



UNIVERSIDADE  
**CATÓLICA** | INSTITUTO DE  
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

# ENFERMAGEM: QUALIDADE E INTERVENÇÃO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização  
em Enfermagem Comunitária

Por Catarina Alexandra Figueiredo Santos

LISBOA, Março de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# ENFERMAGEM: QUALIDADE E INTERVENÇÃO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização  
em Enfermagem Comunitária

Por Catarina Alexandra Figueiredo Santos

Sob orientação da Mestre Amélia Simões Figueiredo

LISBOA, Março de 2011

## RESUMO

A Enfermagem Comunitária é a área da Enfermagem cujo foco de actuação é a comunidade, com todos os grupos de pessoas que a constituem. O Enfermeiro Especialista, através da sua experiência da prática clínica, bem como com os conhecimentos decorrentes da sua formação académica, detém competências que lhe permitem desenvolver projectos que promovam a capacitação da população para o desenvolvimento de percursos de vida saudáveis.

O presente relatório relata os três módulos de estágio realizados no Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária, que decorreu no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Os dois primeiros módulos de estágio foram realizados na UCSP Aleo, em Alcoutim. O módulo três, módulo opcional, decorreu na USF Guadiana, em Castro Marim.

Durante o primeiro módulo de estágio foi realizado o diagnóstico de situação da actividade de Enfermagem nas consultas de saúde infantil, planeamento familiar e diabetes, uma vez que os profissionais sentiam que as suas práticas eram discrepantes. Segundo os dados obtidos com o diagnóstico confirmou-se as diferenças de actuação dos profissionais de Enfermagem e que as actividades desenvolvidas não estavam de acordo às recomendações emanadas pelo DGS para essas consultas.

As conclusões retiradas no diagnóstico de situação vieram fundamentar a necessidade de actuar nas práticas de Enfermagem, de forma a garantir a qualidade das mesmas. No segundo módulo de estágio foram desenvolvidas e implementadas “Normas de actuação de Enfermagem” nas consultas analisadas, normas essas que servirão de guião para auditorias semestrais aos registos de Enfermagem, etapa fundamental no processo de garantia da qualidade seguido.

No terceiro módulo de estágio, o foco da intervenção foram os adolescentes, uma vez que os profissionais verbalizaram a preocupação com o afastamento dos jovens inscritos na USF Guadiana numa fase tão conturbada como a adolescência. O projecto implementado, denominado “Tertúlia do Jovem”, assenta numa dinâmica de educação entre pares, através do debate de temas relacionados com a saúde entre os jovens, moderado por um profissional de saúde. Além disso, com o objectivo de fazer chegar a informação a outros grupos populacionais, realiza-se um programa mensal e uma publicação no *blog* da Tertúlia, para transmissão das ideias e conclusões das tertúlias.

Com os trabalhos desenvolvidos pretende-se dar visibilidade à prática clínica levada a cabo pelos profissionais de Enfermagem, não descurando a qualidade e o foco na população a quem assiste.

**Palavras-chave:** Enfermagem, normas, qualidade, adolescência, educação, tertúlia.

## ABSTRACT

The Community Nursing is the area of Nursing whose focus is community action, with all groups who constitute it. The Nurse Specialist, through their experience of clinical practice as well as the knowledge resulting from their academic training, has skills that allow him to develop projects that promote the empowerment of the population for the development of pathways to healthy living.

This abstract describes the three modules of training undertaken in the Master's Degree in Nursing, with specialization in Community Nursing, held at the Institute of Health Sciences at Universidade Católica.

The first two modules of training were held at UCSP Aleo in Alcoutim. Module three, optional module, took place at USF Guadiana, in Castro Marim.

During the first stage module, a diagnosis was conducted about the situation of nursing activities in clinical child health, family planning and diabetes, since the professionals felt that their practices were discrepant. According to data obtained with the diagnosis confirmed the differences in performance of nursing professionals and that the activities did not provide responses to the recommendations issued by the DGS to these queries.

The conclusions reached in the situation diagnosis came to justify the need to act in the practice of nursing, to ensure their quality. In the second stage module were developed and implemented "Nursing Standards of conduct" in the consultations studied, these standards serve as a guide for semi-annual audits to the records of Nursing, a key step in the process of quality assurance followed.

In the third stage module, the focus of the intervention were teenagers, since the professionals expressed their concern about the disengagement of young people enrolled at USF Guadiana stage so as to troubled teens. The implemented project, called "Tertúlia do Jovem", based on a dynamic peer education, through discussion of topics related to health among young people, moderated by a healthcare professional. Moreover, with the aim of delivering the information to other population groups, there will be a program and a monthly publication on the "*blog da Tertúlia*" for transmitting ideas and conclusions of the gatherings.

With the work is to give visibility to the work done by nursing professionals, not to mention the quality and focus at the people who watch.

**Keywords:** Nursing, standards, quality, adolescence, education, literary meetings.

*“Nenhum trabalho de qualidade pode ser feito sem concentração e auto-sacrifício, esforço e dúvida”.*

(Max Beerbohm)

## **AGRADECIMENTOS**

A elaboração deste projecto foi de extrema importância para o meu enriquecimento, tanto a nível pessoal como profissional. No desenvolvimento deste trabalho, foram diversas as pessoas que contribuíram, e muito, para a sua concretização.

Desde já, quero deixar explícito o meu sincero agradecimento ao orientador deste projecto, Enfermeiro Especialista João Luís Anjos, pelo apoio, incentivo e disponibilidade demonstrados.

Não poderia deixar de agradecer, como é óbvio, aos parceiros que colaboraram nesta causa: a equipa da Enfermagem da UCSP Aleo e à sua Coordenadora, a Junta de Freguesia de Castro Marim, na pessoa da sua Presidente, Enfermeira Especialista Célia Brito e a Rádio Santo António.

À Professora Amélia Simões Figueiredo agradeço a sua disponibilidade constante.

## ABREVIATURAS E SIGLAS

### ABREVIATURAS

*cit. in* – citado em

consult. – consultado

h – horas

km<sup>2</sup> – quilómetros quadrados

n.º - número

*et al.* – e outros

p. – página

Pág. – página

### SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

DGS – Direcção-Geral da Saúde

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PF – Planeamento Familiar

SI – Saúde Infantil

SINUS – Sistema Informático Nacional das Unidades de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

## ÍNDICE

	Pág.
<b>0. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>PARTE I</b>	
<b>1. A UCSP ALEO .....</b>	<b>16</b>
<b>2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>18</b>
2.1. TÉCNICAS UTILIZADAS.....	18
2.2. RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....	21
<b>2.2.1. Prioridades de actuação detectadas .....</b>	<b>24</b>
<b>3. IMPLEMENTAÇÃO DE NORMAS DE ACTUAÇÃO NA UCSP ALEO.....</b>	<b>26</b>
3.1. ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA A REALIZAÇÃO DAS NORMAS .....	26
3.2. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO POCESSE DE IMPLEMENTAÇÃO .....	28
3.3. CONTINUIDADE DO PROJECTO .....	29
<b>PARTE II</b>	
<b>1. A USF GUADIANA – NECESSIDADES SENTIDAS .....</b>	<b>32</b>
<b>2. RELAÇÃO DOS JOVENS COM OS CUIDADOS DO SAÚDE PRIMÁRIOS.....</b>	<b>34</b>
2.1. TEMÁTICAS A ABORDAR COM OS JOVENS .....	35
<b>2.1.1. Depressão .....</b>	<b>35</b>
<b>2.1.2. Abuso de Substâncias.....</b>	<b>36</b>
<b>2.1.3. Obesidade .....</b>	<b>37</b>
<b>2.1.4. Gravidez .....</b>	<b>37</b>
2.2. DEFINIÇÃO DE METODOLOGIAS.....	39
<b>2.2.1. Realização de Parcerias .....</b>	<b>40</b>
<b>2.2.2. A Divulgação do Projecto .....</b>	<b>41</b>
2.3. A CONTINUIDADE DO PROJECTO.....	41
2.4. A TERTÚLIA INAUGURAL .....	42
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBIOGRÁFICAS .....</b>	<b>48</b>

<b>ANEXOS .....</b>	<b>51</b>
ANEXO I – Cronograma.....	52
ANEXO II – Grelhas de observação e de análise documental da consulta de saúde infanto-juvenil ...	54
ANEXO III – Grelhas de observação da consulta de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar .....	56
ANEXO IV – Ficha de consulta de diabetes <i>mellitus</i> .....	58
ANEXO V – Grelha de análise documental da consulta de diabetes .....	62
ANEXO VI – Resultados da análise da consulta de Enfermagem de Saúde Infantil .....	64
ANEXO VII – Resultados da análise da consulta de Enfermagem de Planeamento Familiar.....	66
ANEXO VIII – Resultados da análise da consulta de Enfermagem de Diabetes.....	68
ANEXO IX – Norma da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil .....	70
ANEXO X – Norma da Consulta de Enfermagem de Planeamento Familiar.....	74
ANEXO XI – Norma da Consulta de Enfermagem de Diabetes.....	77
ANEXO XII – Apresentação dos resultados e das normas à Equipa da UCSP Aleo.....	80
ANEXO XIII – Panfleto de divulgação da Tertúlia do Jovem .....	95
ANEXO XIV – Cartões utilizados na primeira Tertúlia do Jovem .....	97

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1</b> – O ciclo de garantia da qualidade .....	27

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
<b>Gráfico 1</b> – Actuação de Enfermagem na sede e na extensão de Martinlongo.....	22
<b>Gráfico 2</b> – Actuação na consulta de Planeamento Familiar. ....	22
<b>Gráfico 3</b> – Consulta de Enfermagem de Diabetes <i>Mellitus</i> .....	23

## 0. INTRODUÇÃO

A realização do curso de especialização em Enfermagem Comunitária é fundamental para nortear o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista, constante no Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de Setembro. A forma como essas competências foram desenvolvidas ao longo dos períodos de estágio está reflectida no presente relatório.

O Enfermeiro Especialista é, segundo o Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”. Como Especialista em Enfermagem Comunitária o Enfermeiro deverá ser detentor de competências específicas da sua área profissional. Essas competências são definidas pelo Regulamento n.º 128/2011, publicado no Diário da República, 2.ª série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, nomeadamente:

- *“Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;*
- *Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;*
- *Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;*
- *Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”.*

Este documento é elaborado no âmbito do Relatório, unidade curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária, a decorrer no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, em Lisboa, sob a orientação da Mestre Amélia Simões Figueiredo.

A unidade curricular de Estágio é composta por três módulos de estágio: o primeiro módulo é dirigido ao diagnóstico de situação; no segundo módulo é implementado um projecto no sentido de colmatar alguma dificuldade detectada no diagnóstico de situação; o terceiro e último módulo de estágio é opcional, e deve ser efectuado numa área distinta dos dois primeiros. Os três módulos de estágio prolongaram-se por um total de vinte e cinco semanas, com início a 19 de Abril de 2010 e *terminus* a 29 de Janeiro de 2011.

Os dois primeiros módulos de estágio descritos neste documento decorreram em contexto laboral, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Aleo, unidade funcional do Centro de Saúde de Alcoutim, que integra o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Sotavento. No primeiro

módulo foi efectuado o diagnóstico de situação dos cuidados de Enfermagem e no segundo foram elaboradas e implementadas normas de actuação nas consultas analisadas.

A pertinência da realização destes dois módulos de estágio em contexto de trabalho prende-se com a convicção que a UCSP Aleo iria conquistar ganhos na sua prestação de cuidados com esta intervenção, convicção essa resultante da experiência profissional de três anos nesta unidade de saúde e com a sugestão apresentada pelo Enfermeiro orientador deste estágio. Além disso a facto de estar num ambiente que me era familiar permitiu que a envolvimento da equipa fosse mais fácil e que a obtenção de dados fosse mais eficaz e aprofundada. Para a obtenção dos dados para a análise foi necessário efectuar observação de consultas e análise de registos. Dado tratar-se do meu contexto laboral os profissionais observados referiram sentir-se perfeitamente tranquilos, reduzindo o erro na recolha dos dados. Além disso a coordenadora da UCSP Aleo não apresentou qualquer obstáculo para a utilização dos registos de enfermagem para a análise.

A comprovar também a pertinência da actuação na qualidade dos cuidados de Enfermagem está o facto de que a preocupação com esta matéria não é recente. A inquietação com a qualidade dos cuidados de Enfermagem nasceu aquando do início da disciplina. Florence Nightingale, matriarca da Enfermagem moderna, desenvolveu esforços, que remontam a 1860, para que fosse adoptado um método uniforme de colheita e apresentação de estatística hospitalares, para assim se melhorarem os tratamentos hospitalares; para tal Nightingale estabeleceu padrões para os cuidados de Enfermagem. Após a Segunda Guerra Mundial, com a ascendente visibilidade da Enfermagem, verificou-se uma maior focalização no estabelecimento de um método científico na prática, surgindo assim o Processo de Enfermagem, com a introdução da avaliação das actividades dos enfermeiros (STAPHONE e LANCASTER, 1999).

Para que os cuidados prestados pelos Enfermeiros possam corresponder às exigências dos utentes que deles necessitam é fundamental que quer os profissionais como a instituição de saúde reúnam condições que os permitam: aos profissionais de saúde são exigidas competências técnicas e científicas, já a instituição de saúde deverá facultar as instalações e os recursos materiais necessários à actividade. A Ordem dos Enfermeiros (OE), como entidade responsável pela definição de condutas de actuação dos Enfermeiros, definiu seis categorias de enunciados descritivos que estão da base melhoria da qualidade dos cuidados: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem (CONSELHO DE ENFERMAGEM, 2002).

