(Fonte 72)

Diagrama 12 - Avaliação do CEC | Conhecimento do CEC | Atividades de apoio ao ensino



No mesmo sentido de afirmação da capacidade do CEC identifica-se claramente a referência ao apoio dado pelo serviço de extensão à integração de estudantes de mobilidade facilitando o atingimento dos objetivos desses estudantes e simplificando o desgaste e trabalho dos docentes responsáveis pelas

*“(...) porque tem sido na minha opinião a passagem dos estudantes de mobilidade pelo CEC uma forma muito sistematizada, se o quisermos ver assim, que eles conheçam aquilo que nós fazemos. Foi uma pena na altura eu não me ter lembrado disso...” (Fonte 72)*

relações internacionais e mobilidade. É, assim, salientada a importância do CEC nesta especificidade de apoio ao ensino mesmo que, por esquecimento – conforme referido –, não tenha sido reportado este aspeto no preenchimento do instrumento de avaliação do CEC por parte dos seus intervenientes.

Surge ainda reforçada, como **propostas de melhoria** na área da gestão associada ao **ensino**, a necessidade de formalmente se receber os estudantes no CEC, apresentando o CEC como uma unidade de extensão integrada na EE-Porto mas

diferenciada, transparecendo a necessidade de os estudantes identificarem o local físico onde devem ser recebidos no primeiro dia de EC (Fonte 72).

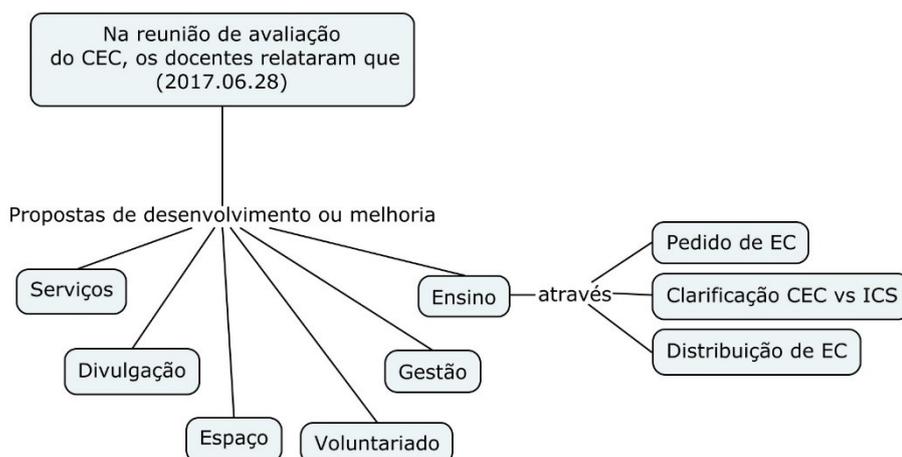
Na entrevista à enfermeira chefe do CEC (Fonte 59) realça-se que foi muito vantajoso ter outrora um espaço onde reunir e trabalhar com os estudantes que realizam EC no CEC e que o CEC conseguiu adquirir o material necessário para promover a aquisição de competências por parte dos estudantes que pelo CEC passaram.

*“Na estrutura física e recursos técnicos: (...) Já tivemos salas de reunião para os estudantes o que se tornou muito vantajoso, neste momento é incerto que venha a existir. O stock de material e equipamento foi sendo adquirido tendo em vista colmatar as necessidades quer do desenvolvimento de competências dos alunos, (...).” (Fonte 59)*

Como possíveis propostas de desenvolvimento e melhoria relacionadas com o ensino (Diagrama 13) e que emergiram da reunião de avaliação podemos referir que elas se podem dividir em:

- sugestão de melhoria na realização dos pedidos de EC da EE-Porto ao CEC;
- clarificação da posição do CEC em relação à EE-Porto;
- melhoria da distribuição dos locais de intervenção no âmbito da realização de EC no CEC.

**Diagrama 13 - Avaliação do CEC | Propostas de desenvolvimento e melhoria - Ensino**



Relativamente ao primeiro aspeto (pedidos de EC) será necessário que a estrutura da EE-Porto reforce o uso de via formal para solicitar (mesmo que internamente) os locais de ensino clínico ao CEC. O facto de haver este pedido obriga, por um lado a uma resposta e, por outro, a uma perceção formal de diferenciação de cada uma das partes envolvidas na gestão e, conseqüente e progressivamente, transparecerá para os estudantes que apesar de diferentes instituições intervencionadas, o local de EC é o mesmo. Sente-se também a necessidade de ser pelo CEC que os estudantes são distribuídos. É necessário que os estudantes sintam que a estrutura CEC é que faz a distribuição pelos locais (conseqüentemente aos projetos) tal como as demais instituições por onde eles passam fazem no momento da distribuição dos estudantes pelos locais disponíveis de EC. Conseqüentemente a clarificação da posição entre o CEC e a EE-Porto facilitará a obtenção de resultados nesta melhoria pretendida.

O CEC enquanto serviço de extensão colabora também na vertente de **apoio à investigação** da EE-Porto. Esta colaboração existe desde a criação do CEC quando, na altura, se articulava com a investigação do ICS-Porto através do Observatório que sistematizava a recolha de dados (de diagnósticos na comunidade) que serviriam para a investigação. O CEC integrou também essa tarefa e prevê na sua extensão a articulação com a investigação. Exemplo claro dessa estreita ligação ao longo do tempo é a referência, por parte dos *alumni* e dos atuais estudantes como sendo as competências relacionadas com a investigação aquelas que a sua presença em EC no CEC mais neles desenvolveu; note-se que o que os antigos estudantes mais relevam é o desenvolvimento de competências afetas à investigação, em 61,4% (Fonte 33).

Os docentes, na reunião que analisou a avaliação do CEC, para além de demonstrarem não estarem à espera que os estudantes salientassem mais a

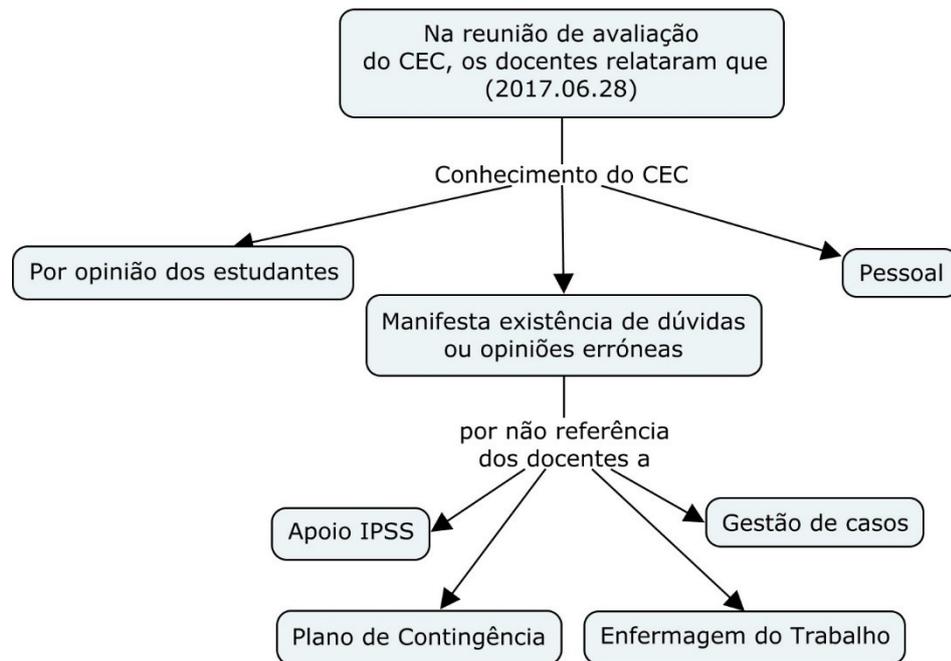
componente de investigação em relação às restantes opções (Fonte 72), validaram e reconheceram a importância que o CEC tem na consecução dos seus objetivos no que respeita à área da investigação. Este reconhecido desenvolvimento de competências nos estudantes pode ser explicado pela proximidade ao apoio à investigação que o CEC presta e pela efetiva visibilidade da produção científica associada (Fonte 59). A coordenação do CEC assume que o serviço de extensão tem efetivamente um papel muito importante de apoio à investigação desenvolvida pelos docentes do ICS no âmbito das suas investigações (Fonte 59).

Decorrente da análise da reunião de docentes para avaliação do CEC surgiu a necessidade de clarificar e diferenciar a intervenção do CEC como apoio à investigação e não como serviço dedicado à investigação. Foi salientada a necessidade de promover uma melhor e mais definidora abordagem para evitar essa confusão. Deve ser apresentado de forma mais clara, pelos meios adequados e anteriormente já expressos em momentos anteriores de discussão, que o CEC é um local onde os investigadores podem ter acesso a populações intervencionadas de uma forma direta, mediante condições salvaguardadas de responsabilidade na investigação (Fonte 72). Torna-se necessário reforçar que o CEC não realiza por si, nem em si, investigação; mas serve efetivamente de apoio à investigação dos vários agentes autorizados para tal. Fica mais perceptível assim também a capacidade do CEC apoiar diretamente para facilitar colheitas de dados, por exemplo, mas também por ele próprio ser comumente o alvo da investigação pelas estratégias que implementa ou pela articulação das várias áreas de atuação da universidade.

Salientam-se no Diagrama 14 as áreas que espontaneamente os docentes não exploraram durante a reunião, mas reconheceram como importantes quando foram lembradas pela coordenação: a organização e manutenção do plano de

contingência do CRP para a gripe H1N1 e, mais recentemente, a enfermagem do trabalho e a gestão de casos que o CEC assumiu (Fonte 72).

**Diagrama 14 - Avaliação do CEC | Conhecimento - dúvidas ou opiniões erróneas – e “não referência” dos docentes**



A assessoria realizada pelo CEC no Plano de Contingência associado à prevenção por infecção do vírus H1N1 demonstrou confiança no trabalho realizado pelo serviço e foi reconhecida a capacidade científica e de organização da equipa para atingir os objetivos pretendidos. Mais uma vez constatámos que o trabalho associado ao Plano de Contingência de Gripe A – criação do site e de documentação disponibilizada, fluxogramas e assessoria externa às instituições parceiras, atendimentos de enfermagem e encaminhamentos - levou a uma grande visibilidade interna e externa do CEC. Esta atividade permitiu o aumento da visibilidade externa nacional e internacional, nomeadamente pela divulgação dos resultados da atividade em eventos científicos (74) e é exemplo da capacidade de assessoria que o CEC alberga. É de notar esta atividade também

não ter sido identificada na reunião dos docentes para avaliação do CEC (Diagrama 14).

Também noutros casos foi identificada confusão na forma como os docentes referenciavam algumas atividades do CEC, transparecendo a necessidade de clarificar e de fomentar o conhecimento mais objetivo das atividades existentes nos docentes. Esta confusão verificada entre os docentes sobre as atividades do CEC foi identificada, por exemplo, na diferenciação entre serviço de apoio domiciliário, gestão de casos e apoio a IPSS (Fonte 72).

Por esta autoavaliação podemos concluir que, também pelas entrevistas realizadas, é sentido que o CEC cumpre o papel para que foi criado.

*“Penso que o contributo é exatamente o que foi sonhado - um braço de extensão à comunidade, permitindo a implementação de projetos inovadores. Nenhuma escola de enfermagem o tinha tentado fazer e penso que ainda não há outro.”*

(...)

*“Foi preciso investir noutras áreas. Mas o serviço de extensão afirmou-se não como tínhamos previsto, mas sobretudo pelo serviço à comunidade e o apoio ao ensino.” (Fonte 63)*

### 3.4 Referências bibliográficas

37. **Festas, Constança.** *O Enfermeiro na Escola: Um projeto de ensino-aprendizagem, de investigação e de serviço à comunidade (Tese de Doutoramento).* Porto : Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, 2013.

73. **Direção-Geral da Saúde.** Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. *Direção-Geral da Saúde.* [Online] 2006. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>. ISBN 972-675-155-1.

74. *Criação de site para apoio ao Plano de Contingência para a Gripe A(H1N1)v do Centro Regional do Porto da Universidade Católica Portuguesa.* **Neves-Amado, João, et al. 2010.** Florianópolis/SC - Brasil : s.n., 2010.



## 4 Síntese de resultados

---

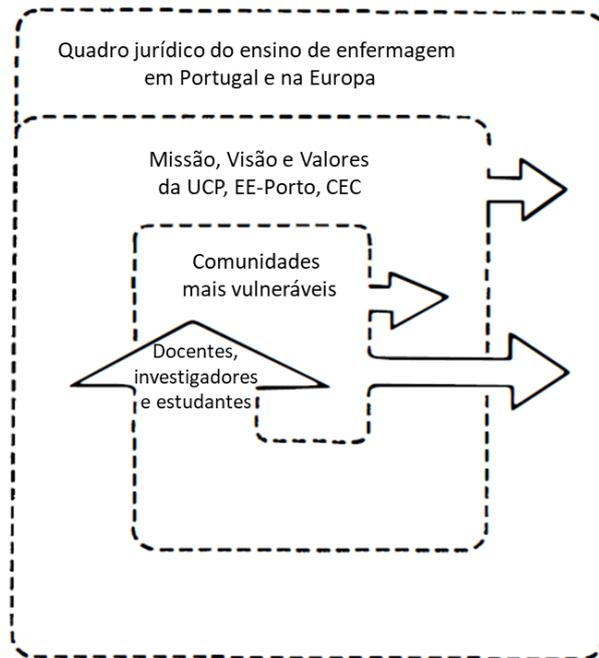
A criação do CEC, de uma forma global, pode ser desde já encarada como uma conceção visionária, com enquadramento de missão, visão e objetivos institucionais e do serviço em particular.

A referência direta ao serviço de extensão no Plano Diretor do ICS-Porto de 2008 (Fonte 6) pode ser reconhecida como a constatação do esforço formal de promoção de inúmeras iniciativas relacionadas com a prestação de serviços e também com o voluntariado social. A criação de uma vertente de extensão capaz de manter relação com os locais na comunidade que possam acolher estudantes é algo com o qual se consegue sonhar, mas que poucos poderão ter a possibilidade de o concretizar. Concetualmente é ser capaz de transferir o enquadramento do local de ensino (lugar do saber, do conhecimento... a universidade) para o contemplar também como local onde os seus estudantes irão aplicar e enriquecer o conhecimento adquirido. Trata-se de algo fundamental para a aquisição e demonstração de competências adequadas por parte do estudante.

Ao longo de 10 anos uma grande quantidade de documentos foi criada no CEC, onde se assinala uma manutenção e reforço temporal no que respeita à missão, valores e visão do CEC, enquadrado na estrutura em que se insere (Escola de Enfermagem – Porto » Instituto de Ciências da Saúde » Centro Regional do Porto » Universidade Católica Portuguesa).

Considerando o modelo de análise, teoria de Imogene King, estamos agora em posição de perceber melhor a forma como o CEC se desenvolveu e se integra nos diferentes sistemas (Figura 6).

**Figura 6 – Análise da implementação do CEC no ensino de enfermagem na UCP-Porto, à luz do modelo de Imogene King**



O desenvolvimento da ação dos serviços de extensão com base em projetos facilita a gestão por áreas de intervenção e tem capacitado o serviço para uma segmentação mais eficiente, com a comunicação e divulgação de resultados direcionada para essas mesmas áreas.

Durante a fase de implementação identificaram-se, no relatório de atividades de 2009 (Fonte 8), situações onde aparentemente existem atividades direcionadas para o mesmo objetivo e que foram integradas em projetos diferentes: este projeto tem-se desenvolvido tanto pelo sub-projeto *“Enfermeiro na Escola”* como por solicitação das escolhas feitas quer dos grupos presentes nas paróquias (ver

projeto “*Superar a Solidão*”) quer individualmente, diretamente ao CEC (Fonte 6). Posteriormente, aquando da apresentação dos dados, torna-se claro que a contagem é feita e apresentada por projeto e não por local ou grupo de alunos (Fonte 8).

Apesar de em cada um dos relatórios de atividade consultados haver lugar à relação das atividades realizadas e a uma avaliação justificada da intervenção, foi sentida uma necessidade de melhoria na referência usada para essa avaliação. Em vários documentos há objetivos traçados e até atividades propostas mas a forma como os mesmos deverão ser avaliados não está explícito em todos. Podemos referir que no Relatório de Atividades 2009-2011 (Fonte 14) onde é notório e claramente expresso o trabalho de sistematização realizado não é, mesmo assim, possível comparar o que foi alcançado diretamente com o que é apresentado como objetivo do Plano Diretor do CEC (Fonte 6).

Ainda no mesmo relatório, mas no âmbito dos projetos, é referido pela primeira vez a existência dos sub-projetos “Comunidades Educativas Mais Saudáveis” e “Há Saúde na Católica”. Por serem assumidos como intervenções na comunidade de carácter pontual, o relatório apresenta os dados juntamente com o sub-projeto “*Enfermeiro na Escola*” dada a similitude da intervenção efetuada. Este facto condiciona que, na leitura dos dados apresentados, haja indefinição do contributo de cada sub-projeto para os números de atividades aglutinadas e esteja dificultada a leitura agregada dos dados do sub-projeto “*Enfermeiro na Escola*”.

Relativamente à avaliação de cada atividade ou projeto, não está clara a forma como a mesma é realizada e, apesar de ser referido que a avaliação foi efetuada, o resultado individual das ações não é apresentado.

Atendendo ao relatório de atividades do CEC 2014 – 2017 (Fonte 27) notam-se muitas melhorias no que aos problemas acima já reportados se refere. Existe neste documento uma necessidade clara e bem conseguida de melhoria na sistematização da informação e na relação dos resultados com prévios documentos orientadores.

Pela informação apresentada no que à continuidade dos projetos diz respeito, é apresentado que o *“Enfermeiro na Escola”* é um projeto com início em 2008 que entrou no 2º ciclo de implementação no ano de 2014 (Fonte 27). Pela análise efetuada ao percurso dos projetos no CEC, esta informação não está de acordo com a recolhida até ao momento desse relatório. Salienta-se que a análise também considera que a área de atuação apresentada no projeto *“Enfermeiro na Escola”* (Fonte 28) é efetivamente uma continuidade de intervenção da sequência do Projeto *“Saúde na Escola (2007-2008)*, Projeto *“Mais Saúde” (2009-2014)* através do sub-projeto *“Enfermeiro na Escola”* (ver Figura 3 apresentada na página 87). Decorrente desta passagem poderia ser importante ter sido expressa a base e a relevância desta passagem, através de uma avaliação estruturada (em documento próprio) e referenciada no relatório de atividades. Efetivamente a importância deste tipo de intervenção na população em questão (meio escolar) e os contributos que esta área devolve ao CEC e aos docentes é facilmente percebida através do número de atividades e publicações científicas associadas.

A presença de estudantes estrangeiros não foi sentida ou salientada nos relatórios nem na autoavaliação. No entanto, na avaliação dos docentes foi referido que o serviço de extensão tem contribuído e é sentido como um elemento facilitador da integração dos estudantes de mobilidade e contribuiu para a melhoria dos indicadores associados à internacionalização.

De uma forma global, da informação obtida podemos referir que a divulgação de resultados e a comparação com os objetivos a que se propôs o serviço é uma das maiores necessidades identificadas e, nesse sentido, deve também ser percebida essa importância para e no CEC.

Se atendermos à análise conjunta das fontes acedidas de onde, com maior relevo surgem o documento de avaliação dos 10 anos do CEC (Fonte 33) e a análise da reunião de docentes (Fonte 72), podemos apresentar, para além das até aqui exploradas, outras mais conclusões para a análise e reflexão.

Resulta desta investigação que o conhecimento que diferentes públicos têm do serviço de extensão em estudo tem particularidades específicas associadas dependendo de serem docentes ou estudantes, confirmadas pela manifestação de dúvidas ou opiniões erróneas sobre a mesma realidade.

A **ausência ou inadequação do espaço** foi várias vezes referenciado como constrangimento: o aspeto relacionado com (a falta de) espaço a ser usado pelo CEC foi salientado pelos docentes como muito relevante, sendo apontado como causa da não perceção por parte dos estudantes de estarem a frequentar ensino clínico no CEC. Releva da análise que a importância deste espaço, à luz do apoio ao ensino, não é coerente com o facto da maior parte das intervenções serem feitas fora da UCP. O CEC desenvolve os seus projetos de intervenção, preferencialmente, no espaço físico das instituições de acolhimento e, também ali, se efetuam reuniões a fim de organizar a intervenção e acompanhar e orientar os estudantes de enfermagem.

*“(...) e que reúno com eles no espaço das escolas onde eles estão, dos colégios” (Fonte 72, 9.10)*

A **falta de sistematização da atividade** foi apresentada como sendo uma situação de organização interna ou de articulação com os demais, que precisa de ser melhorada. Podemos concluir, pelos dados colhidos, que ao longo de todo o

percurso do CEC a informação disponibilizada, e associada à construção e resultados dos projetos, foi muitas vezes sentida como insuficiente por parte da direção e dos docentes, originando na comunidade interna (e externa) um desconhecimento da missão e metas do referido serviço, que geram confusão pela falta de clareza na informação transmitida. E a análise leva-nos a resumir que:

- o espaço físico não é propriamente necessário à intervenção que o CEC realiza (nomeadamente a de intervenção comunitária e de assistência domiciliária) mas prevalece nos atores a ideia de que um espaço físico adequado não só propiciaria um melhor reconhecimento pelas comunidades (estudantes, funcionários e externa) como abriria portas a uma possibilidade de atendimento de clientes externos;

- a informação disponibilizada, criada e transmitida é percebida como insuficiente pelos vários níveis de estrutura do CEC e da EE-Porto, em especial, pelos docentes. É sentida a necessidade de: produzir e disponibilizar mais documentos, com vista a aumentar o conhecimento dos docentes sobre o que é realizado; atualizar a informação apresentada na micro página da internet do CEC; melhorar a forma de registo e de sistematização do que é realizado em cada projeto; melhorar a forma e o tipo de informação fornecidos aos estudantes que realizam EC no CEC.

É ainda sentida a necessidade de aumentar o envolvimento dos docentes nas diversas atividades (incluindo as de divulgação) para fomentar uma melhor perceção das várias áreas de atuação.

A existência do serviço de extensão na EE-Porto deve ser amplamente divulgada à comunidade, para facilitar e melhorar a compreensão do contributo do serviço de extensão no apoio ao ensino e, por outro lado, a do contributo do ensino nos serviços de extensão à comunidade.

O CEC, desde o seu início, apoiou ativamente o ensino da EE-Porto, correspondendo à missão para que foi criado. Pelos dados colhidos neste estudo, em nenhum momento foi identificada qualquer referência a problemas associados ao serviço de extensão enquanto local de ensino clínico.