Para que estas orientações da OE sejam verificadas nos serviços é necessário um trabalho contínuo na busca da excelência; assim, as normas implementadas na UCSP Aleo ao longo deste estágio apresentam-se como um contributo para essa busca.

O método de trabalho da UCSP Aleo é de equipas de saúde formadas por médico, enfermeiro, assistente técnico e assistente operacional. A equipa de Enfermagem é constituída por três Enfermeiras. Cada uma delas é responsável por um dos módulos e Enfermeira de Família dos utentes neles inscritos. Na sede da UCSP funcionam dois módulos e as extensões de saúde de Vaqueiros e Martinlongo representam o terceiro.

A UCSP Aleo tem uma área de influência que abrange cinco freguesias: Alcoutim, Giões, Pereiro, Vaqueiros e Martinlongo, num total de 3238 utentes inscritos, segundo dados fornecidos pelo Sistema Informático Nacional das Unidades de Saúde (SINUS), além da população flutuante.

O módulo III de estágio decorreu no pólo de Castro Marim da Unidade de Saúde Familiar (USF) Guadiana, que está também inserida no ACES Sotavento e consistiu na implementação do projecto "Tertúlia do Jovem".

Tal como define o nº. 1 do artigo 3º do Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto, a USF Guadiana presta cuidados de saúde aos indivíduos e às famílias nela inscritos, através de uma equipa multidisciplinar. Encontra-se neste momento no modelo de desenvolvimento A.

Criada em 2008, a USF Guadiana tem como missão a prestação de cuidados de saúde às famílias nela inscritas. A sua área de influência estende-se pelos concelhos de Vila Real de Santo António e Castro Marim.

O pólo de Castro Marim da USF Guadiana tem como população alvo os residentes na freguesia de Castro Marim, que representa uma área de 79,4 km<sup>2</sup> (CM CASTRO MARIM, 2006).

Esta instituição de saúde é constituída por dois médicos, dois enfermeiros e dois administrativos que disponibilizam cuidados de saúde a uma população de 3437 utentes, sendo que destes, 256 utentes se encontram entre os onze e os dezoito anos. O horário de funcionamento do pólo de Castro Marim é das 8h às 14h, de segunda a sexta-feira. A vigilância da saúde dos jovens é incluída na consulta de Saúde Infantil, não existindo uma consulta específica dirigida aos jovens adolescentes castro marinenses.

A pertinência da implementação da Tertúlia do Jovem na USF Guadiana prende-se com o sentimento relatado pelos profissionais dessa unidade relativamente aos jovens. Estes profissionais referem que notam um grande afastamento dos jovens relativamente aos cuidados de saúde após a realização do exame global de saúde dos 11/13 anos. Além disso, este projecto vem dar resposta à orientação da Direcção-Geral da Saúde (DGS), através da Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes: incentivo à auto-responsabilização e determinação das crianças e dos jovens.

Este relatório, elaborado para avaliação da unidade curricular de Relatório, tem como objectivos os seguintes:

- Descrever as actividades desenvolvidas no estágio;
- Enunciar estratégias e os recursos utilizados;
- Servir de veículo de avaliação da unidade curricular de Relatório;
- Realizar uma avaliação reflexiva do estágio.

O corpo do trabalho está dividido em três partes distintas, sendo as metodologias utilizadas para a sua realização a pesquisa bibliográfica e a análise reflexiva.

Após a Introdução, na primeira parte é efectuada a descrição da fase de diagnóstico da qualidade dos cuidados de Enfermagem na UCSP Aleo; na segunda parte é apresentada toda a metodologia de realização das normas implementadas na UCSP Aleo, bem como as estratégias adoptadas para a sua implementação e adopção pelos profissionais; na terceira parte é descrito o processo de planeamento e implementação do projecto “Tertúlia do Jovem” na USF Guadiana. Por fim são apresentadas as principais conclusões retiradas deste projecto, os seus contributos para o desenvolvimento pessoal e profissional, e apresentadas algumas sugestões para o futuro que se pretende inovador e dinâmico.

PARTE I

## 1. A UCSP ALEO

Os dois primeiros módulos do estágio relatado neste documento decorreram na UCSP Aleo, unidade funcional do Centro de Saúde de Alcoutim, englobado no ACES Sotavento da Administração Regional de Saúde do Algarve IP.

Visto este ser um estágio em contexto de trabalho apresenta como vantagem o conhecimento prévio dos métodos de trabalho existentes e das necessidades sentidos pelos profissionais. Enquanto formanda do Curso de Mestrado, foi aproveitada a oportunidade de implementar medidas de melhoria dos cuidados prestados.

A equipa de Enfermagem da UCSP Aleo é constituída por três Enfermeiras. Cada uma delas é responsável por um dos serviços e Enfermeira de Família dos utentes neles inscritos. Na sede da UCSP funcionam dois serviços e as extensões de saúde de Vaqueiros e Martinlongo representam o terceiro.

Como referido anteriormente, o método de trabalho é o de enfermeiro de família, sendo cada uma das enfermeiras responsável pelo serviço de consulta a efectuar a vigilância da saúde e a prestar a assistência de Enfermagem a todos os elementos das famílias inscritas no ficheiro, ao longo de todo o seu ciclo vital. Neste modelo de cuidados integrais a enfermeira de família é designada como enfermeira de referência do utente, sendo a responsável pelo mesmo além das suas horas de trabalho. É, pois, a esta Enfermeira que cabe planear as actividades a desenvolver com este utente, de acordo com a sua análise da situação (HESBEEN, 2001).

Além desta equipa de enfermagem, e por uma questão de falta de pessoal, em situações de ausência de uma das enfermeiras da UCSP as funções são desempenhadas pelas colegas da Unidade de Cuidados na Comunidade. Esta constante alternância de profissionais reduz a uniformidade nos cuidados prestados, colocando em causa a sua qualidade. Além disso, por não existir um guia orientador na realização da vigilância da saúde, conciso e de fácil acesso, são perdidas as oportunidades adequadas para a intervenção precoce.

Além das necessidades descritas, a equipa de enfermagem das duas unidades funcionais visadas é jovem e, portanto, deverá estar motivada e com aspirações de boas práticas. Deste modo, e aproveitando a janela de oportunidade decorrente do estágio, revelou-se importante e pertinente efectuar um diagnóstico de situação da actuação de Enfermagem na UCSP Aleo, de forma a fundamentar e nortear o trabalho nesta área. O objectivo geral definido para o primeiro módulo de

estágio foi “Efectuar o diagnóstico de situação da actividade de enfermagem na UCSP Aleo nas consultas de saúde infantil, planeamento familiar e diabetes”. Os objectivos específicos foram:

- Adquirir competências no âmbito da elaboração do diagnóstico de situação;
- Caracterizar a prática de Enfermagem nas consultas de saúde infantil, planeamento familiar e diabetes;
- Identificar prioridades de actuação decorrentes do diagnóstico de situação.

A preocupação com a qualidade de cuidados de Enfermagem não se esgotou em Florence Nightingale, contudo o trabalho desenvolvido por esta teórica contribui para a afirmação da Enfermagem enquanto disciplina.

A utilização do processo de Enfermagem como ferramenta de trabalho na prática profissional representa o uso da metodologia científica na tomada de decisão da prática dos Enfermeiros.

## 2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A realização do diagnóstico de situação dos cuidados de Enfermagem prestados na UCSP Aleo recorreu à metodologia científica do planeamento em saúde. De acordo com IMPERATORI e GIRALDES (1982) a primeira fase desse processo é precisamente o diagnóstico de situação, o qual é fundamental para a definição das prioridades de actuação, justificação dessas mesmas necessidades e meio de comparação para a avaliação das actividades desenvolvidas.

Devido à escassez de tempo para a realização do diagnóstico de situação não seria possível que este abarcasse todas as áreas de actuação de Enfermagem. Posto isto, foi necessário estabelecer prioridades de actuação entre os programas de saúde trabalhados de forma a seleccionar aqueles que seriam analisados. Em reunião com a Enfermeira responsável da UCSP Aleo foram seleccionados três programas de saúde. Assim, o diagnóstico de situação passou a ter como alvos as consultas de Enfermagem de saúde infantil (SI), de planeamento familiar (PF) e de Diabetes, por serem consideradas as que mais ganhos teriam com uma melhoria da prestação de cuidados.

O período temporal para a realização do diagnóstico consistiu de nove semanas, entre 19 de Abril e 19 de Junho de 2010. A sua realização compreendeu três etapas:

- Elaboração dos instrumentos de recolha de dados (de 26 de Abril a 22 de Maio de 2010);
- Recolha de dados (de 24 de Maio a 12 de Junho de 2010);
- Análise dos dados e apresentação dos resultados (de 14 a 19 de Junho de 2010).

### 2.1. TÉCNICAS UTILIZADAS

A recolha dos dados para o diagnóstico de situação recorreu a dois instrumentos distintos: grelhas de observação para as consultas de saúde infantil e planeamento familiar (ANEXOS II e III), nas quais não haviam documentos escritos para analisar, e análise de documentos (ANEXO V) para a consulta de diabetes, através da análise das fichas de registos de Enfermagem do programa de saúde (ANEXO IV). Dando uso à metodologia quantitativa, através da informação recolhida pretendia-se apresentar dados estatísticos que ilustrassem a actividade de Enfermagem da UCSP Aleo, tornando quantificável um dado tão subjectivo e singular como a prestação de cuidados.

A dificuldade no processo de quantificação do cuidar prende-se com a sua essência, uma vez que o cuidar, mais do que um conjunto de tarefas efectuadas, inclui a ocasião e a relação transpessoal que se estabelecem entre Enfermeiro e utente, tal como refere Jean Watson na sua obra. Além disso a relação transpessoal é única, dada a singularidade de cada indivíduo. (NEIL, 2004).

Segundo WATSON (2002, p.129), *“o cuidar requer conhecimento do comportamento humano e respostas humanas para problemas de saúde ou potenciais; conhecimento e compreensão das necessidades individuais; saber como dar respostas às necessidades dos outros”*.

Na base da escolha dos instrumentos de recolha de dados esteve, tal como refere FORTIN (1999), a preocupação de adaptar os instrumentos ao tipo de dados que se pretendia recolher. Além disso os dados recolhidos teriam de ser passíveis de tratamento estatístico, dado o tratamento quantitativo do diagnóstico de situação em curso. A elaboração prévia das grelhas de observação para a recolha dos dados teve como objectivo reduzir a margem de erro das observações, uma vez que o investigador sabia à partida quais os aspectos a reter durante as consultas observadas. Da mesma forma, as grelhas de registo da análise de documentos permitiram uma rápida organização da riqueza de informação fornecida pelos registos de Enfermagem. Desta forma possibilitaram a obtenção das informações necessárias para responder aos indicadores previamente estabelecidos.

Para a definição dos indicadores a observar durante a recolha de dados foram tidas em conta as orientações emitidas pela Direcção-Geral da Saúde, através dos Programas Nacionais de Saúde dirigidos à saúde infanto-juvenil, à saúde reprodutiva e planeamento familiar e à vigilância e controlo da diabetes.

Antes proceder à etapa de recolha dos dados foi necessário obter autorização da coordenadora da UCSP Aleo, assim como dos profissionais observados. O facto de o estágio decorrer em contexto de trabalho permitiu agilizar esta etapa, não tendo sido colocados obstáculos nem por parte das chefias nem dos Enfermeiros. Para tal foi efectuado o pedido por escrito à coordenadora da UCSP Aleo, assim como à responsável de Enfermagem, que articulou com a equipa. Das duas partes foi obtida autorização no dia seguinte, o que em termos de recursos temporais foi muito positivo para o desenvolvimento do trabalho.

Uma dificuldade que esteve presente ao longo do processo de recolha de dados por observação foi o facto de não poder registar os dados durante o processo de observação. O registo dos dados em tempo real poderia condicionar o comportamento dos observados, prejudicando a fiabilidade dos dados. Esta dificuldade foi ultrapassada através do estudo aprofundado dos dados a recolher durante as consultas, direccionando a atenção para os critérios sob análise, de forma a reter toda a informação necessária. Para tal foram também elaboradas grelhas de recolha dos dados, as quais orientavam a observação para os indicadores sob avaliação. Deste modo as observações foram dirigidas ao seu objectivo e os registos posteriores a cada consulta foram mais rápidos e específicos.

Além da análise geral de actuação da equipa de Enfermagem foi também comparada a actuação nos diferentes serviços de trabalho, de forma a verificar as metodologias de trabalho que melhor

respondessem às exigências das consultas, permitindo a replicação das boas práticas detectada à totalidade da UCSP Aleo.

No programa de saúde infantil a grelha de observações pretendia avaliar aspectos que iam desde o planeamento das consultas, as actividades que se desenrolam na consulta, tanto de vigilância como de promoção da saúde, e ainda o registo das actividades desenvolvidas, imprescindível para a continuidade dos cuidados. As frequências de observação destas actividades nas consultas analisadas foram registadas na grelha de observações, tornando os indicadores quantificáveis, conforme apresentado no ANEXO II. Na análise da consulta de SI foram observadas 15 consultas de Enfermagem, 7 consultas decorridas na sede da UCSP e as restantes 8 na extensão de saúde de Martinlongo.