Dos dados recolhidos (que o documento de autoavaliação apresenta) é importante comparar os resultados da participação nas mesmas questões, por parte de estudantes e *alumni*.

É evidenciado pelos dados apresentados e comparados na *Tabela 16* que os estudantes inquiridos reconhecem muito mais o CEC como local de ensino clínico do que os que *alumni* (melhoria de 66,6%). Também é visível que aumentou, ao longo do tempo, o número de estudantes que reconheceram ter integrado um projeto do CEC (melhoria de 17,8%).

**Tabela 16 - Comparação de percentagens de respostas à Avaliação do CEC entre *Alumni* e Estudantes**

Resposta	<i>Alumni</i>	Estudantes	Estudantes - <i>Alumni</i>
Ouviram falar do CEC	83,0%	81,3%	- 1,7
Efetuaram EC no CEC	25,7%	92,3%	+ 66,6
Integraram projeto CEC	71,1%	88,9%	+ 17,8

Devemos salientar ainda que tanto os *alumni* como os estudantes referiram que a investigação foi a área em que desenvolvem mais competências durante a sua passagem pelo CEC. E estas são, de facto, as competências terminais que se esperam mais consolidadas no fim do curso, com o aporte dos últimos ensinamentos clínicos. É assumido pelos estudantes que o trabalho do enfermeiro inclui a investigação associada ao dia-a-dia da prática de enfermagem, sendo normal, por exemplo, a

*“Eles acham que trabalham muito as competências de investigação, porquê? Porque obrigamos muito a que façam pesquisa, a trabalhar dados... (...) O EC 10 é que tem como indicador de avaliação dos estudantes esses itens. Agora eles associam... Como é lógico!”*  
(Fonte 59)

elaboração de um diagnóstico de situação. Estas competências evidenciam-se nos indicadores de avaliação dos estudantes no EC 10, que devem realizar e comunicar os resultados da pesquisa efetuada nesse ensino clínico.

Face à **avaliação realizada pelos estudantes nos questionários do SIGIQ** (ver *Tabela 2 e Tabela 3*, p. 99) podemos concluir que:

- no EC I (ano letivo 2011-2012 e 2012-2013) a seguir ao envolvimento pessoal, o melhor valor é apresentado na avaliação da orientação tutorial e o menor é relativamente à organização da UC. Este valor da organização da UC EC I vai melhorando até ao ano 2014-2015 (4,56 » 4,88 » 5,10 » 5,35) mas volta a baixar no ano de 2015-2016 (4,66) possivelmente associado à reestruturação da forma como o EC era proposto aos estudantes (Fonte 50, Fonte 51, Fonte 55 e Fonte 58);
- relativamente ao EC V, no ano de 2011-2012, o mesmo apresentava valores também elevados no envolvimento pessoal mas, assim como no EC I, o valor associado à organização da UC é o mais baixo em relação aos restantes itens do mesmo EC para o mesmo período, enquanto que a orientação por parte da escola apresenta melhor valor. Podemos também constatar que os valores calculados para a organização da UC baixam drasticamente no ano de 2014-2015, associados à (re)organização de projetos do CEC, dando sinais de melhoria em 2015-2016 (Fonte 52, Fonte 53, Fonte 54, Fonte 56, Fonte 57 e Fonte 58).

Na opinião dos estudantes, os EC no CEC são considerados melhores na componente científica do que no contexto. Efetivamente teremos de contar com a dificuldade que está relacionada com o desenvolvimento de EC fora das instituições de saúde (organizações complexas mas de cultura e estrutura consolidadas), mas em locais de intervenção onde a Missão, os Valores e a Visão da UCP (partilhada pela EE-Porto e CEC) mais se aplicam. A complexidade associada à gestão destes locais de intervenção, que integram EE em EC, implica

várias horas de contacto para preparação das atividades e obriga a coordenação do serviço de extensão a gerir diversos recursos em vários sítios ao mesmo tempo. Este esforço e custos associados não foram estudados nesta investigação.

O acompanhamento dos estudantes no CEC é sempre realizado pelos docentes da EE-Porto ou enfermeiros do próprio serviço de extensão da unidade. Toda a orientação é assumida por estes, continuamente associada e em concordância com os conteúdos lecionados nas UC precedentes. Na maior parte das situações, os docentes que lecionam esses conteúdos são os que acompanham os estudantes em EC, cumprindo assim o objetivo de apoiar na aquisição contínua e integrada (da teoria e prática) das competências clínicas.

Fica assim, mais uma vez, referido o intrínseco envolvimento que os docentes da EE-Porto têm com o CEC ao serem associados pelos estudantes, para além de referências teóricas, como referência na componente prática de enfermagem através da intervenção nos projetos e atividades nos locais de intervenção. É nesta articulação que as horas de extensão dos docentes são aplicadas como continuação do seu desempenho académico e profissional dentro da mesma instituição.

A orientação de estudantes em Ensino Clínico no CEC é realizada, na sua quase totalidade, por docentes da EE-Porto que já conhecem a estrutura da organização e que criam um ambiente propício ao ensino e à aquisição de competências para os estudantes. A contratação pontual de enfermeiros foi realizada quando identificada a impossibilidade dos docentes assumirem, por falta de tempo disponível, a totalidade das atividades solicitadas. A contratação de profissionais exige um esforço de integração nas equipas, concretizado com diversas iniciativas e constante apoio por parte dos profissionais que normalmente já integram as atividades do referido serviço de extensão.

Da análise efetuada, em relação ao apoio ao ensino, o CEC consegue tratar eficazmente das parcerias e preparação dos locais de intervenção (locais onde também são integrados estudantes em EC no CEC).

Pelo conhecimento adquirido e pelos dados a que o investigador teve acesso, a EE-Porto poderia eventual e autonomamente (entenda-se sem o CEC) garantir as mesmas parcerias e dinâmicas no que ao apoio ao ensino diz respeito (através de pedidos realizados diretamente pela EE-Porto às instituições parceiras) mas ficaria limitado ao período do EC perdendo a componente de um projeto de intervenção mais abrangente no tempo e aglutinador de várias instituições. Esta perda do significado do projeto e da forma transversal com que a intervenção é realizada poderia perder-se e dificultar a capacidade de apoio à investigação e prestação de serviços. Desta forma ficaria a eventual parceria (sem o CEC) limitada à área em que tinha sido realizado o pedido e não na conjugação das várias vertentes que o CEC consegue aglutinar e gerir. Sem o recurso ao serviço de extensão, a intervenção comunitária ficaria mais cingida a áreas específicas de colaboração e, para as instituições parceiras e EE-Porto, seria mais difícil de agilizar uma colaboração simples, aglutinadora e promotora de uma intensa forma de colaboração – como a até aqui possível.

Constata-se que a atuação do CEC nos últimos 10 anos analisados se orientou para intervir nas necessidades identificadas na comunidade e, com especial atenção, naquelas que se apresentam como mais vulneráveis. A atuação visa responder organizada e continuamente para promover a capacitação das comunidades intervencionadas.

---

**Em síntese, emergem do estudo realizado sobre este caso:***Vantagens do serviço à comunidade que integra ensino e investigação*

- aumento da capacidade de transmitir a missão, visão e valores institucionais pelo alinhamento estratégico do CEC e a EE-Porto;
- aumento da capacidade de prestação de cuidados de enfermagem baseados na evidência científica;
- aumento da capacidade de assessoria a instituições assistenciais com base no conhecimento científico;
- aumento da capacidade de responder às necessidades de intervenção identificadas;
- facilidade de envolvimento de diversos parceiros da comunidade;
- estreita ligação das vertentes de apoio ao ensino, apoio à investigação e serviço à comunidade;

*Vantagens do ensino alicerçado no serviço à comunidade:*

- promoção e manutenção da prática clínica dos professores do EE-Porto através do serviço à comunidade;
- aumento da disponibilidade de locais de intervenção no âmbito de EC (especialmente para o 1º ciclo) com histórico de colaboração e alinhamento com a missão da instituição de ensino;
- organização do local de intervenção no âmbito de EC em função das necessidades de aprendizagem dos estudantes;
- aumento da experiência de aprendizagem em contextos reais da comunidade;

- proximidade do estudante com a gestão da unidade de extensão, facilitando a aprendizagem sobre gestão de parcerias e relacionamento institucional;
- fácil adequação do número de locais de intervenção disponíveis e preparados para receber EE em EC, de acordo com os interesses identificados;
- visibilidade interna e externa, da componente assistencial associada ao apoio ao ensino na área da saúde.

*Vantagens da Community-based Research associada ao ensino e aos serviços*

- informação diagnóstica (avaliação), integrando os parceiros da comunidade, com vista à definição das reais necessidades da população para posterior priorização e planejamento de intervenções específicas;
- facilidade em iniciar e desenvolver *community-based participatory research*, respondendo às necessidades da comunidade.

*Fragilidades a considerar na colaboração com o ensino*

- locais de intervenção mais vocacionados para componentes de diagnóstico e intervenção comunitária;
- não existência de consultas de enfermagem no CEC onde estudantes pudessem acompanhar os enfermeiros responsáveis pela referida prestação;
- deficiente esclarecimento e percepção dos docentes no que à dinâmica de uso das horas destinadas ao serviço de extensão diz respeito.

*Constrangimentos que o caso em estudo enfrenta e pode melhorar*

- dificuldade na divulgação generalizada dos serviços que presta;
- comunicação de resultados pouco eficiente;

- recolha de dados para cálculo de indicadores pouco sistematizados;
- indicadores alterados sem justificação fundamentada na avaliação;
- deficiente comunicação aos estudantes sobre o modelo de orientação preconizado no âmbito do EC no CEC (tanto da intrínseca presença e atuação do corpo docente da EE-Porto como da interação entre as vertentes de ensino, investigação e prestação de serviços).

Pelos dados colhidos sobre o caso em estudo e a reflexão efetuada sobre eles, são evidentes as vantagens de um serviço de extensão para a instituição em que se insere e a sua existência é benéfica para o cumprimento das restantes missões da instituição de ensino.

A afirmação do serviço de extensão estudado ao longo do tempo não se demonstrou fácil, mas foi sendo mantida pelo redirecionamento da sua atividade para as áreas que se apresentaram como mais viáveis.

No caso em estudo, a prestação de serviços assistenciais desenvolveu-se na vertente domiciliária, mais lentamente do que o inicialmente esperado, propiciando a criação de uma rede de prestadores de serviços complementares e de apoio à assistência, que permitiu contratar antigos estudantes e oferecer-lhes uma primeira oportunidade de trabalho.

Na área do apoio ao ensino, o serviço estudado tem atingido os objetivos estipulados e tem correspondido às expectativas da unidade de ensino, conforme todos os relatos e documentos analisados na investigação. Contribuirá para uma maior e melhor perceção do trabalho desenvolvido pelo serviço de extensão em estudo, se conseguir arranjar estratégias para um maior e adequado esclarecimento da interligação entre o ensino, investigação e prestação de serviços.

Considera-se adequado promover uma melhoria das condições do serviço de extensão da EE-Porto e complementar a análise com o estudo da vertente económica a fim de avaliar se também está alinhada com esta orientação de manter e promover o serviço de extensão da unidade.

## 5 Perspetivas de desenvolvimento

---

No decorrer da avaliação realizada surgiu a evidência da necessidade de evolução estratégica, mantendo a missão, visão e valores que estiveram na origem do caso em estudo.

Neste contexto, para além de dar resposta às necessidades que emergiram diretamente da análise realizada, as quais predominantemente são associadas à gestão e a que aqui posteriormente também importa justificadamente apresentar.

Perante as propostas fragilidades decorrentes da análise realizada, propostas de melhoria são a seguir sistematizadas por grupos para melhor compreensão: Organização, Registo de atividades e sistemas de apoio, Divulgação e o CEC na EE-Porto.

### *Organização*

Perante as avaliações do SIGIQ já anteriormente referidas, o local de ensino clínico avaliado pelos estudantes fica, muitas vezes, no entendimento deles, como sendo diretamente na instituição parceira e não no CEC. Sugere-se **equacionar uma avaliação interna do CEC** que seja preenchida por todos quantos passem em EC como forma de poder avaliar os locais de intervenção associados ao serviço de extensão.

Pelos documentos analisados sobre os procedimentos para receção de estudantes (forma de receber pedidos, resposta, material a disponibilizar, forma de registar passagens pelo CEC, o que apresentar quando o estudante chega) sugere-se que os mesmos sejam revistos e atualizados com o objetivo de reforçar as vertentes e as atividades levadas a cabo pelo serviço de extensão. A **criação, atualização e divulgação de procedimentos** pode ajudar a definir e sistematizar a posição do CEC em relação à colaboração prestada às outras atividades EE-Porto e aos locais de intervenção nas instituições parceiras, assim como clarificar o local de ensino clínico em que os estudantes se encontram.

Com vista a uma melhoria na identificação da situação de cada projeto e atividade do serviço de extensão, sugere-se preparar uma recolha sistematizada de dados para os indicadores definidos. A sistematização de informação sobre cada projeto facilitará a interiorização por parte do proponente de que é necessário **prever a forma de contribuição** para os objetivos do CEC e a viabilidade económica da proposta.

### ***Registos de atividades e sistemas de apoio***

Face à não uniformização da informação recolhida, o aparecimento de lacunas associadas ao registo das atividades realizadas é propiciado. Sugere-se a **criação de fluxos de registo de atividades** com o objetivo de facilitar a recolha e análise de dados.

Da análise emergiu a dificuldade em identificar as atividades e, conseqüentemente, considera-se necessário dar maior visibilidade ao que o CEC faz. Uma forma possível de melhorar a visibilidade poderá passar por uma reorganização dos projetos ou atividades com o objetivo de definir qual a contribuição de cada uma, com dados, para indicadores do serviço de extensão em análise. Associada a esta possível forma, poderia estar uma “**rede de**

**retroalimentação de resultados**”, fácil e diferenciadora, capaz de gerar informação fidedigna e completa a qualquer momento e sobre qualquer período do tempo em análise.

Pelas poucas menções nos documentos consultados ao **manual de acolhimento** ou integração (Fonte 7) poderá ser adequado proceder a uma atualização contínua do referido com o objetivo de se tornar um documento privilegiado, seja para informar todos os envolvidos acerca dos procedimentos existentes seja como salvaguarda da transmissão da informação a todos de igual forma. Também através deste documento poderá ser facilitada a compreensão da organização do CEC por projetos e consequentes atividades e a respetiva relação da prestação de serviços com o ensino e investigação.

Ao longo do percurso em análise neste estudo de caso, identificou-se a criação de mais do que uma base de dados: uma que engloba o registo da intervenção e de stock; uma outra que é mais elaborada na forma regista os atendimentos efetuados, mas não gere stock. A **atualização das bases de dados** em uso poderá ajudar a responder às necessidades atuais de registo de informação clínica (com recurso a linguagem classificada) e à capacitação do sistema para apoiar na tomada de decisão clínica.

A **criação de uma plataforma** (eventualmente em forma de aplicação multiplataforma) poderá ser pensada como capaz de integrar outras das propostas mencionadas e facilitar a integração dos serviços em menos “sistemas”, com o objetivo de facilitar todos os processos e obter dados adequados e completos mais rapidamente. Pode pensar-se nesta aplicação para integrar também os componentes de pedido de serviços e monitorização à distância, associados com clientes ou instituições envolvidas nos projetos do CEC.

## **Divulgação**

Perante a dificuldade de acesso a dados finais (por exemplo de projetos de intervenção terminados) poderá ser importante reavaliar a forma como se divulga interna e externamente o que o CEC realiza. A divulgação de documentos resumo de intervenção (através de **documentos já existentes** ou construídos para o efeito) poderá contribuir para esta maior facilidade de acesso e visibilidade e, conseqüentemente, divulgação.

A **micro página da internet** é um dos veículos mais utilizados para disponibilizar informação. Mesmo que assumamos que só vai ver a informação quem necessita ou tem curiosidade, é perante esse acesso que poderá ser adequado disponibilizar a informação mais atual e adequada ao público que nos procura através da micro página do CEC.

A inexistência de um **local físico** adequado às atividades do CEC foi a situação mais vezes referida pelos docentes como dificultadora da adequada identificação e desenvolvimento do CEC. Concomitantemente foi também assumido por todos que, face às atuais atividades que o CEC desempenha (maioritariamente de apoio ao ensino), não é a característica mais fundamental para o seu adequado desempenho. Mesmo assim e, dada a recente afetação de um local físico ao CEC poderá ser adequado estudar a sua importância efetiva para apoiar o ensino.

As oportunidades que estão ao alcance do serviço de extensão em estudo propiciam uma nova fase de inovação ao serviço do ensino da enfermagem, para um desenvolvimento integrado de toda a atividade, tal como preconizado no plano estratégico da unidade orgânica no CRP.

A EE-Porto sugere que, na área do ensino seja explorada uma orientação de estudantes centrada no mentorado, na investigação com um modelo e atuação

baseados em “*Community Based Research*” e, na prestação de serviços um reforço da oferta de cuidados dirigidos ao desenvolvimento de comunidades carenciadas e desfavorecidas. Pretende-se reforçar um ensino personalizado nas necessidades do estudante, suportado na investigação e que ambos, ensino e investigação, sirvam comunidades mais vulneráveis através da unidade de extensão existente.

### ***Ensino***

Estudos anteriores demonstraram a importância que a orientação tutorial adotada no plano de estudos e a forma como é desenvolvida nos ensinamentos clínicos realizados no CEC tem tido resultados positivos (23; 37 e Fonte 15). Outros estudos reforçam o impacto da relação professor-estudante no ensino de enfermagem (75; 76; 77; 78; 79). Os resultados da investigação realizada no âmbito do doutoramento em Enfermagem da UCP e a literatura científica disponível, suportam a proposta de assunção de um modelo de orientação com os pressupostos do “*mentorship*” (mentorado).

**O mentorado** tem vindo a ser referido como uma inovadora forma de promover a aprendizagem no ensino de enfermagem (80). A sua aplicação no âmbito da formação inicial dos estudantes é benéfica para a intensificação de relações entre os vários intervenientes (professor, facilitador/mentor, os profissionais da instituição e os indivíduos da comunidade). As vantagens descritas na literatura são explícitas na forma como referem e descrevem as várias vantagens de um programa de mentorado; e, no que ao mentorado pelos pares diz respeito, podemos salientar a melhorada aquisição de competências de trabalho em equipa e conseqüente atingimento de melhores resultados de intervenção pelo grupo (81), a aprendizagem para trabalhar perante situações de intervenção previamente não estruturadas e a perceção da necessidade de inovação para a melhoria da intervenção comunitária (80). Ainda há evidência que no estudante

saem reforçadas componentes individuais essenciais ao exercício da profissão como são a responsabilidade (81), autoconfiança e facilidade em estabelecer relações interpessoais (81). Quando adotado o mentorado pelos pares é descrito ainda o maior envolvimento dos estudantes no processo de aquisição de conhecimentos próprios e na importância do desenvolvimento das competências técnicas associadas à profissão (81). No seguimento desta estratégia, os docentes relatam que no processo de aprendizagem dos estudantes são percecionadas melhorias na capacidade reflexiva, na integração em grupos, na procura da implementação do mais atual saber-fazer e no feedback e relação estabelecida entre os intervenientes (81).

Esta forma de apoio na aprendizagem dos estudantes implica articulação entre a instituição de ensino e uma instituição que atue na área em que os estudantes desenvolverão as experiências. Esta articulação, no caso em estudo facilitada pelo serviço de extensão, possibilita uma experiência de conjugação de estudantes de diferentes níveis de ensino (80).

A introdução da vertente de mentorado no CEC poderá ser uma excelente forma de inovar na componente de apoio no ensino e concomitantemente refletir a inovação pedagógica em melhoria na aquisição de conhecimentos por parte dos EE (28). Esta proposta também ajudará no sentido das fragilidades identificadas, dando resposta às componentes de visibilidade e articulação de intervenção percecionadas pelos estudantes do CLE sem excluir a promoção da inovação das práticas pedagógicas.

A proposta centra-se na criação de um modelo de mentorado no CEC através da identificação de estudantes de ciclos diferentes interessados em ser mentores, preparar e implementar a formação associada a este papel e a forma como o processo poderá articular-se com as competências a desenvolver em EC por cada um dos pares. Esta integração dos pares poderá levar a um fácil reconhecimento do serviço de extensão como a estrutura que propicia este envolvimento dos

estudantes e possibilitará também uma afirmação das várias vertentes de atuação através do conhecimento e integração dos estudantes de diferentes ciclos de ensino, criando sinergias na investigação e no ensino.

A articulação alargada das UC do CLE da EE-Porto com o CEC poderá facilitar o envolvimento dos estudantes, possibilitar o conhecimento das atividades por parte dos mentores e promover a adoção do mentorado pelos pares através da estruturação por níveis associados a cada ciclo de ensino. Atendendo às várias atividades realizadas na comunidade, é possível identificar quatro níveis de atuação distintos: nível 1 – diagnóstico de situação; nível 2 – preparação da intervenção; nível 3 – intervenção na comunidade; nível 4 – avaliação dos resultados da intervenção. Sugere-se que o mentorado possa ser implementado dentro de um mesmo ciclo, ou articulado entre diferentes ciclos de ensino. Num mesmo ciclo, o mentorado pode ser realizado por estudantes mais adiantados (por exemplo do 4º ano) a mentorarem estudantes de fases mais iniciais (por exemplo de 1º ou 2º ano). Ou os estudantes do 1º ciclo poderão ser mentorados pelos do 2º ciclo e estes pelos do 3º ciclo, em atividades conexas e convergentes.

### *Investigação*

Na medida em que o CEC acolhe também atividades de apoio à investigação será possível estender este mentorado à componente de investigação, através do convite de estudantes de licenciatura para integrarem projetos de investigação dos seus mentores (82). Esta integração poderia ter um papel preponderante na motivação dos estudantes para a investigação, contribuir para a integração dos conteúdos lecionados no CLE e desenvolvimento de competências de investigação previstas. Com esta associação possibilitaríamos aos estudantes a construção de conhecimento e interesse pela pesquisa em enfermagem.

Emerge a possibilidade de organizar e formalizar o apoio à investigação em curso num modelo de *Community-based Research* com o objetivo de produzir e mobilizar conhecimento. Este conhecimento de aplicação direta às comunidades (72; 82) transmitido num compromisso para com a mudança e a inovação social reforçaria as pontes já existentes entre a academia e a comunidade (83). A adoção deste modelo de investigação promoveria maior relevância, transparência, colaboração e multidisciplinaridade à investigação realizada em colaboração com a comunidade (84). Como princípios da aplicabilidade deste tipo de investigação em populações vulneráveis são assumidos oito princípios:

- reconhecer a comunidade como uma unidade de estudo;
- aproveitar os pontos fortes já presentes na comunidade;
- facilitar continuamente a colaboração e a parceria em cada fase da investigação;
- integrar conhecimento e ação;
- promover a redução da desigualdade social pela co-aprendizagem;
- usar um processo interativo;
- promover o bem estar e uma perspectiva ecológica da saúde;
- atuar em parceria na disseminação dos resultados da investigação (85).