Para analisar a consulta de Enfermagem de planeamento familiar, tal como referido anteriormente, foi também elaborada uma grelha de observações, para registar as ocorrências dos indicadores delineados. Esta consulta apenas é efectuada na sede da UCSP Aleo, tendo sido observadas 4 consultas. Os indicadores reportavam informação acerca dos temas que devem estar presentes nas consultas: a regulação da fertilidade, a prevenção e controlo de infecções sexualmente transmissíveis e as actividades de rastreio. A realização dos registos das actividades desenvolvidas nas consultas foi outro ponto analisado.

Na consulta de diabetes, dada a existência de registos de Enfermagem passíveis de fornecer os dados necessários para obter os indicadores estabelecidos na análise desse programa, e uma vez que esses registos possibilitavam uma maior amostragem num menor período de tempo, foi elaborada uma grelha para anotação dos dados recolhidos decorrentes da análise desses documentos. A metodologia aplicada na análise de documentos foi de índole quantitativa; dessa forma foi quantificada a frequência com que os indicadores estabelecidos se verificavam nos registos, partindo do princípio de que as actividades desenvolvidas eram registadas. Como critério de inclusão na amostra para análise da consulta de diabetes foi estabelecido que o nome do utente se iniciasse pelas letras A, B, C, D e E, uma vez que não era possível analisar todos os registos e que os incluídos neste critério constituíam uma amostra significativa e relevante. Deste modo no ficheiro do serviço I da sede foram analisadas 24 fichas, no serviço II 8 fichas e em Martinlongo 14 fichas, num total de 46 fichas de consulta de Enfermagem de diabetes.

Após a conclusão da recolha dos dados estes foram alvo de tratamento estatístico, com recurso ao programa Microsoft Office Excel. Desta análise resultaram gráficos ilustrativos das actividades de Enfermagem desenvolvidas na UCSP Aleo, em cada um dos serviços de trabalho.

## 2.2. RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

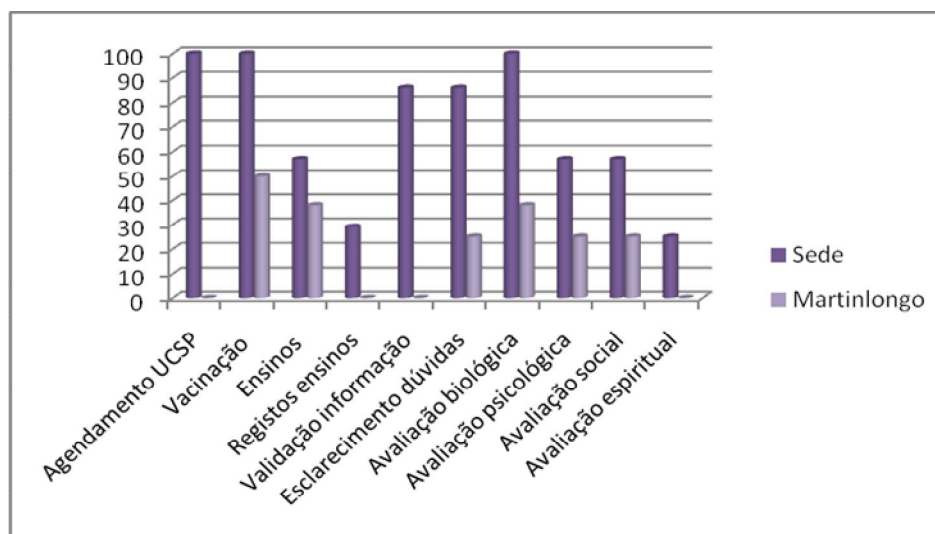
Durante as observações foi possível constatar que as condições físicas e materiais para a realização das consultas não apresentavam qualquer obstáculo para as boas práticas. Os principais resultados retirados do estudo foram:

### **Consulta de saúde infantil (ANEXO VI):**

- Existem diferenças na actuação de Enfermagem entre a sede e a Extensão de Saúde de Martinlongo;
- Todos os indicadores tiveram observações em maior número na sede da UCSP Aleo que na Extensão de Saúde de Martinlongo;
- Na Extensão de Saúde de Martinlongo:
  - não existem registos de enfermagem;
  - o agendamento das consultas, o registo dos ensinamentos efectuados, a validação da compreensão dos mesmos e a avaliação espiritual dos utentes não são realizados;
  - o indicador mais vezes observado é a sincronização da vacinação com as consultas (50%);
  - em 38% das consultas observadas foram efectuados os ensinamentos recomendados para as idades e avaliado o desenvolvimento biológico dos utentes;
  - o esclarecimento de dúvidas, a avaliação psicológica e a avaliação social apenas foram realizados em 25% das consultas observadas.
- Na sede da UCSP Aleo:
  - a sincronização da vacinação com a consulta e a avaliação do desenvolvimento biológico foram observados em 100% das consultas;
  - em 86% das consultas foi efectuada a validação da informação transmitida aos utentes, bem como esclarecidas as dúvidas apresentadas pelos utentes/pais;
  - a avaliação psicológica e social e a realização de ensinamentos relativos às idades foram efectuadas em 57% das consultas;
  - constatou-se o registo dos ensinamentos realizados em 29% dos casos;
  - a avaliação espiritual dos utentes só foi realizada em 25% das consultas.

Os dados referidos encontram-se ilustrados no gráfico 1.

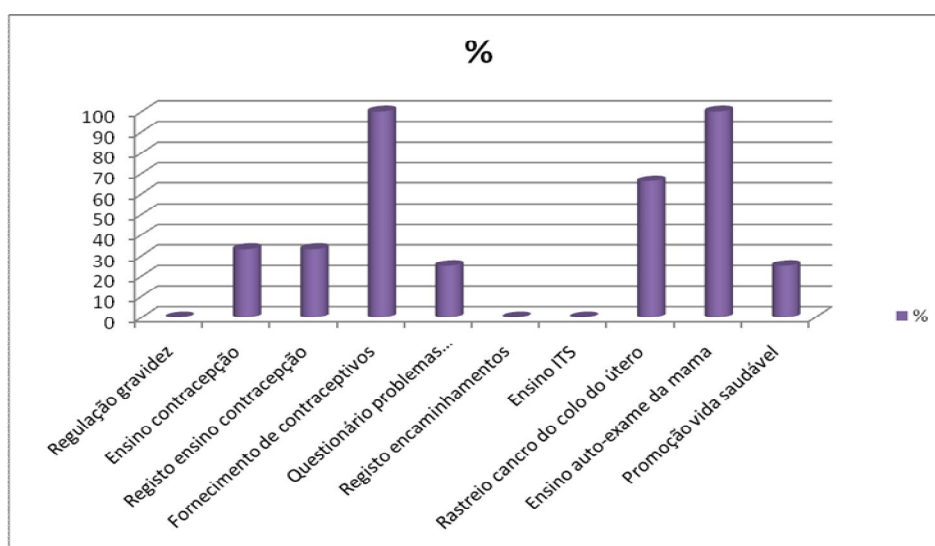
**Gráfico 1 – Actuação de Enfermagem na sede e na extensão de Martinlongo.**



**Consulta de planeamento familiar (ANEXO VII):**

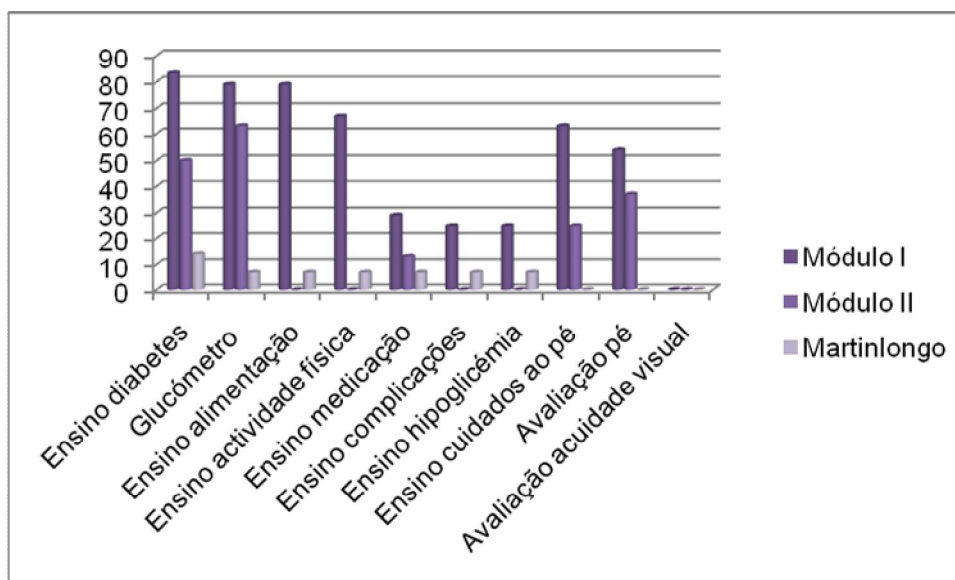
- os únicos aspectos abordados em mais de 50% das consultas são o fornecimento de contraceptivos, o rastreio do cancro do colo do útero e o ensino do auto-exame da mama;
- todos os outros aspectos têm observações inferiores a 50%, havendo 3 itens com 0% de observações: regulação da gravidez, registo de encaminhamentos e ensino de IST.

**Gráfico 2 – Actuação na consulta de Planeamento Familiar.**



**Consulta de diabetes (ANEXO VIII):**

- o local onde se observam mais actividades realizadas é no serviço I da sede da UCSP Aleo, seguido do serviço II e por último, com larga diferença, Martinlongo;
- Martinlongo é o único local de consulta onde não foi implementada a folha de registos de Enfermagem específica para a consulta de Diabetes;
- a avaliação da acuidade visual não está a ser efectuada em nenhum dos serviços de consulta;
- a realização dos ensinios acerca de medicação, complicações da doença e a hipoglicémia têm uma observação inferior a 30% em todos os locais de consulta.;
- nenhum dos itens avaliados foi observado em mais de 85% dos casos;
- a média de consultas é inferior a três consultas anuais.

**Gráfico 3 – Consulta de Enfermagem de Diabetes Mellitus.**

Os resultados retirados do diagnóstico de situação da actuação de Enfermagem na UCSP Aleo, nas consultas de saúde infantil, planeamento familiar e diabetes foram apresentados à equipa de Enfermagem e à coordenadora da unidade em reunião (ANEXO XII).

Nesta apresentação de resultados deu-se uso à linguagem científica, dado que o público era constituído por técnicos de saúde. Apesar disso, durante a apresentação a linguagem teve de ser criteriosamente aplicada, uma vez que a plateia era constituída, na sua maioria, pelos elementos observados no estudo, de forma a não particularizar as conclusões retiradas e não criar desconforto entre os presentes, desconforto esse que não se fez sentir.

A fim de permitir uma melhor visualização por parte dos presentes das conclusões retiradas os dados foram apresentados sob a forma de gráficos com percentagens, em vez de dados de frequências absolutas.

Os resultados apresentados foram aceites pelos presentes com naturalidade, uma vez que os mesmos já sentiam que havia necessidade de alterar as práticas por não as considerarem satisfatórias. Foi, então, acolhida com entusiasmo a perspectiva de introdução de alguma medida de fundo que ajudasse a nortear e otimizar as actividades de Enfermagem por toda a equipa.

### **2.2.1. Prioridades de Actuação detectadas**

Da análise dos dados surge a convicção que haveriam várias medidas a tomar para melhorar a actuação de Enfermagem da UCSP Aleo a responder às exigências da DGS. Essas medidas passam pela formação das Enfermeiras da unidade, uniformização dos documentos de registo, sensibilização da equipa multidisciplinar para as particularidades de cada uma das consultas, elaboração de um guia orientador para as consultas, motivação da equipa para as boas práticas e dar visibilidade ao trabalho desenvolvido pela equipa de Enfermagem.

O veículo para conseguir implementar simultaneamente várias das medidas necessárias foi a elaboração de normas de actuação para a actividade de Enfermagem nas três consultas estudadas. Essas normas serviriam para orientar a prática, harmonizando-a nos vários serviços de trabalho e exigindo a utilização dos mesmos documentos de registo, ao mesmo tempo que estabelece um objectivo a atingir, levando à motivação da equipa. A posterior avaliação da aplicação das normas dará visibilidade ao trabalho desenvolvido pelas profissionais. Esta medida enquadra-se no papel do Enfermeiro Especialista integrado na equipa de saúde, como gestor e dinamizador do processo de melhoria contínua da qualidade da prática de Enfermagem e, também, como supervisor da implementação dos programas de saúde decorrentes do plano nacional de saúde vigente.

O foco da actuação deste projecto é a equipa de Enfermagem; contudo, os beneficiários últimos desta melhoria de actuação de Enfermagem vão ser, sem dúvida, os utentes. Desta forma a implementação de normas de actuação da equipa de Enfermagem na UCSP Aleo constitui uma medida de resolução de um problema identificado após diagnóstico de situação e resulta do processo de priorização das necessidades detectadas e da implementação de resolução dessas mesmas necessidades, competências que devem estar presentes no Enfermeiro Especialista. A implementação de normas de actuação de Enfermagem também conduziu à uniformização de procedimentos dentro da equipa, tornando-a mais coesa e eficaz.

Terminado com êxito o diagnóstico de situação das actividades de Enfermagem na UCSP Aleo nas consultas de saúde infantil, planeamento familiar e diabetes foi alcançado o objectivo geral traçado para o primeiro módulo de estágio, assim como os objectivos específicos.