A reafirmação do apoio à investigação fomentaria na comunidade a perceção do CEC como local de ensino, prestação de serviços e investigação com preocupação pelas necessidades das pessoas e das comunidades onde elas se inserem (86; 87). Este modelo formalizaria uma investigação determinada comunitariamente (que promove a visibilidade e a auto determinação dos elementos da comunidade), com participação equitativa (ao envolver de igual forma os elementos da comunidade e os investigadores no percurso de investigação, implementação e disseminação do conhecimento) para promover a ação e a mudança (através do ênfase em ciclos de reflexão sucessivos) (83; 84; 86).

Na *Community based Research* a construção de indicadores específicos, mensuráveis, atingíveis, realistas e definidos no tempo seria um importante contributo para a estruturação do apoio à investigação por parte do serviço de extensão. Com o foco nesta reestruturação, neste sentido de construção e avaliação com base em objetivos, mais um passo seria dado no sentido de responder às preocupações ou anseios que emergiram da avaliação pelo desconhecimento ou não clarificação da atividade do CEC; e, assumindo que em todas as áreas de atuação do CEC há investigação associada, toda a atividade ficaria clara e amplamente divulgada pela via da investigação (86; 87).

#### *A opção pelo serviço a populações mais vulneráveis*

Tanto o reforço do apoio no ensino como a reorganização no apoio à investigação ganhariam força de atuação e visibilidade exterior (84) com a afirmação do **serviço aos mais necessitados, às populações vulneráveis**. As populações vulneráveis são grupos ou comunidades de pessoas em risco, derivado dos seus problemas de saúde mas também da sua deficiente capacidade física, psicológica, social e económica; a pobreza continua a ser a principal causa de vulnerabilidade (85; 88; 89; 90).

Apesar da organização atual do serviço de extensão por projetos de intervenção refletir esta opção pelos grupos mais vulneráveis da comunidade, será importante o reforço da sua presença junto dos que mais necessitam e onde se podem enumerar as minorias étnicas, famílias migrantes e requerentes de asilo, os grupos com acesso limitado à saúde, os com problemas de saúde associados à idade avançada, à marginalidade social, à iliteracia e aos problemas mentais (88). Esta presença do CEC na prestação de assistência a grupos vulneráveis está perfeitamente enquadrada e alinhada com a missão e valores institucionais e específicos do serviço de extensão. Decorrente do contacto e intervenções que o CEC tem mantido, torna-se evidente e adequado a formalização ou reforço da

cooperação, seja com paróquias da cidade do Porto e a Caritas Diocesana, seja com as instituições de apoio à comunidade e outras IPSS que com aquelas instituições também se articulem.

A importância de intervir para apoiar e capacitar os mais vulneráveis é uma área que necessita constantemente de reforço de atuação. A mobilização de recursos é essencial, mesmo que seja um reforço simples e em reduzida escala, para permitir cada vez mais adequados cuidados de proximidade, individualizados e centrados na pessoa e nos grupos (91). O CEC deverá continuar a fomentar o estabelecimento e reforço dos protocolos de cooperação com instituições que partilham essa missão. A colaboração potencializará a intervenção nestes grupos.

A considerar seria a obtenção de apoios para a criação de um serviço móvel de atendimento, vocacionado para o atendimento e rastreio de complicações ou doenças na população atendida. Esta modalidade é vantajosa na medida em que se consegue ter disponíveis as condições necessárias ao adequado atendimento e trabalho pela salvaguarda de uso do posto móvel mobilizável para várias comunidades (85; 92). A implementação deste reforço na prestação da assistência de enfermagem levaria também, pela presença e colaboração dos estudantes de enfermagem, ao aumento da perceção e conhecimento dos problemas das comunidades junto dos futuros enfermeiros (93; 94).

O enquadramento teórico de enfermagem que esta atenção às pessoas em situação vulnerável permite, reforça a ideia da necessidade de estudo das interações entre os vários elementos dos grupos, nos seus sistemas sociais, que influenciam comportamentos – introduzindo, por exemplo o de Imogene King (43; 94).

## 5.1 Referências bibliográficas

23. **Oliveira, Irene.** *Serviço-escola : um projecto para o ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem (Tese de Doutoramento)*. Porto : Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, 2013.
28. **Rhodes, Mattie L., Meyers, Claire C. e Underhill, Meghan L.** Evaluation Outcomes of a Dedicated Education Unit in a Baccalaureate Nursing Program. *Journal of Professional Nursing*. N. 4, 2012, Vol. 28.
37. **Festas, Constança.** *O Enfermeiro na Escola: Um projeto de ensino-aprendizagem, de investigação e de serviço à comunidade (Tese de Doutoramento)*. Porto : Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, 2013.
43. **Sieloff, Cristina L.** Imogene King: Estrutura de Sistemas de Interação e Teoria da Consecução de Objectivos. [autor do livro] Ann Marriner Tomey e Martha Raile Alligoog. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª. Loures : Lusociência, 2002, pp. 377-390.
72. **De Chesnay, Mary, et al.** Research with Vulnerable Populations. [autor do livro] Mary De Chesnay e Barbara A. Anderson. *Caring for the Vulnerable*. Burlington, USA : Jones & Bartlett Learning, 2012.
75. **Madureira, Maria Manuela.** *Escola Superior de Enfermagem de São Vicente de Paulo: (1937 – 2006) que modelo de formação? (Tese de doutoramento)*. Lisboa : Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, 2015.
76. **Serra, Aida.** *Aprender a comunicar através do toque; Experiências dos Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico (Tese de doutoramento)*. Lisboa : Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, 2016.
77. **Saraiva, M<sup>a</sup> Conceição.** *Assessoria Pedagógica de projetos pessoais: método para o desenvolvimento de competências dos estudantes de enfermagem (Tese de doutoramento)*. Lisboa : Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, 2016.
78. **Casapia, Glória.** *Formação em enfermagem com aprendizagem baseada em problemas (PBL). O caso da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Moçambique (Tese de doutoramento)*. Porto : Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, 2017.

79. **Rabiais, Isabel.** *Processos de aprendizagem de cuidar dos Estudantes de Enfermagem (Tese de doutoramento)*. Lisboa : Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, 2013.
80. **Sims-Giddens, Susan, Helton, Caroline e Hope, Kathryn L.** Student Peer Mentoring in a Community-Based Nursing Clinical Experience. *Nursing Education Perspectives*. N.1, Jan/Fev 2010, Vol. Vol. 13.
81. **Davis, Emily e Richardson, Sally.** How peer facilitation can help nursing students develop their skills. *Bristish Journal of Nursing*. N.º 21, 2017, Vol. 26.
82. **Kessler, Theresa A. e Alverson, Elise M.** Mentoring Undergraduate Nursing Students in Research. *Nursing Education Perspectives*. N.º 4, Julho / Agosto 2014, Vol. Vol. 35.
83. **Ochocka, Joanna e Janzen, Rich.** Breathing Life into Theory. *Gateways: International Journal of Community Research and Engagement*. 2014, Vol. 7.
84. **Taylor, S. Martin e Ochocka, Joanna.** Advancing community-based research in Canada. *J. Knowledge-Based Development*. N.º 2, 2017, Vol. 8.
85. **Olshansky, Ellen.** The Use of Community-Based Participatory Research to Understand and Work Vulnerable Populations. [autor do livro] Mary De Chesnay e Barbara A. Anderson. *Caring for the Vulnerable*. Burlington, USA : Jones & Bartlett Learning, 2012.
86. **Janzen, Rich, Ochocka, Joanna e Stobbe, Alethea.** Towards a Theory of Change for Community-based Research Projects. *Engaged Sholar Journal: Community-Engaged Research, Teaching, and Learning*. N.º 2, Fall 2016, Vol. 2.
87. **Hills, Marcia e Mullett, Jennifer.** Community-Based Research: Creating Evidence-Based Practice for Health and Social Change. [Online] 2000. (Paper presented at the Qualitative Evidence-based Practice Conference, Coventry University, May 15-17 2000.). <http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/00001388.htm>.
88. **De Chesnay, Mary.** Vulnerable Populations: Vulnerable People. [autor do livro] Mary De Chesnay e Barbara A. Anderson. *Caring for the Vulnerable*. Burlington, USA : Jones & Bartlett Learning, 2012.

89. **Michaels, Cathy e Moffett, Carol.** Rethinking Vulnerability. [autor do livro] Mary De Chesnay e Barbara A. Anderson. *Caring for the Vulnerable*. Burlington, USA : Jones & Bartlett Learning, 2008.
90. **De Chesnay, Mary e Anderson, Barbara A.** *Caring for the vulnerable: Perspectives in the Nursing Theory, Practice, and Research*. Burlington, USA : Jones & Bartlett Learning, 2016. ISBN: 978-1-284-06627-2.
91. **Husted, Gladys L. e Husted, James H.** The Ethical Experience of Caring for Vulnerable Populations: The Symphonological Approach. [autor do livro] Mary De Chesnay e Barbara A. Anderson. *Caring for the Vulnerable*. Burlington, USA : Jones & Bartlett Learning, 2008.
92. **De Chesnay, Mary e Payne, Heather.** Mobile Clinics as Outreach to the Underserved. [autor do livro] Mary De Chesnay e Barbara A. Anderson. *Caring for the Vulnerable*. Burlington, USA : Jones & Bartlett Learning, 2012.
93. **De Chesnay, Mary, Peil, Rebecca W. e Pamp, Christopher.** Cultural Competence, Resilience, and Advocacy. [autor do livro] Mary De Chesnay e Barbara A. Anderson. *Caring for the Vulnerable*. Burlington, USA : Jones & Bartlett Learning, 2008.
94. **Erci, Behice.** Nursing Theories Applied to Vulnerable Populations: Examples from Turkey. [autor do livro] Mary De Chesnay e Barbara A. Anderson. *Caring for the Vulnerable*. Burlington, USA : Jones & Bartlett Learning, 2012.



## Conclusão

---

Na presente investigação foi possível fazer face às adversidades do percurso criando um abrangente enquadramento do alvo do estudo e a evolução das várias vertentes ao longo do período temporal da sua existência.

Do esforço de avaliação, do presente caso em estudo, foi analisado o processo de criação e desenvolvimento do Centro de Enfermagem da Católica como serviço de extensão da unidade de ensino em que se insere, nas suas várias vertentes mas, com especial enfoque na de apoio ao ensino. Foi ainda possível analisar os resultados da atividade do CEC e o seu impacto no ensino de enfermagem da respetiva unidade.

Com recurso a múltiplas e dispersas fontes, aos documentos elaborados, às pesquisas onde a solidez das entrelinhas validaram atividades/realidades conhecidas mas ainda não documentadas, se cumpriu o objetivo traçado para a presente tese.

A seleção do estudo de caso como método para avaliar a importância de um serviço de extensão no ensino de enfermagem demonstrou-se adequada, tanto pela forma como possibilitou analisar a diversidade de fontes disponíveis, como pela capacidade de integrar e analisar no conjunto os dados que emergiram.

A incorporação da etnografia permitiu integrar a componente de observação e participação direta no período temporal de 10 anos do estudo.