O pleno uso da metodologia de planeamento em saúde é uma ferramenta que tem de estar bem sedimentada no Enfermeiro Especialista. O sucesso da fase de diagnóstico só foi possível devido ao desenvolvimento de competências que, necessariamente, tiveram de ser adquiridas no processo de elaboração do diagnóstico de situação e na definição das prioridades de actuação. Para o desenvolvimento das competências de planeamento em saúde foi fundamental, além da profunda pesquisa bibliográfica, a sua aplicação na prática, adaptando-a às necessidades do diagnóstico de situação em curso.

A liderança do projecto, que inclui a relação interpessoal com a equipa de saúde, permitiu desenvolver competências relacionais e de comunicação entre pares. Uma vez que os alvos da pesquisa eram os próprios profissionais de saúde tiveram de ser aplicadas competências relacionais e adoptada uma linguagem científica, de forma que os resultados do estudo não fossem entendidos como análises pessoais, o que poderia comprometer a seriedade do projecto.

Fazendo uso das fases definidas por IMPERATORI e GIRALDES (1982, p.9), o processo de planeamento em saúde é composto por "*diagnóstico de situação, definição de prioridades, selecção de estratégias, elaboração de programas e projectos, preparação da execução e avaliação*".

Nesta fase, terminado o primeiro módulo de estágio, estão concluídas com êxito as primeiras três etapas do processo de planeamento em saúde. As fases seguintes do processo de planeamento constituem o guião do segundo módulo de estágio, com a elaboração e implementação de normas de actuação de Enfermagem na UCSP Aleo.

### 3. IMPLEMENTAÇÃO DE NORMAS DE ACTUAÇÃO NA UCSP ALEO

Para que se possam implementar mudanças no serviço é fundamental que a equipa esteja receptiva para tal. A receptividade da equipa de Enfermagem da UCSP Aleo para alterarem as suas práticas de forma a melhorarem os cuidados prestados à população que cuidam ficou bem patente na reunião de apresentação dos resultados do diagnóstico de situação. Assim sendo, estava presente o ingrediente fundamental para levar à mudança: a motivação.

Já há bastantes anos que os Enfermeiros não têm sido explícitos quando reportam a sua actividade. Tal levou a que outros profissionais, assim como a população em geral, ficassem com uma noção pouco clara e redutora da actividade de Enfermagem, bem como das nossas responsabilidades (SALE, 1998). A criação de normas de actuação para a actividade de Enfermagem permite, de forma mensurável, dar visibilidade à classe. Além disso estas normas constituem uma forma de coordenar e monitorizar a implementação dos programas de saúde que abrangem, competência específica do Especialista em Enfermagem Comunitária.

A implementação das normas de actuação da equipa de Enfermagem na UCSP Aleo decorreu no segundo módulo de estágio. O objectivo geral traçado foi “Contribuir para a melhoria dos cuidados de Enfermagem na UCSP de Aleo”. Além do objectivo geral foram delineados os seguintes objectivos específicos:

- Elaborar normas e critérios de actuação para os diferentes programas de saúde analisados;
- Envolver a equipa de Enfermagem no processo de elevação da qualidade dos cuidados.

#### 3.1. ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA A REALIZAÇÃO DAS NORMAS

Para que possamos avaliar a actividade de Enfermagem é imprescindível dispormos de um instrumento que os descreva de modo exacto e mensurável. A enunciação de normas é o modo de “quantificar” o cuidar, de forma que este possa ser avaliado. Para a enunciação das normas foi seguida a metodologia de SALE, uma vez que esta seguia uma dinâmica compatível com os objectivos traçados. Segundo SALE (1998, p. 54), “uma norma é um instrumento para medir a qualidade dos cuidados, e, portanto, parte integrante da garantia da qualidade”.

Para operacionalizar as normas terão de ser estabelecidos critérios que permitam a mensuração e a avaliação dos cuidados. Sem o estabelecimento dos critérios seria impossível avaliar as normas (SALE, 1998). Esses critérios deverão ser de três tipos: os de recursos ou estrutura (que incluem a logística e a organização institucional), os de desenvolvimento ou processo (isto é, as acções efectuadas pelos Enfermeiros para dar resposta à necessidade do utente) e os de resultado (que

representam as mudanças observadas no utente, resultado da acção do Enfermeiro) (HESBEEN, 2001).

O estabelecimento de normas, e a sua avaliação, é assim um veículo válido e útil quer para nortear a acção de Enfermagem como para lhe dar a devida visibilidade. As normas tornam possível o difícil processo de mensuração dos cuidados de Enfermagem. Para tal é importante compreender o papel das normas no ciclo de garantia da qualidade.

**Figura 1** – O ciclo de garantia da qualidade.



**Fonte:** SALE, Diana – **Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde: para os profissionais da equipa de saúde.** Lisboa: Principia, 1998.

A primeira fase deste ciclo corresponde à descrição da filosofia dos cuidados a serem prestados para, depois, se estabelecerem os objectivos que queremos alcançar. As normas a estabelecer irão efectivar a filosofia descrita pelo serviço, bem como os seus objectivos. De seguida, na segunda fase do ciclo, procede-se à medição da norma, medição essa que só é possível se os registos forem efectuados de uma forma mensurável. Após a medição das normas analisam-se os resultados, identificando os critérios não alcançados. No último passo do ciclo, o mais importante de todos, é a fase de agir, isto é, compara-se o que aconteceu com o que deveria ter acontecido e age-se no sentido de garantir a qualidade dos cuidados (SALE, 1998).

A garantia da qualidade é, assim, um processo dinâmico, que deve ser ajustado às novas necessidades da população a quem se aplicam.

São vários os modos de avaliação das normas, com métodos contínuos e retrospectivos. Nos métodos contínuos a avaliação é efectuada na presença do utente na unidade, enquanto nos

métodos retrospectivos a avaliação é efectuada após o contacto com o receptor dos cuidados. A auditoria aos registos, neste caso os registos de Enfermagem, é um dos métodos retrospectivos mais usados, pela sua eficácia, para avaliação das normas. A auditoria aos registos de Enfermagem fornece informação acerca dos cuidados prestados ao utente, permitindo assim verificar se os critérios para avaliação da norma estão presentes ou não. Este processo é cíclico, em períodos pré-definidos, sendo da responsabilidade do auditor proceder à avaliação da norma e analisar os critérios atingidos, de forma a motivar os profissionais a manterem as boas práticas, e a identificar os critérios não alcançados (SALE, 1998). Sendo o Enfermeiro Especialista o elemento da equipa responsável pela supervisão e motivação da equipa deverá ser este o auditor neste processo contínuo de melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Após esta análise deverá reunir-se a equipa, apresentando os dados recolhidos e, em conjunto, procede-se ao planeamento das estratégias para que se consigam alcançar os critérios não alcançados. Durante esta análise a equipa poderá também concluir que este critério não é alcançável. Nesta situação o critério deverá ser reformulado, de forma que represente algo atingível e que reflecta qualidade para o cuidado prestado.

Esta dinâmica de aplicação e monitorização das normas foi definida em consonância com a equipa de Enfermagem da UCSP Aleo, tornando-se assim ela parceira neste processo de procura da excelência na prática.

Para a elaboração dos critérios de estrutura, de processo e de resultado constantes de cada uma das três normas elaboradas, foram tidos em conta, à semelhança da fase de diagnóstico de situação, as recomendações emanadas pela DGS através dos programas de saúde dirigidos para as consultas analisadas e descritas nas seguintes publicações da DGS:

- Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes;
- Saúde Infantil e Juvenil: Programa – Tipo de Actuação;
- Saúde Reprodutiva, Planeamento Familiar.

### 3.2. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO

O processo de implementação das normas de actuação de Enfermagem nas consultas de Enfermagem da saúde infantil, planeamento familiar e diabetes envolveu toda a equipa de Enfermagem da UCSP Aleo, assim como a sua coordenadora.

A realização de uma reunião com a presença da equipa de Enfermagem da UCSP Aleo e da coordenadora da unidade permitiu, após uma exposição formal dos principais resultados do diagnóstico de situação, exhibir as normas elaboradas, para apreciação e apresentação de sugestões de melhorias aos documentos por parte dos presentes (ANEXOXII).

No geral houve uma concordância generalizada dos profissionais da UCSP Aleo relativamente à proposta de normas apresentada. Apresentaram, contudo algumas opiniões pertinentes de melhoria do instrumento, as quais foram recolhidas e incluídas na versão final das normas.

O passo seguinte consistiu na aprovação das normas, a qual foi efectuada pela coordenadora da UCSP Aleo. A partir do momento da aprovação das normas de actuação de Enfermagem nas consultas de SI, PF e diabetes estas foram oficialmente reconhecidas e passaram a ter carácter vinculativo. As normas realizadas, aprovadas e implementadas encontram-se nos ANEXOS IX, X e XI deste documento.

Cada uma das normas inclui critérios para a sua operacionalização. Estes critérios são de três categorias: critérios de estrutura, critérios de processo e critérios de resultado. Os critérios são específicos para cada uma das normas e têm também a função de nortear o trabalho dos profissionais de Enfermagem.

Após a aprovação das normas foi efectuada um acompanhamento dos profissionais de enfermagem nas consultas, de forma a esclarecer algumas dúvidas pontuais que pudessem surgir, o que acabou por não acontecer.

A periodicidade estabelecida para a avaliação das normas é semestral. Sendo assim, a primeira avaliação das normas será efectuada ao longo do mês de Julho de 2011 e terá como período de análise o compreendido entre Janeiro e Junho do mesmo ano.

### 3.3. CONTINUIDADE DO PROJECTO

Por ter sido implementado em contexto de trabalho, este projecto não apresentava à partida o problema de garantia da sua continuidade. Uma vez que este projecto foi desenvolvido no curso com atribuição do título de Enfermeiro Especialista haverá no terreno o elemento com as competências necessárias à continuidade da liderança do projecto.

Outro elemento que garante a continuidade do projecto é o facto de, devido à sua plena aceitação por parte da equipa de Enfermagem e da coordenadora da UCSP Aleo este ter sido englobado no plano de acção para o ano de 2011, tornando-se assim reconhecida do ponto de vista oficial a sua aplicação e os resultados decorrentes da mesma.

A inclusão das normas desenvolvidas neste projecto no plano de acção da UCSP Aleo de 2011 foi recebida com grande satisfação, uma vez que representa o reconhecimento da necessidade e da utilidade deste projecto para a unidade de saúde. Além disso, sendo um projecto produzido e liderado

por Enfermeiros contribui para a afirmação da classe entre a equipa multidisciplinar e servirá de veículo para a produção de novos conhecimentos com origem na prática. Neste projecto em específico o Enfermeiro Especialista, como coordenador do projecto, vai desempenhar um papel de dinamizador no processo de governação clínica, concebendo e gerindo um programa de melhoria contínua da qualidade, contribuindo de forma inequívoca para a manutenção de um ambiente terapêutico e seguro.

Aquando do *terminus* deste estágio na UCSP Aleo fica a firme convicção de terem sido alcançados os objectivos delineados *a priori*. A implementação das normas e critérios de qualidade dos cuidados de Enfermagem na UCSP de Aleo foi concluída com êxito e os profissionais de Enfermagem demonstraram estar motivados para esse processo.

Os passos dados durante este segundo módulo de estágio representam as fases de elaboração de programas e projectos e preparação da execução descritas por IMPERATORI e GIRALDES (1982). A última fase deste processo de planeamento em saúde – a avaliação – será realizada posteriormente.

Ao longo do ano de 2011, concomitantemente com a aplicação de normas para as consultas analisadas, a Enfermeira Responsável da UCSP Aleo já verbalizou a vontade de que se alargasse o diagnóstico de situação às restantes áreas de actividade de Enfermagem. Tal proposta tem o objectivo de que as normas abranjam todas as actividades, alargando o processo de melhoria de qualidade à globalidade as áreas de actuação de Enfermagem. Esta vontade manifesta pela Enfermeira Responsável é bem ilustrativa da receptividade que o projecto teve dentro da equipa de Enfermagem.

## PARTE II

## 1. A USF GUADIANA – NECESSIDADES SENTIDAS

A Unidade de Saúde Familiar Guadiana é uma unidade funcional do Agrupamento de Centros de Saúde Sotavento, o terceiro agrupamento da Administração Regional de Saúde do Algarve I.P.

Tal como define o n.º 1 do artigo 3º do Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto, a USF Guadiana presta cuidados de saúde aos indivíduos e às famílias nela inscritos, através de uma equipa multidisciplinar. Encontra-se neste momento no modelo de desenvolvimento A.

O método de trabalho nesta instituição de saúde é o de equipas de saúde, formadas por um médico, um enfermeiro e um administrativo, responsáveis pela vigilância da saúde de um determinado número de famílias.

O pólo de Castro Marim da USF Guadiana tem como população alvo os residentes na freguesia de Castro Marim, que representa uma área de 79,4 km<sup>2</sup>. A sua área geográfica inclui zonas com características socio-demográficas bastante distintas: zonas urbanas e rurais, zonas de serra e balneares. (CM CASTRO MARIM, 2006).

Esta instituição de saúde é constituída por dois médicos, dois enfermeiros e dois administrativos que disponibilizam cuidados de saúde a uma população de 3437 utentes, sendo que destes, 256 utentes se encontram entre os onze e os dezoito anos, segunda dados fornecidos pelo SINUS. A vigilância da saúde dos jovens é incluída na consulta de Saúde Infantil, não existindo uma consulta específica dirigida aos jovens adolescentes castro marinenses.