Através da conjugação dos métodos foi, então, possível analisar de forma fundamentada o percurso inovador do serviço de extensão em análise. A

avaliação realizada constitui um ponto de alavancagem ainda mais estruturado e sólido da componente de apoio ao ensino de enfermagem passível de se integrar no serviço de extensão.

A criação do CEC por parte da EE-Porto foi uma iniciativa enquadrada nas necessidades da instituição, tendo em conta o percurso do ensino de enfermagem ao longo da história. Este serviço estudado refletiu uma tendência de inovação internacional com vista à integração do ensino e prática de enfermagem no mesmo local.

Pelos dados recolhidos e analisados é notório que o CEC, criado no Centro Regional do Porto da Universidade Católica Portuguesa, constituiu uma experiência diferenciadora de ensino com expressão mais direta, tanto na aquisição de competências por parte dos estudantes, como na capacidade de proporcionar aos docentes da unidade de ensino a prática direta de cuidados ao cliente.

O CEC, através da afetação de tempo destinado a atividades de extensão dos docentes de enfermagem, tem conseguido colocar o conhecimento científico ao serviço das mais exigentes necessidades de intervenção na comunidade e, em particular, nos clientes (pessoas, comunidades, ...) , permitindo aos estudantes “aprender fazendo”.

Através da estruturação das atividades em projetos, o serviço de extensão, aqui alvo do estudo, organiza a sua ação considerando as populações a que se dirige ou as respostas às necessidades de grupos específicos, enquadrado na missão e valores institucionais. A investigação associada aos projetos assistenciais, dota a EE-Porto de um campo dedicado, sistemático e único no que à colheita de dados e acompanhamento de situações propiciadoras de investigação diz respeito. Releva desta investigação, que a componente de prestação direta de serviços de saúde foi a que, até à data, menos capacidade teve em se afirmar e desenvolver no seio das demais vertentes previstas para este serviço de extensão.

Podemos resumir que, no percurso desta investigação, os desafios se prenderam com a dificuldade de analisar os acontecimentos que decorreram durante um espaço temporalmente longo (10 anos), bem como a ausência de outros estudos semelhantes ao caso, impedindo a comparação.

No percurso estudado, o CEC foi inovador e investiu nas áreas de atuação disponíveis, com vista a atingir os objetivos traçados. Podemos concluir que o CEC cumpre a missão e transmite os valores adotados desde a sua criação. Os parceiros reconhecem a intervenção como adequada às necessidades dos clientes e, no dia-a-dia do serviço de extensão, chegam mais pedidos do que aqueles que se conseguem atender com os recursos existentes. O CEC apoia as atividades da unidade de ensino onde se insere e assegura, conforme a intenção da sua criação, a terceira missão da universidade promovendo o desenvolvimento das populações e comunidades mais vulneráveis através da capacitação em saúde. Assumimos ainda que o serviço de extensão da EE-Porto demonstrou, no período em análise, ser componente importante na consecução dos objetivos da unidade de ensino, através das atividades nas suas várias vertentes: apoio ao ensino, apoio à investigação científica, na formação e na experiência dos docentes, na extensão e prestação de serviços.



---

## Bibliografia

---

**Aaltio, Iris e Heelmann, Pia. 2010.** Casestudy as a methodological approach. [autor do livro] AJ Mills, G Durepos e E Wiebe. *Encyclopedia of Case Study Research*. Thousand Oaks : SAGE Publicacations, 2010, pp. 66-76.

**Almeida, Leandro S. e Freire, Teresa. 2003.** *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 3ª. s.l. : Psiquilíbrios, 2003. ISBN: 972-97388-0-7.

**Amador, Mª Virtuosa. 1991.** *Educação em enfermagem : uma análise etnográfica da colaboração serviços-escolas nos estágios clínicos (Tese de Doutoramento)*. São Paulo : Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1991.

**Amendoeira, José. 2006.** *Uma biografia partilhada da enfermagem*. Coimbra : Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-67-0.

**Andrew, Nicola. 2013.** Becoming a graduate nurse: the integration of knowledge and "knowhow". [autor do livro] Amélia Lopes. *Formação inicial de professores e de enfermeiros: identidades e ambientes*. Porto : Livpsic, 2013.

**Araújo, Beatriz Rodrigues. 2005.** *Vivências, satisfação e rendimento académicos em estudantes de enfermagem (Tese de Doutoramento)*. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2005.

**Bailey, Patricia Hill, Montgomery, Phyllis e Mossey, Sharolyn. 2013.** Narrative inquiry. [autor do livro] Cheryl Tatano Beck. *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research*. New York : Routledge, 2013.

**Beck, Cheryl Tatano. 2013.** Descriptive phenomenology. *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research*. New York : Routledge, 2013.

**Beck, Cheryl Tatano. 2013.** *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research*. New York : Routledge, 2013. ISBN: 978-0-415-67356-3.

**Boston College Cornell School of Nursing.** Community Impact - Cornell School of Nursing - Boston College. *Boston College Cornell School of Nursing*. [Online] <https://www.bc.edu/bc-web/schools/cson/clinical-experience/community-impact.html>.

**Canadian Association of Schools of Nursing.** 2004. *Clinical Practice Education Survey 2003 / CASN Task Force on Clinical/Practice Education*. 2004.

**Carspecken, Phil Francis.** 1996. *Critical Ethnography in Educational Research*. New York : Reutledge, 1996. ISBN: 0-415-90-492-7.

**Carvalho, Maria Amélia.** 1954. Escola de Enfermagem Doutor Angelo da Fonseca. *Revista Servir*. Março, 1954, pp. 8-11.

**Casapia, Glória.** 2017. *Formação em enfermagem com aprendizagem baseada em problemas (PBL). O caso da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Católica de Moçambique (Tese de doutoramento)*. Porto : Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, 2017.

**Center for Community Innovation and Scholarship (CCIAS).** Center for Community Innovation and Scholarship | School of Nursing at Johns Hopkins University. *Jonhs Hopkins School of Nursing*. [Online] <https://nursing.jhu.edu/excellence/community/center-community-innovation-scholarship.html>.

**Collière, Marie-Françoise.** 1989. *Promover a Vida. Da prática das mulheres de virtudes aos cuidados de enfermagem*. s.l. : Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. 972-95420-0-7.

**Creswell, John W.** 2013. *Qualitative inquiry and rersarch design: choosing among five approaches*. Thousand Oaks, California : SAGE Publications, 2013. ISBN: 978-1-4129-9531-3.

*Criação de site para apoio ao Plano de Contingência para a Gripe A(H1N1)v do Centro Regional do Porto da Uiversidade Católica Portuguesa.* **Neves-Amado, João, et al.** 2010. Florianópolis/SC - Brasil : s.n., 2010.

**Davis, Emily e Richardson, Sally.** 2017. How peer facilitation can help nursing students develop their skills. *Bristish Journal of Nursing*. N.º 21, 2017, Vol. 26.

**De Chesnay, Mary e Anderson, Barbara A. 2016.** *Caring for the vulnerable: Perspectives in the Nursing Theory, Practice, and Research.* Burlington, USA : Jones & Bartlett Learning, 2016. ISBN: 978-1-284-06627-2.

**De Chesnay, Mary e Payne, Heather. 2012.** Mobile Clinics as Outreach to the Underserved. [autor do livro] Mary De Chesnay e Barbara A. Anderson. *Caring for the Vulnerable.* Burlington, USA : Jones & Bartlett Learning, 2012.

**De Chesnay, Mary. 2015.** *Nursing Research Using Ethnography.* New York : Springer, 2015. ISBN: 978-0-8261-3465-3.

**De Chesnay, Mary. 2012.** Vulnerable Populations: Vulnerable People. [autor do livro] Mary De Chesnay e Barbara A. Anderson. *Caring for the Vulnerable.* Burlington, USA : Jones & Bartlett Learning, 2012.

**De Chesnay, Mary, et al. 2012.** Research with Vulnerable Populations. [autor do livro] Mary De Chesnay e Barbara A. Anderson. *Caring for the Vulnerable.* Burlington, USA : Jones & Bartlett Learning, 2012.

**De Chesnay, Mary, Peil, Rebecca W. e Pamp, Christopher. 2008.** Cultural Competence, Resilience, and Advocacy. [autor do livro] Mary De Chesnay e Barbara A. Anderson. *Caring for the Vulnerable.* Burlington, USA : Jones & Bartlett Learning, 2008.

**Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril de 1998.** Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto.

**Decreto-Lei n.º 32.612, de 31 de Dezembro de 1942.** Regulamenta o ensino de enfermagem.

**Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro de 1999.** Aprovas as regras gerais a que fica subordinado o ensino da Enfermagem no âmbito do ensino superior politécnico.

**Decreto-Lei n.º 36.219, de 10 de Abril de 1947.** Regulamenta o ensino de enfermagem.

**Decreto-Lei n.º 38.884, 28 de Agosto de 1952.** Regulamenta o ensino de enfermagem.

**Decreto-Lei n.º 38.885, de 28 de Agosto de 1952.** Regulamenta o ensino de enfermagem.

**Decreto-Lei n.º 46.448, de 20 de Julho de 1965.** Regulamenta o ensino de enfermagem.

**Decreto-Lei n.º 480/88, de 23 de Dezembro de 1988.** Integração do ensino de Enfermagem no ensino superior.

**Denzin, Norman K. e Lincoln, Yvonna S. 2000.** *The SAGE handbook of qualitative research*. 3rd. California : Sage Publications, Inc., 2000.

**Direção-Geral da Saúde. 2006.** Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. *Direção-Geral da Saúde*. [Online] 2006. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>. ISBN 972-675-155-1.

**Directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005.** Relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais.

**Diretiva 2013/55/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 20 de novembro de 2013.** altera a Diretiva 2005/36/CE relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais e o Regulamento (UE) n. o 1024/2012 relativo à cooperação administrativa através do Sistema de Informação do Mercado Interno («Regulamento IMI»).

**Edgecombe, K., et al. 1999.** Dedicated education units: A new concept for clinical teaching and learning. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*. N.º 8, 1999, Vol. 4, pp. 166-171.

**Edgecombe, Kay e Bowden, Margareth. 2014.** *Clinical Learning and Teaching Innovations in Nursing*. London : Springer, 2014. ISBN: 978-94-007-7231-1.

**Erci, Behice. 2012.** Nursing Theories Applied to Vulnerable Populations: Examples from Turkey. [autor do livro] Mary De Chesnay e Barbara A. Anderson. *Caring for the Vulnerable*. Burlington, USA : Jones & Bartlett Learning, 2012.

**Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. ESEnfC.** *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. [Online] <https://www.esenfc.pt/pt/page/100003979?idMenu=223>.

**Faria, Luísa Leal de. 2003.** *Universidade e Cultura*. Lisboa : Universidade Católica Editora, 2003. 872-54-0065-8.

**Ferreira, António Gomes e Henriques, Hélder. 2012.** As normas e os valores na construção da identidade profissional da enfermagem portuguesa: décadas de 40 a 80 (séc. XX). *Estudos do Século XX*. Número 2, 2012.

**Festas, Constança. 2013.** *O Enfermeiro na Escola: Um projeto de ensino-aprendizagem, de investigação e de serviço à comunidade (Tese de Doutoramento)*. Porto : Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, 2013.

**Fourie, Willem e McClelland, Beverley. 2011.** *Enhancing Nursing Education through Dedicated Education Units*. New Zealand : Ako Aotearoa - The National Centre for Tertiary Teaching Excellence, 2011. ISSN 978-0-473-19059-0.

**Gonda, J., et al. 1999.** Dedicated education units: 2 An Evaluation. *Contemporary Nurse*. 8, 1999, Vol. 4, pp. 172-176.

**Hills, Marcia e Mullett, Jennifer. 2000.** Community-Based Research: Creating Evidence-Based Practice for Health and Social Change. [Online] 2000. (Paper presented at the Qualitative Evidence-based Practice Conference, Coventry University, May 15-17 2000.). <http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/00001388.htm>.

**Husted, Gladys L. e Husted, James H. 2008.** The Ethical Experience of Caring for Vulnerable Populations: The Symphonological Approach. [autor do livro] Mary De Chesnay e Barbara A. Anderson. *Caring for the Vulnerable*. Burlington, USA : Jones & Bartlett Learning, 2008.

**Janzen, Rich, Ochocka, Joanna e Stobbe, Alethea. Fall 2016.** Towards a Theory of Change for Community-based Research Projects. *Engaged Scholar Journal: Community-Engaged Research, Teaching, and Learning*. N.º 2, Fall 2016, Vol. 2.

**Kessler, Theresa A. e Alverson, Elise M. Julho / Agosto 2014.** Mentoring Undergraduate Nursing Students in Research. *Nursing Education Perspectives*. N.º 4, Julho / Agosto 2014, Vol. Vol. 35.

**King, Imogene M. 1981.** *Theory for Nursing: Systems, Concepts and Process*. s.l. : Wiley-Blackwell, 1981. ISBN: 047107795X.

**King, Imogene M. 1971.** *Toward a Theory for Nursing: Generating Concepts of Human Behavior*. s.l. : John Wiley & Sons Inc, 1971. ISBN: 978-0471478003.

**Kolb, David A. 1984.** *Experiential learning*. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, 1984. ISBN: 978-0132952613.

**Lewenson, Sandra B. 2013.** Historical research in nursing. [autor do livro] Cheryl Tatano Beck. *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research*. New York : Routledge, 2013.

**Madureira, Maria Manuela. 2015.** *Escola Superior de Enfermagem de São Vicente de Paulo: (1937 – 2006) que modelo de formação? (Tese de doutoramento)*. Lisboa : Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, 2015.

**Meleis, Afaf A. Theoretical Nursing. Development & progress. 5th ed. s.l. :** Lippincott.

**Michaels, Cathy e Moffett, Carol. 2008.** Rethinking Vulnerability. [autor do livro] Mary De Chesnay e Barbara A. Anderson. *Caring for the Vulnerable*. Burlington, USA : Jones & Bartlett Learning, 2008.

**Mills, Albert, Durepos, Gabrielle e Wiebe, Elden. 2010.** *Encyclopedia of Case Study Research*. Thousand Oaks : SAGE Publications, 2010.

**Ministério da Educação. 1999.** Portaria n.º 799-D/99 de 18 de Setembro: Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Lisboa : s.n., 1999. Vols. DR.: I Série-B, nº 219 - 99-09-18.

**Moore, Fiona. 2010.** Case Study Research in Anthropology. [autor do livro] Albert J Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of Case Study Research*. Thousand Oaks : SAGE Publications, 2010, pp. 86-92.

**Morgado, José Carlos. 2016.** *O Estudo de caso na investigação em educação*. Santo Tirso : De Facto Editores, 2016. ISBN: 978-989-8557-10-0.

**Moscato, Susan Randles, et al. 2007.** Dedicated educational unit: an innovative clinical partner education model. *Nursing Outlook*. Janeiro / Fevereiro, 2007.

**Munhall, Patricia L. 2013.** Interpretive phenomenology. [autor do livro] Cheryl Tatano Beck. *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research*. New York : Routledge, 2013.

**Nightingale, Florence. 1947.** *Notes on Nursing: what it is, and what it is not*. Philadelphia : Edward Stern & Company, Inc., 1947. Facsimile da Primeira Edição impressa em Londres em 1859. ISBN: 0-397-54000-0.

**Ochocka, Joanna e Janzen, Rich. 2014.** Breathing Life into Theory. *Gateways: International Journal of Community Research and Engagement*. 2014, Vol. 7.

**Oliveira, Irene. 2013.** *Serviço-escola : um projecto para o ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem (Tese de Doutoramento)*. Porto : Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, 2013.

**Olshansky, Ellen. 2012.** The Use of Community-Based Participatory Research to Understand and Work Vulnerable Populations. [autor do livro] Mary De Chesnay e Barbara A. Anderson. *Caring for the Vulnerable*. Burlington, USA : Jones & Bartlett Learning, 2012.

**Pimentel, Alessandra. 2007.** A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*. 2, 2007, Vol. 12, pp. 159-168.

**Polit, Denise F. e Beck, Cheryl Tatano. 2008.** *Nursing Research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2008. ISBN: 978-0-7817-9468-8.

**Portaria n.º 413-A/98, de 17 de Julho de 1998.** Regulamenta os cursos de licenciatura bietápicas em enfermagem.

**Rabiais, Isabel. 2013.** *Processos de aprendizagem de cuidar dos Estudantes de Enfermagem (Tese de doutoramento)*. Lisboa : Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, 2013.

**Ranse, Kristen e Grealish, Laurie. 2007.** Nursing students' perceptions of learning in the clinical setting of the Dedicated Education Unit. *Journal of Advanced Nursing*. 2007.

**Rhodes, Mattie L., Meyers, Claire C. e Underhill, Meghan L. 2012.** Evaluation Outcomes of a Dedicated Education Unit in a Baccalaureate Nursing Program. *Journal of Professional Nursing*. N. 4, 2012, Vol. 28.

**Ribeiro, Olivério de Paiva. 2015.** *Custos e Benefícios do Ensino Clínico em Enfermagem para as Instituições Hospitalares. Tese de Doutoramento em Enfermagem*. s.l. : Universidade Católica Portuguesa, 2015.

**Roper, Janice M. e Shapira, Jill. 2000.** *Ethnography in Nursing Research*. Thousand Oaks, California : Sage Publications Inc., 2000. ISBN: 0-7619-0874-9.

**Rua, Marília Santos. 2011.** *De aluno a enfermeiro*. Loures : Lusociência, 2011. ISBN: 978-972-9830-68-4.

**Saraiva, M<sup>a</sup> Conceição. 2016.** *Assessoria Pedagógica de projetos pessoais: método para o desenvolvimento de competências dos estudantes de enfermagem (Tese de doutoramento)*. Lisboa : Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, 2016.

**Serra, Aida. 2016.** *Aprender a comunicar através do toque; Experiências dos Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico (Tese de doutoramento)*. Lisboa : Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, 2016.

**Sieloff, Cristina L. 2002.** Imogene King: Estrutura de Sistemas de Interação e Teoria da Consecução de Objectivos. [autor do livro] Ann Marriner Tomey e Martha Raile Alligoog. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5<sup>a</sup>. Loures : Lusociência, 2002, pp. 377-390.

**Silva, Daniel e Silva, Ernestina. 2004.** O Ensino Clínico na formação em Enfermagem. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*. 2004, Vol. N.º 30.

**Sims-Giddens, Susan, Helton, Caroline e Hope, Kathryn L. Jan/Fev 2010.** Student Peer Mentoring in a Community-Based Nursing Clinical Experience. *Nursing Education Perspectives*. N.1, Jan/Fev 2010, Vol. Vol. 13.

**Spradley, James P. 1980.** *Participant Observation*. Belmont, CA : Wadsworth, Cengage Learning, 1980. ISBN: 978-0-03-044501-9.

**Spradley, James P. 2016.** *The Ethnographic Interview*. Long Grove, Illinois : Waveland Press, Inc., 2016. 978-1-4786-3207-8.

**Streubert, Helen J. 2013.** Método Etnográfico. [autor do livro] Helen J. Streubert e Dona Rinaldi Carpenter. *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. 5<sup>a</sup> Edição. Loures : Lusodidacta, 2013. (tradução da 5<sup>a</sup> edição - 2011).

**Swanborn, Peter. 2010.** *Case Study Research - what, why and how?* London : SAGE Publications Ltd, 2010. ISBN: 978-1-84920-611-2.

**Taylor, S. Martin e Ochocka, Joanna. 2017.** Advancing community-based research in Canada. *J. Knowledge-Based Development*. N.º 2, 2017, Vol. 8.

---

*The role of the lecturer - practitioner in bridging the theory-practice gap in postgraduate education.* **Miller, By Sam, et al. 2017.** Melbourn : Australian Nursing and Midwifery Journal, 2017, Vol. Vol. 25 N.º2, p. 37. ISSN: 2202-7114.

**Timmons, Vianne e Cairns, Elizabeth.** Case Study Research in Education. [autor do livro] Albert Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of Case Study Research.* pp. 99-102.

**Traynor, Michael. 2013.** Discourse analysis. [autor do livro] Cheryl Tatano Beck. *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research.* New York : Routledge, 2013.

**University of Pennsylvania School of Nursing.** Community Service Courses | Community | Penn Nursing. *Penn Nursing Science.* [Online] <http://www.nursing.upenn.edu/community/community-service-courses/>.

**Vieira, Margarida M. 2017.** *Ser Enfermeiro: da paixão à proficiência.* 3ª Edição. Lisboa : Universidade Católica Editora, 2017. ISBN: 9789725405659.

**Wotton, K. e Gonda, J. 2004.** Clinician and student evaluation of a collaborative clinical teaching model. *Nurse Education in Practice.* 4, 2004, pp. 120-127.

**Yin, Robert K. 2010.** *Estudo de caso: Planejamento e Métodos.* 4ª. s.l. : Bookman, 2010. ISBN: 978-8577806553.

**Yin, Robert K. 2016.** *Pesquisa qualitativa do início ao fim.* Porto Alegre : Penso, 2016. ISBN: 978-85-8429-082-6.



# APÊNDICES



---

## **Apêndice I**

### **Análise aos relatórios dos estudantes do CLE dos anos 2007/2008 e 2008/2009**



### **Análise de relatórios de ensino clínico V (2007-2009)**

Após a autorização necessária acedeu-se aos relatórios disponíveis em formato digital respeitantes aos anos letivos de 2007/2008 e 2008/2009, relacionados com as atividades desenvolvidas na comunidade no âmbito do “Ensino Clínico V – Intervenção na Comunidade” do Curso de Licenciatura em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde (Porto) da Universidade Católica Portuguesa. No ensino clínico supra citado todos os locais de afetação de estudantes se enquadravam nas atividades desenvolvidas e preparadas pelo Centro de Enfermagem da Católica.

Foram analisados 15 relatórios, respeitantes tanto ao primeiro como ao segundo semestre dos anos letivos 2007/2008 e 2008/2009.

Estiveram envolvidos nestes 15 relatórios:

- 100 estudantes do curso de licenciatura em enfermagem (45 no ano 2007/2008 e 55 no ano 2008/2009);
- 103 instituições ou locais de afetação de estudantes;
- 1027 atividades foram identificadas e analisadas.

Cada atividade identificada foi analisada quanto a:

- Local ( Instituição / Local / Tipo)
- Projeto CEC referido
- Atividade ( Tipo / Nome ou Tema / Data e hora início / Duração / Data fim / número de sessões / População alvo / população abrangida / Avaliação percecionada)

- Relação percebida com projeto do CEC.

Foram codificados e categorizados o maior número de dados possível com vista a uma análise de frequências.