Tal como em outras instituições de cuidados de saúde primários, na USF Guadiana – pólo de Castro Marim, nota-se um grande afastamento dos jovens relativamente aos cuidados de saúde após a realização do exame global de saúde dos 11/13 anos, o que constitui uma preocupação para os profissionais de saúde dessa instituição, em particular os Enfermeiros.

As instituições de Saúde, e os Enfermeiros em particular, são personagens com um papel fulcral neste processo de construção e adopção de valores próprios de cada jovem. Mas como é que podemos orientar e apoiar jovens que não frequentam as consultas?

Durante a sua prática clínica, vários dos profissionais de Enfermagem do USF Guadiana se deparam com o afastamento dos jovens relativamente aos serviços de saúde durante esta fase tão conturbada e tão rica em novas experiências como é a adolescência. Assim, a promoção da saúde como contributo para a tomada de decisão esclarecida, deixa de ser efectuada entre a população jovem.

Essa constatação fomentou a necessidade de implementar alguma medida que cativasse os jovens para os serviços de saúde. Surge então o diagnóstico de um problema que necessita de uma intervenção.

## 2. RELAÇÃO DOS JOVENS COM OS CUIDADOS DO SAÚDE PRIMÁRIOS

A Adolescência é uma fase do ciclo vital repleta de alterações, que se desenrolam a uma velocidade alucinante, e que concorrem para a preparação do indivíduo para a idade adulta (GONZÁLEZ, BARELLAS e CARRIÓN, 2009). Dada a sua riqueza de transformações, físicas e psicológicas, a Adolescência representa também um período no qual o jovem necessita de um acompanhamento constante, de forma a direccioná-lo para uma vivência saudável e uma adopção de traços de personalidade próprios e correctos para a sociedade em que está integrado.

Para GONZÁLEZ, BARELLAS e CARRIÓN (2009), a adolescência define-se como o período de transição, com início na puberdade e *terminus* na idade adulta, na qual ocorrem alterações em vários aspectos da vida do indivíduo, tais como a maturação sexual e reprodutiva, a evolução dos processos psicológicos do indivíduo e das suas formas de identificação e a transição de um estado de dependência socioeconómica para um outro de relativa independência a esses níveis.

Segundo a OMS (1977), *cit. in* GONZÁLEZ, BARELLAS e CARRIÓN (2009), a adolescência é um período de tempo situado entre os 10 e aos 19 anos. Apesar disso, a mesma instituição, em 2002, define como jovens os indivíduos com idades compreendidas entre os 10 e os 24 anos. Este prolongamento da adolescência para idades mais tardias prende-se com o facto de os jovens alcançarem a independência socioeconómica cada vez mais tarde, devido ao prolongamento dos estudos e às dificuldades na obtenção de trabalho.

Por ser uma fase do ciclo vital em que a personalidade está a formar-se, na adolescência existe um risco acrescido de se observarem comportamentos disruptivos, que podem comprometer um desenvolvimento saudável. Tais comportamentos podem ir desde distúrbios alimentares até abuso de substâncias, tais como o álcool, o tabaco e as drogas mais pesadas, e alterações de comportamento (STAPHONE e LANCASTER, 1999).

Tal como referido anteriormente, os profissionais de saúde constataam que os jovens se afastam dos serviços durante a adolescência. Uma possível causa para este afastamento é o facto de as consultas de vigilância nesta fase do ciclo vital serem mais espaçadas, passando de consultas quase anuais no período pré-escolar para consultas trianuais após os 11 anos. Além disso, devido ao estadio de desenvolvimento do Eu em que se encontra – identidade/identificação difusa – o jovem não se identifica com o modelo de consultas institucionalmente oferecido (STAPHONE e LANCASTER, 1999).

Para aumentar o contacto dos jovens com os serviços de saúde, neste caso com a USF Guadiana, a estratégia a adoptar teria de fazer uso de uma metodologia e de uma dinâmica diferentes daquela que era oferecida. Assim, o projecto deveria ser dinâmico de forma que os jovens se revissem nele.

Em reunião informal com o orientador de estágio foi encontrada a metodologia de base para o projecto: a educação em grupos, uma forma de educação para a saúde com provas dadas de sucesso. Essa educação em grupo seguiria a dinâmica de uma Tertúlia.

Segundo a ACADEMIA DE CIÊNCIAS DE LISBOA (2001), uma tertúlia é uma “reunião de pessoas com interesses em comum para troca de ideias sobre diversos temas”. Por ser uma tertúlia dirigida aos mais novos a denominação do projecto passou a ser “Tertúlia do Jovem”.

A Tertúlia do Jovem, sendo um espaço dinâmico de debate e aprendizagem, surge, assim, como uma resposta a esta necessidade sentida pelos profissionais de saúde e também como uma forma de diminuir as falsas crenças dos jovens de Castro Marim no que respeita a comportamentos de risco e a hábitos de vida saudáveis.

## 2.1. TEMÁTICAS A ABORDAR COM OS JOVENS

São vários os comportamentos e risco associados à adolescência, contudo aqueles que maior preocupação vem descrita na literatura são problemas alimentares, abuso de substâncias e alterações de comportamento. Esses comportamentos de risco traduzem-se em hábitos de vida incompatíveis com a saúde.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária deve possuir competências que lhe permitam abordar situações limite e de elevada complexidade. Sendo assim, o desenvolvimento de um projecto que tenha como intuito a promoção da saúde numa faixa da população com as particularidades da adolescência representa a aplicação das competências técnicas e relacionais do Enfermeiro Especialista, enquanto coordenador e dinamizador do projecto.

### 2.1.1. Depressão

A depressão é uma alteração de humor com grande prevalência entre os jovens, com consequências a nível económico, individual e social, dada a grande incapacidade que acarreta. Contudo, as suas maiores consequências verificam-se a nível individual, devido ao enorme sofrimento que causa, a tal ponto que pode conduzir ao desespero e, em casos extremos, ao suicídio. As funções cognitivas são afectadas, surgindo frequentemente alterações da memória imediata. O rendimento intelectual é também diminuído devido à dificuldade de atenção e concentração, o que pode comprometer o rendimento escolar do adolescente (AFONSO, 2004).

Mas qual será o motivo que leva o adolescente a deprimir? Segundo MARCELLI (2002) existem três séries de factores na base da depressão na adolescência: as perdas com as quais os adolescentes são confrontados (devido a alterações corporais constantes e a separação dos objectos epidianos), a gestão da agressividade e da culpabilidade resultantes dessas perdas e a ruptura do equilíbrio entre os investimentos objectivos e os investimentos narcísicos (deixando de focar o seu investimento para o exterior e focalizando-se na descoberta de si próprios).

### **2.1.2. Abuso de Substâncias**

Outro comportamento de risco com grande crescimento entre os jovens e que acarreta graves consequências para o seu desenvolvimento é o abuso de substâncias. Essas substâncias podem variar desde o álcool, ao tabaco e às drogas mais pesadas e ilícitas.

CORRIGAN (1985), *cit. in* PROMOVER A SAÚDE DA JUVENTUDE EUROPEIA (2001, p.175) define droga como “qualquer substância química que, quando tomada, modifica o funcionamento do organismo, o comportamento, os pensamentos e os sentimentos de uma pessoa”.

Já em 1973 a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirmava que as drogas eram consumidas em idades cada vez mais jovens, drogas essas produtoras de dependência (PROMOVER A SAÚDE DA JUVENTUDE EUROPEIA, 2001).

Entre os factores de risco para o abuso de substâncias lícitas entre os jovens destacam-se a sua aceitação social, uma vez que o consumo álcool e de tabaco representam formas de afirmação social; a forte aposta na publicidade, quer em televisão como nos outros meios de comunicação, também aumentam o interesse dos jovens para estas drogas; a grande acessibilidade e a vasta variedade de pontos de venda quer de álcool como de tabaco na nossa sociedade também concorrem para a difusão do seu consumo entre os mais jovens (ORTIGOSA, 2003).

Numa perspectiva mais global do consumo de drogas, que inclui tanto as lícitas como as ilícitas, os conflitos familiares, como os problemas conjugais, as separações e os divórcios, potenciam o aparecimento de comportamentos negativistas e desafiantes nos adolescentes. Essas vivências negativas das relações familiares estão associadas a uma maior consumo de drogas. As pressões exercidas pelos grupos de amigos, aliados a um baixo nível de conhecimentos acerca dos efeitos nefastos do consumo de drogas para a saúde também concorrem para o aumento dos consumos entre os jovens (ORTIGOSA, 2003).

Para munir os jovens de estratégias para resistir aos apelos das drogas há que ajudá-los a desenvolver competências sociais e de tomada de decisões sólidas (PROMOVER A SAÚDE DA JUVENTUDE EUROPEIA, 2001).

### **2.1.3. Obesidade**

A Obesidade está associada, na esmagadora maioria dos casos, a comportamentos alimentares incorrectos, articulado com sedentarismo. Segundo a OMS *cit. in* COELHO (2003) obesidade é a acumulação de tecido gordo em quantidades tão elevadas capazes de afectar a saúde do indivíduo. Refere ainda que esta situação tende a tornar-se crónica após se instalar no organismo do indivíduo.

Por ser um problema de saúde pública demasiado importante para os portugueses, e já que esta doença é sobretudo provocada por razões exógenas (tipo de alimentação, vida sedentária, entre outros) que podem ser evitadas (GUERREIRO, 2000) deveria ser adoptada uma estratégia concertada para os resolver (PORTUGAL, 2005). Esta deverá basear-se na alteração dos hábitos alimentares e na adopção de um estilo de vida mais activo.

A obesidade com início na infância assume grande importância, uma vez que diversos estudos confirmam que um bom número dos indivíduos que tem obesidade na infância se mantém obeso na idade adulta (RELAÇÃO PESO/ALTURA – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL, s.d.). De acordo com o mesmo artigo, a obesidade com início na adolescência é importante devido à relação com as alterações hormonais, pelo impacto psicológico que representa e pela relação com transtornos alimentares.

De acordo com CZEPIELEWSKI (2006) o tratamento da obesidade envolve necessariamente a reeducação alimentar, o aumento da actividade física e, eventualmente, o tratamento médico e /ou cirúrgico da obesidade. Apostando numa boa educação alimentar e em hábitos de actividade física regulares poderemos inverter a evolução do número de obesos e diminuir as consequências gravíssimas para a saúde da população que esta acarreta.

### **2.1.4. Gravidez**

A abordagem da sexualidade entre os jovens está invariavelmente relacionada também com a gravidez da adolescência e com a transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

A vivência da sexualidade inicia-se à nascença e mantém-se por todo o ciclo vital, influenciando de forma alargada a personalidade. A forma como cada indivíduo encara a sexualidade sofre influência de vários factores externos, tais como a família, a religião, os pares, a cultura, a comunicação social e as instituições de saúde. Uma questão incontornável é a importância que a compreensão da

sexualidade tem para cada indivíduo, de tal forma que este aspecto não pode ser descurado pelos profissionais que trabalhem com os jovens (PROMOVER A SAÚDE DA JUVENTUDE EUROPEIA, 2001).

Uma consequência de uma vivência inadequada da sexualidade é a gravidez não desejada na adolescência. Estudos demonstram que a gravidez na adolescência ocorre, na maioria dos casos, nos primeiros seis meses de relação. Tal faz-nos pensar que deverá existir um défice de conhecimentos relativamente a métodos contraceptivos entre os jovens (GONZÁLEZ, BARELLAS e CARRIÓN, 2009).

Podemos identificar vários factores de risco para a ocorrência de gravidez na adolescência, sendo estes divididos em três categorias: factores pessoais, que incluem a menarca precoce, o desejo de independência, baixos conhecimentos sobre anatomo-fisiologia, desconhecimento de métodos contraceptivos, gravidez anterior, baixa auto-estima e abuso de substâncias; factores familiares, tais como instabilidade familiar, antecedentes familiares de gravidez da adolescência e falta de comunicação; por último surgem os factores sociais, como baixo estrato social, pressão de pares ou companheiros, comunicação social, abuso sexual, prostituição e pornografia na adolescência (GONZÁLEZ, BARELLAS e CARRIÓN, 2009).

O mais preocupante de uma gravidez numa idade demasiado precoce é o grande número de repercussões para a saúde da jovem que esta situação acarreta, não só em termos físicos, mas sobretudo a nível psicológico.

A gravidez na adolescência está associada a baixo peso à nascença, imaturidade fetal, ruptura prematura de membranas e mortalidade infantil. Estas complicações neo-natais representam uma carga ainda maior para uma mãe que ainda está a desenvolver-se enquanto pessoa e que ainda não tem o seu “eu” completamente definido (GONZÁLEZ, BARELLAS e CARRIÓN, 2009).

As consequências a nível psicológico são claramente as mais graves para estas jovens. A gravidez na adolescência faz-se acompanhar muitas vezes por abandono familiar, solidão e abandono dos estudos, o que aumenta a probabilidade de uma nova gravidez. O medo e a vergonha de revelar a um adulto, faz com que muitas jovens optem por recorrer a clínicas clandestinas para proceder a um aborto ou que tentem ocultar o seu estado gravídico até estados avançados de gestação, em que este se torna evidente. A reacção dos pais à gravidez de uma jovem filha pode ter uma variedade enorme, podendo ir de um entendimento da gravidez como uma afronta e desonra para a família até ao apoio e entendimento incondicionais pela filha (GONZÁLEZ, BARELLAS e CARRIÓN, 2009).

Seja qual for a evolução da gravidez – um aborto ou o nascimento de um filho – a vida de uma jovem jamais voltará a ser a mesma após um parto. Contudo é certo que o apoio parental é fundamental

para minimizar o impacto desta gravidez no desenvolvimento da personalidade da jovem grávida (GONZÁLEZ, BARELLAS e CARRIÓN, 2009).

O objectivo geral traçado para este projecto foi “Implementar a Tertúlia do Jovem na USF Guadiana”, objectivo esse que foi complementado pelos objectivos específicos. Como objectivos específicos foram delineados os seguintes:

- Potenciar a adesão dos jovens de Castro Marim à Tertúlia do Jovem;
- Transmitir os conhecimentos adquiridos nas Tertúlias aos outros jovens de Castro Marim;
- Aumentar os conhecimentos dos jovens de Castro Marim relativamente a comportamentos de risco e a hábitos de vida saudáveis.

O delineamento destes objectivos teve em conta o desenvolvimento profissional com autonomia técnica e científica e promovendo o desenvolvimento da profissão com elevados níveis de qualidade e excelência, conforme definem os Estatutos da Ordem dos Enfermeiros.

## 2.2. DEFINIÇÃO DE METODOLOGIAS

Após pesquisa bibliográfica e legal, que permitiu fundamentar a pertinência do projecto e solidificar conceitos e conhecimentos ligados às particularidades da adolescência, surge a etapa do planeamento dos moldes em que o projecto iria decorrer.

Para incrementar a componente dinâmica e participativa dos jovens na Tertúlia recorreu-se a várias metodologias: educação entre pares em dinâmicas de grupo, realização de programa de rádio e expressão por escrito de informações no *blog* criado na Tertúlia.

A educação entre pares foi uma das estratégias utilizadas devido à evidência da sua eficácia relatada na literatura e por constituir também uma factor motivacional para a adesão dos jovens ao projecto. Para Piaget o grupo de pares pode influenciar mais que todos os outros o processo de socialização do jovem, na medida em que entre pares existe o mesmo *status* de poder, enquanto com um adulto o jovem fica numa posição desfavorecida. Entre pares o jovem pode apreciar as perspectivas do outro, negociar e não abrir mão das suas convicções (SHAFFER, 2005). O grupo de pares é definido por SHAFFER (2005, p. 596) como “duas ou mais pessoas que interagem em níveis similares de complexidade comportamental”.

O contacto entre crianças de diferentes faixas etárias, apesar de apresentar desequilíbrios das forças de poder favorável ao mais velho, tem-se revelado igualmente favorável ao processo de socialização, uma vez que se verifica o desenvolvimento de competências de compaixão, de cuidar do outro e de liderança no jovem mais velho (SHAFFER, 2005).

A realização de um programa de rádio, dinamizado pelos jovens, para apresentação das reflexões das Tertúlias, constituiu um recurso para chegar a populações de outras faixas etárias, alargando os horizontes de promoção da saúde. A rádio Santo António, sediada em Castro Marim, foi o parceiro naturalmente escolhido para esse fim. A sua população audiente é adulta e idosa, sendo portanto um veículo para chegar a população de outros estratos etários. Ao fazer chegar as ideias dos jovens aos adultos e idosos da sua sociedade pretende-se demonstrar que os jovens têm uma participação activa na sociedade e que têm ideias claras acerca dos temas debatidos. Além disso, apesar dos temas debatidos serem dirigidos aos jovens, os conteúdos das tertúlias são pertinentes e interessantes para a população em geral.

Já a criação do *blog* da Tertúlia constituiu mais uma estratégia de educação entre pares, mas desta vez não presencial, mas sim através de relatos escritos dos temas abordados nas dinâmicas das Tertúlias, publicados na internet. Além disso, uma vez que tem de se transpor para o papel algo que foi alvo de discussão serve também para sedimentar ideias e retirar algumas dúvidas que tenham ficado por esclarecer. O *blog* é regulado e supervisionado pelo profissional de saúde que coordena o projecto, permitindo manter a idoneidade e a correcção técnica e científica das publicações. Assim, são os jovens tertulianos os redactores dos textos, contudo estes só são publicados após a análise e, se necessário, correcção por parte do coordenador do projecto.

### **2.2.1. Realização de Parcerias**

O estabelecimento de parcerias com parceiros na comunidade é uma forma de abrir as portas nas instituições de saúde que cuidam, dando visibilidade aos projectos que os serviços de saúde desenvolvem, nomeadamente projectos dirigidos por Enfermeiros, como é o caso. Assim dá-se procedência à preocupação apresentada no preâmbulo do regime jurídico na base da criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), com a publicação do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, aumentando a acessibilidade dos cidadãos aos serviços de saúde.

Visto que os jovens não têm autonomia na sua deslocação em longas distâncias, e considerando a área de 79,4 km<sup>2</sup> da freguesia de Castro Marim (CM CASTRO MARIM, 2006), havia a necessidade de assegurar um transporte para os jovens de e para as Tertúlias. Contactada a Presidente da Junta de Freguesia (JF) de Castro Marim, e após algumas reuniões para acertar os moldes de utilização da carrinha disponibilizada, celebrou-se um protocolo entre a JF de Castro Marim e a Tertúlia do Jovem na qual a primeira cede o meio de transporte para a realização das Tertúlias.

Outra parceria efectuada foi, como referido anteriormente, com a Rádio Santo António, para a realização de um programa mensal – A Tertúlia na Rádio – um espaço de debate moderado e programado, com objectivo de educação para a saúde à população.

Para que fossem levadas a cabo com sucesso, a preparação das parcerias foi precedida de várias reuniões informais com o orientador de estágio, de forma a serem objectivamente delineados os moldes em que a colaboração iria decorrer. Além disso foram necessários vários contactos, telefónicos e presenciais, quer com a presidente da Junta de Freguesia de Castro Marim como com a director da Rádio Santo António.

### **2.2.2. A Divulgação do Projecto**

Dados os limitados recursos temporais para a implementação do projecto foi necessário recorrer a uma bateria de meios de divulgação do mesmo, a fim de captar o máximo número possível de jovens, uma vez que se tinha o conhecimento prévio, descrito pelos profissionais e pela literatura, de dificuldades na captação e motivação dos jovens para novos projectos. Posto isto, a divulgação do projecto foi veiculada por quatro formas:

- Apresentação aos jovens que se deslocavam à USF Guadiana, quer para as consultas de vigilância, como em situação de doença aguda;
- Distribuição de panfletos na Escola do Ensino Básico com 2º e 3º ciclos de Castro Marim (ANEXO XIII);
- Apresentação, por via telefónica, a alguns jovens com potencialidades detectadas pelos profissionais da USF Guadiana;
- Difusão por email, através dos contactos electrónicos dos jovens a quem havia sido efectuada a apresentação presencial.

Das estratégias utilizadas, aquela que, sem dúvida, surtiu mais efeito foi a de apresentação presencial do projecto, logo seguida da difusão electrónica a contactos electrónicos dos “Tertulianos”. Foi possível também constatar que a distribuição de panfletos no recinto escolar se revelou completamente ineficaz.

Esta reflexão crítica da prática, característica que deve estar presente no Enfermeiro especialista, levou a que se descartasse a distribuição de panfletos, uma vez que esta se revelou não produtora, e se investisse nos contactos mais personalizados, que revelaram maior eficácia.

### **2.3. A CONTINUIDADE DO PROJECTO**

Todo o processo de planeamento do projecto da Tertúlia do Jovem decorreu no âmbito da USF Guadiana, com o intuito de que este fosse posteriormente englobado, como carteira adicional, no plano de acção da mesma.

Devido à conjuntura socioeconómica que o País atravessa, não foi possível aprovar o projecto da Tertúlia do Jovem como carteira adicional da USF Guadiana. Perante este acontecimento imprevisto

houve a necessidade de reajustar a moldura do projecto, transpondo-o para outra unidade funcional onde este fizesse sentido.

Visto que a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Santo António de Arenilha tem como área de influência a freguesia de Castro Marim, fez sentido que esta desse continuidade ao projecto. Além disso, através de reunião informal com o orientador deste estágio tomou-se conhecimento que a referida UCC estava em fase de elaboração do seu plano de acção, podendo incluir a Tertúlia do Jovem.

Após marcação, foi realizada uma reunião com a coordenadora da UCC Santo António de Arenilha para apresentação do projecto. A receptividade foi óptima, tendo a coordenadora da unidade considerado o projecto pertinente e de acordo com o plano de acção da sua unidade, tendo-o integrado no mesmo. Também aqui ficou evidente mais uma competência do Enfermeiro Especialista: capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.

Assim, a enfermeira da UCC Santo António de Arenilha que passou a integrar o projecto foi convidada a participar na primeira Tertúlia do Jovem, onde foi apresentada aos restantes tertulianos. Esta sua participação na tertúlia permitiu uma passagem de testemunho integrada do projecto, sem rupturas e garantindo a essência da sua dinâmica.

#### 2.4. A TERTÚLIA INAUGURAL

Tal como foi anteriormente referido, as Tertúlias do Jovem consistem em reuniões nas quais são debatidos temas propostos pelos próprios Tertulianos, num ambiente de igualdade de poderes, sob a moderação de um profissional de saúde. O responsável pela dinamização de cada tertúlia é um dos Tertulianos, de forma a estimular o *empowerment* em cada um deles, tornando-os mais autónomos, mais capazes de tomar decisões.

A responsabilização do utente no processo de manutenção da saúde é um dos factores do cuidar defendidos por Jean Watson. Para tal o utente deverá ser devidamente informado acerca dos processos condicionantes da sua saúde. Este processo necessita de um ambiente calmo, que permita conforto, privacidade e segurança ao utente. Watson realça a importância do bem-estar mental e espiritual assim como as crenças socioculturais do indivíduo como condicionantes no seu processo de aquisição de competências (NEIL, 2004).

O tema abordado na primeira tertúlia foi a Homossexualidade, tema sugerido por um dos tertulianos. Foram distribuídos cartões (ANEXO XIV) com afirmações relativas ao tema e cada um afixou o seu cartão num quadro dividido em “concordo” e “discordo”. Após a opção, cada interveniente tinha de expressar o porquê da sua escolha, facto que nem sempre se tornou fácil.

O confronto com a necessidade de optar entre a dicotomia concordo/discordo fez com que os jovens descobrissem que havia vários aspectos relacionados com a homossexualidade sobre os quais eles nunca tinham pensado. Houve também situações em que a opção inicial, que pareceu muito simples, não era muito fundamentada, quando confrontada com outros pontos de vista.

O objectivo desta tertúlia não era reunir consensos mas sim despertar consciências para determinados aspectos sociais, culturais e legais associados à homossexualidade. Esse objectivo foi, sem dúvida, alcançado. A adesão dos jovens foi óptima, tendo estes relatado aquando da conclusão da Tertúlia que nunca tinham pensado no tema da homossexualidade de tantas formas e segundo tantas perspectivas distintas.

Após o debate seguiu-se a publicação da reflexão da tertúlia no *blog*, texto redigido por dois tertulianos, sob supervisão da coordenadora do projecto e a preparação do guião do programa de rádio que se iria realizar na semana seguinte.

A realização da primeira tertúlia coincidiu com o *terminus* do estágio, após o qual permanece um sentimento de dever cumprido, uma vez que todos os objectivos foram alcançados. A satisfação expressa pelos jovens perante a oportunidade de serem elementos activos de educação na sociedade em que se inserem é a prova de que a sua adesão ao projecto foi autónoma e que esta contribuiu para o seu crescimento pessoal.

Este projecto permitiu o contacto directo com a comunidade, com o utente, o que se revelou de uma grande riqueza para a aprendizagem. Os constrangimentos de tempo contribuíram de forma decisiva para o desenvolvimento de competências no que respeita à gestão e liderança de projectos. Além disso, foi dado uso a um conjunto de conhecimentos de carácter ético e deontológico sólidos, de forma a respeitar as boas práticas profissionais e as preferências dos utentes.

Penso que seria interessante replicar este projecto noutras realidades e noutros contextos, pois este permite um contacto e uma compreensão singulares com os adolescentes.

A realização do projecto da Tertúlia do Jovem permitiu a identificação de problemas específicos deste grupo etário da comunidade, reconhecendo esses problemas como necessidades de cuidados e colocando medidas no terreno para as colmatar. Essas são competências que devem estar presentes no Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Os focos da actuação tiveram como base informação com evidência científica, recolhida através da pesquisa bibliográfica e mobilização de conhecimentos prévios, procedendo à sua aplicação na prática clínica.

Através das parcerias efectuadas com várias instituições da comunidade foi possível aumentar o contacto e a visibilidade da USF Guadiana perante a população, assim como valorizar o trabalho desenvolvido pela classe de Enfermagem no seio da equipa multidisciplinar.

O culminar de todo o trabalho desenvolvido representa a capacitação dos jovens para tomadas de decisão fundamentadas e esclarecidas, reduzindo os comportamentos de risco que possam colocar em risco a saúde dos indivíduos.

## CONCLUSÃO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem como alvo da sua actuação os indivíduos, as famílias e a comunidade. Para tal dá uso a competências específicas, as quais adquire ao longo do seu percurso académico e durante a prática clínica. A actuação do Enfermeiro Especialista deve reger-se por elevados padrões de qualidade e de responsabilidade ética e legal, de acordo com o código deontológico do Enfermeiro, constante no Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. Deste modo a prática de Enfermagem deverá reger-se pelos valores de igualdade, liberdade responsável, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade, competência e aperfeiçoamento profissional, com vista ao respeito pelos direitos e à excelência do exercício profissional.

A realização do curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Comunitária, no qual este relatório é desenvolvido, representa um contributo no processo de aquisição de competências, as quais foram aplicadas ao longo dos módulos de estágio, conduzindo ao seu apoderamento. Só quando o Enfermeiro se apodera das competências é que as consegue aplicar com eficácia na prática.

No final dos três módulos de estágio pode afirmar-se que os objectivos previamente traçados foram alcançados. Os projectos implementados constituem mais-valias para a UCSP Aleo e para a USF Guadiana, unidades de saúde que acolheram estes módulos de estágio.

Os dois primeiros módulos de estágio decorreram na UCSP Aleo e tiveram como foco de actuação a prática de Enfermagem nas consultas de SI, PF e diabetes. Estes dois períodos de estágio decorreram em contexto de trabalho, o que permitiu um grande conhecimento prévio das necessidades que os profissionais de Enfermagem sentiam relativamente à sua prática.

A realização do diagnóstico permitiu desenvolver competências na área do planeamento em saúde, imprescindível na prática clínica do Enfermeiro Especialista.

Através dos métodos de recolha de dados utilizados foi possível obter a informação que levou à análise da prestação de cuidados de Enfermagem na UCSP Aleo. Esses dados foram convertidos em tabelas e gráficos que permitiram retirar algumas conclusões acerca das carências na actividade de Enfermagem, assim como das áreas que funcionam bem.

Conclui-se que a actividade de enfermagem da UCSP Aleo não é homogénea entre os diferentes serviços devido a diferentes modos de actuação dos profissionais de Enfermagem e que as práticas

actuais não dão cumprimento em pleno às orientações da DGS para os programas de saúde em análise.

Considerou-se, assim, importante uma intervenção que norteasse a prática, para que tendo uma linguagem e uma metodologia similar, as diferentes posturas dos profissionais servisse para enriquecer a sua actividade.

O trabalho desenvolvido durante o primeiro módulo de estágio deu suporte às actividades do módulo II de estágio, no qual foram implementadas medidas para melhorar a prestação de Enfermagem na unidade de saúde onde este decorreu: a UCSP Aleo.

O estabelecimento de normas e respectivos critérios para as consultas de enfermagem dos programas de saúde infantil, diabetes e planeamento familiar deverá servir como um guia orientador para a prática de enfermagem. Tais normas servirão mais tarde para proceder à avaliação dos cuidados de enfermagem prestados na UCSP Aleo.

Para que a avaliação da qualidade dos cuidados seja possível será imperioso que os Enfermeiros que prestam cuidados nesta instituição realizem um correcto registo das suas actividades, base para a avaliação das normas.

Num momento em que a ciência de Enfermagem se está a afirmar na academia e na sociedade é fundamental que os profissionais que a praticam no terreno contribuam para a sua afirmação e para a produção de conhecimento baseada na prática, mantendo as boas práticas e melhorando os aspectos menos positivos.

O terceiro módulo de estágio decorreu na USF Guadiana. Aí os profissionais de Enfermagem denotaram a sua preocupação relativamente ao afastamento dos jovens das unidades de saúde.

Para dar resposta a esta necessidade sentida foi delineado um projecto dinâmico e assente na dinâmica de educação entre pares, de forma a cativar os jovens castro marinenses.

A Tertúlia do Jovem representa uma tentativa de aumentar o contacto dos jovens com os cuidados de saúde, numa altura em que estes estão constantemente em contacto com possíveis situações de risco, perante as quais têm de deter uma sólida capacidade de decisão, decisão essa baseada em conceitos correctos e sem tabus ou falsas crenças.

Ao serem parte integrante do projecto e não o seu alvo, os jovens vão, num ambiente saudável e de confiança mútua, poder emitir as suas opiniões e as suas visões sobre os temas em debate, ouvir as opiniões dos pares, moderados por um profissional de saúde, e retirar as suas próprias conclusões.

Os dois projectos desenvolvidos ao longo dos estágios contribuem, de formas distintas, para difundir a visibilidade da Enfermagem perante a sociedade.

A implementação das normas de actuação de Enfermagem nas consultas de SI, PF e diabetes constitui uma medida de demonstração do trabalho desenvolvido pelos profissionais, bem como da metodologia científica que fundamenta a prática. Revela também o âmago da prática de Enfermagem, na medida em que a apresenta como uma disciplina com um corpo de conhecimentos próprios, distanciando-nos da visão do Enfermeiro executante de actividades delegadas.

No projecto da Tertúlia do Jovem o Enfermeiro surge como coordenador do projecto, denotando as suas competências na gestão clínica dos cuidados e como líder no processo de capacitação dos indivíduos para as suas tomadas de decisão.

No final desta caminhada de aprendizagem e partilha de experiências, e em nota de conclusão, consideram-se atingidos os objectivos delineados, tendo sido aproveitados os recursos e as oportunidades existentes para melhorar as práticas.

A importância do papel do Enfermeiro nas unidades de saúde sai evidenciada, enquanto promotor de boas práticas e interlocutor no processo de ligação das unidades de saúde com os parceiros da comunidade em que estas se inserem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN – **Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa**. Lisboa: Verbo, 2001.
- AFONSO, Pedro – **Será depressão ou simplesmente tristeza...?**. Cascais: Principia, 2004.
- COELHO, Armando Serra – Obesidade: a nova epidemia do planeta Terra. MUNDO MÉDICO. Porto. n.º 27 (Março/Abril 2003), p. 56.
- CONSELHO DE ENFERMAGEM – **Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.
- FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999.
- GONZÁLEZ, María Dolores Ruiz; BARELLAS, María Rosa Martínez; CARRIÓN, Pilar González – **Enfermería del niño y el adolescente**. 2ª ed. Espanha: Grupo Tramec, 2009.
- GUERREIRO, Sandra – Um mundo cada vez mais obeso. Medicina & Saúde. Lisboa. n.º 29 (Março 2000), p. 34-37.
- HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2001.
- IMPERATORI, Emilio; GIRALDES, Maria do Rosário – **Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. Lisboa: Obras avulsas. 1982.
- MARCELLI, Danil – **Os estados depressivos na adolescência**. Lisboa: Climpsi, 2002.
- NEIL, Ruth M. – **Jean Watson: Filosofia e Ciência do Cuidar** in TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra**. Loures: Lusociência, 2004.
- ORTIGOSA, Quilles – **Manual de Psicología de la salud com niños adolescentes y familia**. Madrid: Ediciones Pirâmide, 2003.

- PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde. Divisão de Doenças genéticas, crónicas e geriátricas – **Programa nacional de combate à obesidade**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005.
- **Promover a saúde da juventude europeia**. Mem Martins: Editorial do Ministério da Educação, 2001.
- SALE, Diana – **Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde: para os profissionais da equipa de saúde**. Lisboa: Principia, 1998.
- SHAFFER, David R. – **Psicologia do Desenvolvimento: Infância e Adolescência**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.
- STAPHONE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupo, famílias e indivíduos**. 4ª ed. Lisboa: Lusociência. 1999.
- WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002.

#### Referências electrónicas

- CÂMARA MUNICIPAL DE CASTRO MARIM – Território e População. [em linha]. Castro Marim, 2006. [Consult. 4 de Dezembro de 2010]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.cm-castromarim.pt/site/index.php?module=ContentExpress&func=display&ceid=67>>.
- CZEPIELEWSKI, Mauro Antonio – Obesidade [em linha]. [s.l.]: ABC da Saúde, 2006. [Consult. 11 de Dezembro de 2006]. Disponível em WWW <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?303>>.
- RELAÇÃO PESO/ALTURA – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC). In Unifest Virtual [em linha]. [s.l.]: [s.d.]. [Consult. 20 de Dezembro de 2006]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.virtual.unifesp.br/cursos/nutricli/restrito/revisaoobes/pop\\_questao1.php](http://www.virtual.unifesp.br/cursos/nutricli/restrito/revisaoobes/pop_questao1.php)>.

#### Referências legais

- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril.
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro.
- Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro.

- Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto.
- Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de Setembro.
- Regulamento n.º 128/2011 do Diário da República, 2.ª série, N.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011.

# **ANEXOS**

# ANEXO I

Cronograma

# CRONOGRAMA

De 19 de Abril de 2010 a 29 de Janeiro de 2011

Mês	Abril		Maio			Junho				Set	Outubro				Novembro				Dez.		Janeiro				
Semana de estágio	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	19ª	20ª	21ª	22ª	23ª	24ª	25ª
Dias	19	26	3	10	17	24	31	7	14	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	3	10	17	24
Objectivos	24	30	8	15	22	29	5	12	19	2	9	16	23	30	6	13	19	27	4	11	18	8	15	22	29
Objectivo Geral I																									
Objectivo Especifico IA																									
Objectivo Geral II																									
Objectivo Especifico IIA																									
Objectivo Especifico IIB																									
Objectivo Geral III																									
Objectivo Especifico IIIA																									
Objectivo Especifico IIIB																									

Módulo I                      Módulo II                      Módulo III

## ANEXO II

Grelhas de observação e de análise documental da consulta de saúde infanto-juvenil

## Grelha de observação – Saúde infanto-juvenil

Observação	Data						
Consulta agendada pela UCSP?							
Sincronização das vacinas com as consultas							
Realização dos ensinios recomendados para as idades							
Registo dos ensinios realizados							
Validação da apreensão da informação							
Esclarecimento de dúvidas							
Avaliação do desenvolvimento biológico							
Avaliação do desenvolvimento psicológico							
Avaliação do desenvolvimento social							
Avaliação do desenvolvimento espiritual							

## ANEXO III

Grelhas de observação da consulta de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar

## Grelha de observação – Planeamento Familiar

Observação	Data			
Informação acerca de regulação da gravidez				
Informação sobre métodos contraceptivos				
Registo dos ensinios sobre contraceptivos				
Fornecimento de contraceptivos				
Questionado o utente acerca de problemas de fertilidade ou sexuais				
Registos e encaminhamento dos problemas de sexualidade detectados				
Informação acerca de transmissão e protecção de ITS				
Encaminhamento para tratamento das ITS detectadas				
Realização de rastreio do cancro do colo do útero				
Incentivo à auto-palpação da mama				
Promoção de estilos de vida saudáveis				

## ANEXO IV

Ficha de consulta de diabetes *mellitus*



Ministério da Saúde



Centro de Saúde de Alcoutim

# DIABETES MELLITUS – Consulta de Enfermagem

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Aleo

ANO: \_\_\_\_\_

NOP: \_\_\_\_\_

N.º Utente: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Data de

Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

DM tipo: \_\_\_ desde: \_\_\_\_\_ Antidiabéticos Orais desde: \_\_\_\_\_ Insulina desde: \_\_\_\_\_

Vacinação act. até (preencher a lápis): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Fumador: S  N

Altura: \_\_\_\_\_ cm

Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Peso (Kg)/IMC	/	/	/	/
TA (mmHg)	/	/	/	/
P (ppm)				
Glicémia (mg/dl)				
Combur				
Ass. do Enf.				

## Avaliação do nível de conhecimento

Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Sabe o que é a DM				
Conhece as complicações				
Conhece a dieta				
Cumprir a dieta				
Faz exercício físico				
Controla o peso				
Efectua autovigilância				
Conhece os cuidados com os pés				
Efectua cuidados aos pés				
Conhece a medicação				
Cumprir a medicação				
Assinatura do Enfermeiro				

## EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

		Data	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Alimentação	Nº de refeições				
	Intervalos entre refeições				
	Tipo de cozinhados				
Exercício	Benefícios/riscos				
	Duração/frequência				
Autovigilância	Vantagens				
	Material/técnica				
	Registos				
	Interpretação				
Pés	Observação dos pés				
	Higiene /hidratação dos pés				
	Calçado/meias				
	Cuidados com as unhas				
	Comportamentos de risco				
Hipoglicémia	O que é Hipoglicémia				
	Sinais de alerta				
	Cuidados na Hipoglicémia				
Hiperglicémia	O que é Hiperglicémia				
	Sinais de alerta				
	Cuidados				
Terapêutica	Efeitos da medicação				
	Cumprimento de horários				
	Técnica/locais de administração				
Assinatura do Enfermeiro					

**Avaliação dos Pés** (Uma vez no ano)

Marcha normal	S	N
Calçado adequado	S	N
Meias adequadas	S	N

Pele	Hidratação normal	S	N
	Temperatura normal	S	N
	Cor normal	S	N

	Pé direito		Pé esquerdo	
Úlcera	S	N	S	N
Amputação	S	N	S	N

Unhas		Pé direito		Pé esquerdo	
	Cor normal	S	N	S	N
	Forma normal	S	N	S	N
	Espessura normal	S	N	S	N
	Micoses	S	N	S	N

Dedos		Pé direito		Pé esquerdo	
	Deformações				
	Calosidades				
	Micoses				

		Pé direito		Pé esquerdo	
Arcada plantar normal	S	N	S	N	
Pulsos presentes	S	N	S	N	
Bordos normais	S	N	S	N	
Almofada calcâneo presente	S	N	S	N	
Mobilidade articular normal	S	N	S	N	
Sensibilidade microfilamento	S	N	S	N	
Sensibilidade térmica	S	N	S	N	

**CLASSIFICAÇÃO DO PÉ**

		Pé direito		Pé esquerdo	
NEUROPÁTICO	S	N	S	N	
NEUROESQUÉMICO	S	N	S	N	

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Acuidade visual** (anualmente)

OD: \_\_\_/\_\_\_    OE: \_\_\_/\_\_\_

Visão cromática: \_\_\_\_\_

Correcção: S     N

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## ANEXO V

Grelha de análise documental da consulta de diabetes

## Grelha de análise documental – Controlo da Diabetes (2009)

Observação	Ficheiro		
	Módulo I	Módulo II	MTL
População/amostra			
Número de consultas no ano (média)			
Ensino sobre fisiopatologia da diabetes			
Utente com glucómetro			
Efectuado ensino sobre alimentação			
Efectuado ensino sobre actividade física			
Ensino sobre medicação			
Avaliação do pé			
Ensino sobre complicações da diabetes			
Ensino sobre cuidados ao pé			
Avaliação da acuidade visual			
Ensino sobre sinais e actuação perante hipoglicémia.			

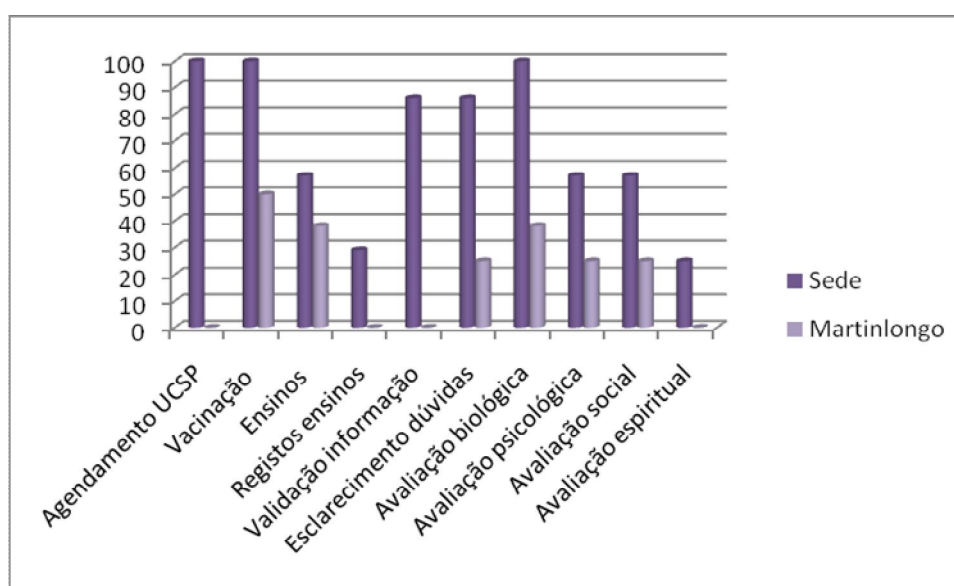
## ANEXO VI

Resultados da análise da consulta de Enfermagem de Saúde Infantil

## Consultas de saúde infanto-juvenil da UCSP Aleo

Actividades	Sede				Martinlongo			
	Sim	Não	Total	%	Sim	Não	Total	%
Agendamento feito pela UCSP	7	0	7	100	0	8	8	0
Sincronização das vacinas	7	0	7	100	4	4	8	50
Realização de ensinos	4	3	7	57	3	5	8	38
Registo dos ensinos	2	5	7	29	0	8	8	0
Validação da informação	6	1	7	86	0	8	8	0
Esclarecimento de dúvidas	6	1	7	86	2	6	8	25
Avaliação biológica	7	0	7	100	3	5	8	38
Avaliação psicológica	4	3	7	57	2	6	8	25
Avaliação social	4	3	7	57	2	6	8	25
Avaliação espiritual	1	3	4	25	0	6	6	0

## Actuação de Enfermagem na sede e na extensão de Martinlongo



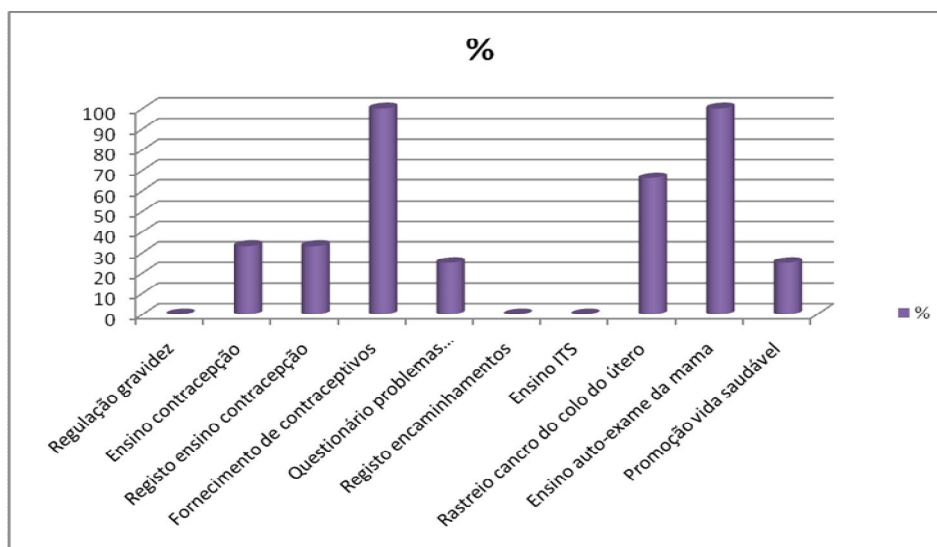
## ANEXO VII

Resultados da análise da consulta de Enfermagem de Planeamento Familiar

## Consulta de Planeamento Familiar

	Percentagem
Ensino regulação da gravidez	0
Ensino contracepção	33
Registo do ensino contracepção	33
Fornecimento de contraceptivos	100
Questionário problemas fertilidade/sexuais	25
Registo encaminhamentos	0
Ensino ITS	0
Rastreio cancro do colo do útero	66
Ensino auto-exame da mama	100
Promoção vida saudável	25

## Actuação na consulta de Planeamento Familiar



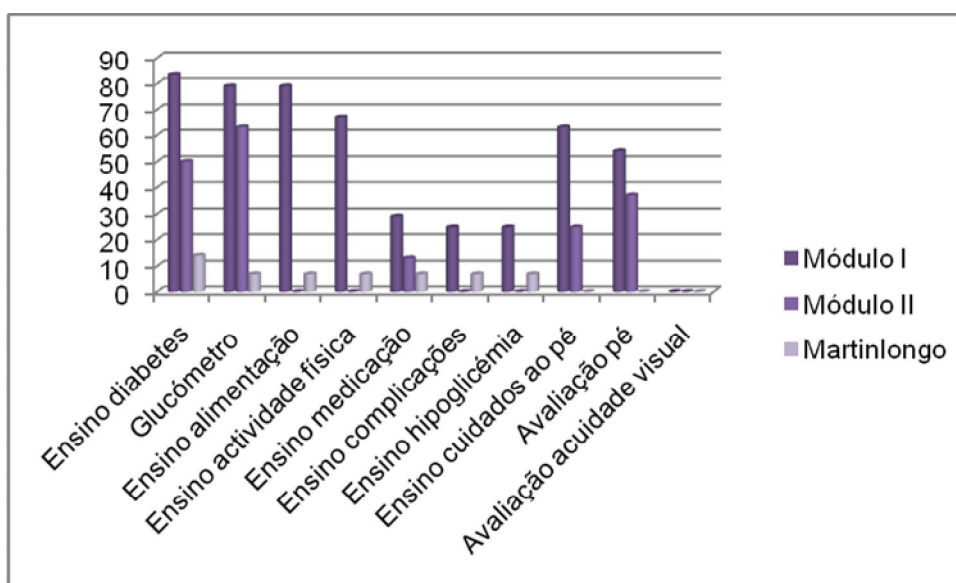
## ANEXO VIII

Resultados da análise da consulta de Enfermagem de Diabetes

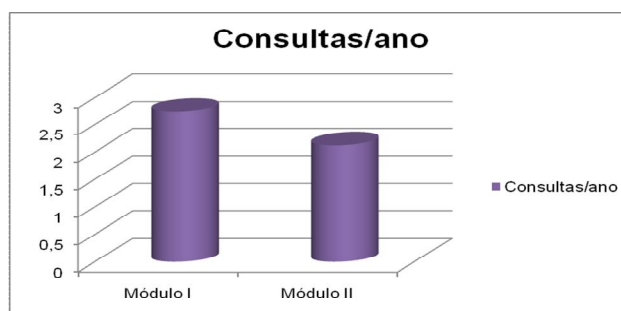
### Avaliação dos indicadores do Programa Controlo da Diabetes.

	Módulo I – ACT %	Módulo II – ACT %	Martinlongo %
Ensino diabetes	83,3	50	14
Glucómetro	79	63	7
Ensino alimentação	79	0	7
Ensino actividade física	67	0	7
Ensino medicação	29	13	7
Ensino complicações	25	0	7
Ensino hipoglicémia	25	0	7
Ensino cuidados ao pé	63	25	0
Avaliação pé	54	37	0
Avaliação acuidade visual	0	0	0

### Consulta de Enfermagem de Diabetes *Mellitus*.



### Número de consultas de Diabetes *Mellitus* por ano.



# ANEXO IX

Norma da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil

**Norma I – VIGILÂNCIA DA SAÚDE DAS CRIANÇAS E DOS JOVENS INSCRITOS NA UCSP ALEO.**

Aprovação UCSP Aleo  _____  ____/____/____	Aprovação Concelho Clínico – ACES Sotavento  _____  ____/____/____	Revisão nº. ____  Próxima revisão ____/____/____
--	--	---

**Elaborado por:** Catarina Santos (Formanda do curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialidade em Enfermagem Comunitária na UCP Lisboa).

**Destinatários:** Enfermeiros a exercer funções na UCSP Aleo

SIM	NÃO	N/APLIC	CRITÉRIO	GRUPO
			Existe uma sala para a realização da consulta	<b>Critérios de estrutura</b>
			A sala permite privacidade para a consulta	
			A sala dispõe de cadeiras	
			A sala dispõe de secretária	
			A sala dispõe de tensiómetro com braçadeira pediátrica	
			A sala dispõe de balança pediátrica	
			A sala dispõe de balança de adulto	
			A sala dispõe de craveira	
			A sala dispõe de fita métrica	
			A sala dispõe de computador com aplicação SINUS	
			A sala dispõe de marquesa pediátrica	
			Enfermeiro com experiência em Saúde Infantil e Vacinação	
			Escala de avaliação visual	
			Ficha individual de consulta de Saúde Infantil	

			Avaliação de peso e respectivo percentil	<b>Critérios de processo</b>
			Avaliação de altura e respectivo percentil	
			Avaliação de Índice de Massa Corporal (após os 2 anos) e respectivo percentil	
			Avaliação de Perímetro Cefálico (até aos 36 meses) e respectivo percentil	
			Avaliação de Tensão Arterial (após os 5 anos)	
			Avaliação de Pulso	
			Avaliação dos hábitos alimentares	
			Avaliação dos hábitos de higiene	
			Realização de ensinamentos constantes na ficha de Saúde Infantil	
			Avaliação da sociabilidade da criança	
			Avaliação do desenvolvimento psicológico	
			Registo dos parâmetros avaliados	
			Registo dos ensinamentos efectuados	
			Esclarecimento de dúvidas	
			Encaminhamento das crianças com problemas identificados	
			Actualização do Plano Nacional de Vacinação (PNV) na consulta	
			Programação da próxima consulta	
			Os utentes compareceram a todas as consultas de vigilância de Saúde Infantil	<b>Critérios de resultado</b>
			A cobertura vacinal é superior a 95% para todas as vacinas do PNV	
			São efectuados os Exames Globais de Saúde a todos os utentes com 5-6 anos e com 11-13 anos	
			Todas as crianças/cuidadores referem que a criança efectua cinco ou mais refeições diárias	
			Todas as crianças/cuidadores referem conhecer as boas normas de higiene	
			Todas as crianças apresentam bom estado de higiene na consulta	

		Todas as crianças/cuidadores sabem que devem lavar os dentes duas ou mais vezes por dia
		Todas as crianças/cuidadores afirmam que usam os dispositivos de contenção quando se deslocam de automóvel

Número de critérios com resposta NÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_ = \_\_\_\_%

Número de critérios com resposta SIM: \_\_\_\_/\_\_\_\_ = \_\_\_\_%

**Norma cumprida: Sim\_\_ Não\_\_**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Auditor: \_\_\_\_\_

# ANEXO X

Norma da Consulta de Enfermagem de Planeamento Familiar

**Norma II – VIGILÂNCIA DA SAÚDE REPRODUTIVA DAS UTENTES EM IDADE FÉRTIL INSCRITAS NA UCSP ALEO.**

Aprovação UCSP Aleo  _____  _/_/____	Aprovação Concelho Clínico – ACES Sotavento  _____  _/_/____	Revisão nº. ____  Próxima revisão _/_/____
--	--	---

**Elaborado por:** Catarina Santos (Formanda do curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialidade em Enfermagem Comunitária na UCP Lisboa).

**Destinatários:** Enfermeiros a exercer funções na UCSP Aleo

SIM	NÃO	N/APLIC	CRITÉRIO	GRUPO
			Existe uma sala para a realização da consulta	<b>CrITÉrios de estrutura</b>
			A sala permite privacidade para a consulta	
			Enfermeiro experiente na área	
			A sala dispõe de cadeiras	
			A sala dispõe de secretária	
			A sala dispõe de tensiómetro	
			A sala dispõe de balança de adulto	
			A sala dispõe de computador com aplicação SINUS	
			Avaliada Tensão arterial na consulta	<b>CrITÉrios de processo</b>
			Avaliado peso na consulta	
			Avaliado pulso na consulta	
			Efectuado ensino sobre métodos contraceptivos disponíveis	
			