Podemos da análise aos dados concluir que:

- nenhuma atividade foi referida como sendo inserida em projeto ou atividade transversal da autoria do CEC;
- perante a população abrangida podemos constatar que a comunidade é que tem maior média de participantes por atividade (muito relacionado com os rastreios), seguida da paróquia e o menor número está relacionado com a família (Apêndice | Tabela 1 - Distribuição da população abrangida por grupo e número de atividades)

**Apêndice | Tabela 1 - Distribuição da população abrangida por grupo e número de atividades**

População	vezes	%	vezes com N	N	N/vezes
Adulto	1	0%	1	6	6,00
Comunidade	126	13%	96	12035	125,36
E 1º Ciclo	213	21%	157	5279	33,62
E 2º Ciclo	149	15%	103	2482	24,10
E 3º Ciclo	208	21%	104	2051	19,72
E Enc Educ	5	0%	4	29	7,25
E Geral	74	7%	56	1606	28,68
E JI	58	6%	48	1192	24,83
E Prof	6	1%	6	76	12,67
E Sec	16	2%	9	216	24,00
E Univ	4	0%	4	30	7,50
Família	11	1%	11	41	3,73
Idosos	116	12%	114	1327	11,64
Instituições	14	1%	9	181	20,11
Mulheres	1	0%	1	7	7,00
Paróquia	1	0%	1	62	62,00
Sem Abrigo	4	0%	4	25	6,25
<b>Total</b>	<b>1007</b>		<b>728</b>	<b>26645</b>	

- através da recodificação por tipo de população alvo de projetos, constatamos que a Escola e os Idosos são os mais prevalentes (Apêndice | Tabela 2 - Distribuição de atividades por recodificação de população de projeto)

Apêndice | Tabela 2 - Distribuição de atividades por recodificação de população de projeto

R/C CEC	Número	%	2007/2008	2008/2009
Diversos	23	2%	7	16
Idosos	27	3%	10	17
Idosos institucionalizados	57	6%	0	57
Mulheres	11	1%	10	1
Rastreio	53	5%	13	40
Saúde na Escola	795	77%	411	384
Sem-Abrigo	7	1%	0	7
Visita Domiciliária	54	5%	11	43
<b>Total</b>	<b>1027</b>		<b>462</b>	<b>565</b>

- em coerência com os demais dados o tipo de instituição com mais atividades é a Escola e a Comunidade (Apêndice | Tabela 3 - Distribuição de atividades por tipo de instituição)

Apêndice | Tabela 3 - Distribuição de atividades por tipo de instituição

Tipo Instituição	N contactos	%	2007/2008	2008/2009
Administração Local	13	1%	1	12
Área pública	3	0%	2	1
Comunidade	126	12%	18	108
Equi Comunidade	66	6%	19	47
Equi Religioso	3	0%	0	3
Equip Apoio Crianças	4	0%	2	2
Equip Apoio Idosos	56	5%	2	54
Equip Cultural	1	0%	1	0
Equip Religioso	4	0%	0	4
Escola	718	70%	402	316
Gabinete UCP	2	0%	0	2
Grupo Comunidade	1	0%	0	1
Instituição de Ensino	11	1%	0	11
Instituição Formação Profissional	6	1%	2	4
Universidade	13	1%	13	0
<b>Total</b>	<b>1027</b>		<b>462</b>	<b>565</b>

- Quanto ao tipo de atividade podemos assumir que as mais significativas foram as Ações de Educação para a Saúde com 642 - 63% - e rastreio com 79 - 8%
- atendendo às médias de participantes comunicados nas atividades podemos assumir que a população (estimada) abrangida pelas atividades dos anos letivos 2007/2008 e 2008/2009 é de 37919 participantes
- são referidos 10 docentes/enfermeiros que colaboraram nas atividades do CEC e que concomitantemente orientaram estudantes da licenciatura.

## **Apêndice II**

### **Contagem de Atividades de Intervenção Comunitária dos projetos CEC**



Apêndice | Tabela 4 - Distribuição de atividades e população abrangida por tipo de atividade 2007 - 2009

#Atividade	Descrição Atv	2007/20		07/08NC		07/08M		2008/20		08/09c		08/09Pr		%0708»0	
		Contar	%ativ 08	N	07/08.	07/08M	ev	09	08/09a	08/09b	08/09c	ev	809	809	
ADA	Avaliação dados antropométricos	62	6%	61	6	616	102,667	6263	1	16	16	16	16	16	0%
AE	Atendimento de Enfermagem	12	1%	2	2	60	30	60	10	10	692	69,2	692	692	1153%
AQ	Aplicação de questionários	61	6%	58	29	584	20,1379	1168	3	2	74	37	111	111	10%
ASV	Avaliação Sinais Vitais	3	0%	2	0	0	0	0	1	1	18	18	18	18	
EI	Ensino individualizado	1	0%	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ES	Ação ou Sessão de Educação para a Saúde	642	63%	277	118	2268	19,2203	5324	365	358	8136	22,7263	8295	8295	156%
FS	Rastreo (EX.: Feira da Saúde)	79	8%	25	17	2135	125,588	3140	54	54	3563	65,9815	3563	3563	113%
ISS	Informação sobre saúde	27	3%	15	0	0	0	0	12	11	2780	252,727	3033	3033	
VD	Visita Domiciliária	52	5%	9	5	10	2	18	43	43	97	2,25581	97	97	539%
DA	Dinamização de atividades	46	4%	8	0	0	0	0	38	34	3687	108,441	4121	4121	
APS	Ação de Promoção da Saúde (ex Caminhada)	30	3%	2	2	119	59,5	119	28	27	1688	62,5185	1751	1751	1471%
AEC	Atividade de Estimulação Cognitiva	10	1%	0	0	0	0	0	10	10	130	13	130	130	
VDS	Verificação Dados de Saúde (Vacinação)	2	0%	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<b>Total</b>		<b>1027</b>		<b>462</b>	<b>179</b>	<b>5792</b>		<b>16092</b>	<b>565</b>	<b>551</b>	<b>20881</b>		<b>21827</b>		

- (1) Contagem de atividades no período
- (2) Número de atividades que referiram população abrangida
- (3) Número de população abrangida das atividades referidas em (2)
- (4) Média de população abrangida por atividade
- (5) Extrapolação: (4) x (1)
- (6) Comparação de 0809 em relação a 0708
- (7) Comparação de 0911 em relação a (0809\*3)
- (8) Comparação de 1416 em relação a 0911



Apêndice | Tabela 5 - Distribuição de atividades e população abrangida por tipo de atividade 2009 - 2011

#Atividade	Descrição Atv	2009/20 11	0911TIM	0911IMP	0911SS	0911MS	11a	2009/20 11b	M	0911bT	P	0911bM	0911bSS	S	0911bM	2009/20 11c	%0809*3
ADA	Avaliação dados antropométricos	0						0	0								911
AE	Atendimento de Enfermagem	1450		478	972		1450	1450				478	972			1	70%
AQ	Aplicação de questionários	0						0	0								
ASV	Avaliação Sinais Vitais	0						0	0								
EI	Ensino individualizado	0						0	0								
ES	Ação ou Sessão de Educação para a Saúde	984	33		56	895	984	27142	336				1595	25211	27.5833	109%	
FS	Rastreio (EX.: Feira da Saúde)	3		3				3	317			317			105.667	3%	
ISS	Informação sobre saúde	0						0	0								
VD	Visita Domiciliária	0						0	0								
DA	Dinamização de atividades	0						0	0								
APS	Ação de Promoção da Saúde (ex Caminhada)	0						0	0								
AEC	Atividade de Estimulação Cognitiva	0						0	0								
VDS	Verificação Dados de Saúde (Vacinação)	0						0	0								
<b>Total</b>		<b>2437</b>						<b>28909</b>									

(1) (2) (3) (4) (7)

- (1) Contagem de atividades no período
- (2) Número de atividades que referiram população abrangida
- (3) Número de população abrangida das atividades referidas em (2)
- (4) Média de população abrangida por atividade
- (5) Extrapolação: (4) x (1)
- (6) Comparação de 0809 em relação a 0708
- (7) Comparação de 0911 em relação a (0809\*3)
- (8) Comparação de 1416 em relação a 0911



Apêndice | Tabela 6 - Distribuição de atividades e população abrangida por tipo de atividade 2014 - 2016

#Atividade	Descrição Atv	2014/20		1416En 1416MI		1416C		2014/20		2014/20		1416b		2014/20		%0911»1	
		16	E	MA	1416MP	pA	pA	16a	16b	nE	MA	P	CpC	DpA	16c	416	
ADA	Avaliação dados antropométricos	0	0					0	0								
AE	Atendimento de Enfermagem	2416	2416	2100	316	2416	2416	2416	2416	2100	316					1	167%
AQ	Aplicação de questionários	1	1	1				1	187	187					187		
ASV	Avaliação Sinais Vitais	0	0					0	0								
EI	Ensino individualizado	156	156	156				156	156	156					1		
ES	Ação ou Sessão de Educação para a Saúde	71	71	71				71	287	287					4,04225	1%	
FS	Rastreio (EX.: Feira da Saúde)	5	5	1	4			5	578	488	90				115,6	182%	
ISS	Informação sobre saúde	0	0					0	0								
VD	Visita Domiciliária	29	29	29	0			29	29	29	0				1		
DA	Dinamização de atividades	0	0					0	0								
APS	Ação de Promoção da Saúde (ex Caminhada)	0	0					0	0								
AEC	Atividade de Estimulação Cognitiva	0	0					0	0								
VDS	Verificação Dados de Saúde (Vacinação)	0	0					0	0								
<b>Total</b>		<b>2678</b>	<b>2678</b>					<b>3653</b>	<b>3653</b>						<b>(4)</b>	<b>(8)</b>	

- (1) Contagem de atividades no período
- (2) Número de atividades que referiram população abrangida
- (3) Número de população abrangida das atividades referidas em (2)
- (4) Média de população abrangida por atividade
- (5) Extrapolação: (4) x (1)
- (6) Comparação de 0809 em relação a 0708
- (7) Comparação de 0911 em relação a (0809\*3)
- (8) Comparação de 1416 em relação a 0911



Apêndice | Tabela 7 - Distribuição de atividades e população abrangida por tipo de atividade RESUMO

#Atividade	Descrição Atv	TOTAL		TOTAL REAL		Total	
		ACT	Coluna1	%TR	Pondera	%TP	
ADA	Avaliação dados antropométricos	62	1%	632	1%	6279	9%
AE	Atendimento de Enfermagem	3878	63%	4618	8%	4618	7%
AQ	Aplicação de questionários	62	1%	845	1%	1466	2%
ASV	Avaliação Sinais Vitais	3	0%	18	0%	18	0%
EI	Ensino individualizado	157	3%	156	0%	156	0%
ES	Ação ou Sessão de Educação para a Saúde	1697	28%	37833	64%	41048	58%
FS	Rastreio (EX.: Feira da Saúde)	87	1%	6593	11%	7598	11%
ISS	Informação sobre saúde	27	0%	2780	5%	3033	4%
VD	Visita Domiciliária	81	1%	136	0%	144	0%
DA	Dinamização de atividades	46	1%	3687	6%	4121	6%
APS	Ação de Promoção da Saúde (ex Caminhada)	30	0%	1807	3%	1870	3%
AEC	Atividade de Estimulação Cognitiva	10	0%	130	0%	130	0%
VDS	Verificação Dados de Saúde (Vacinação)	2	0%	0	0%	0	0%
<b>Total</b>		<b>6142</b>		<b>59235</b>		<b>70481</b>	



## **Apêndice III**

### **Mapa resumo de conteúdo das entrevistas**



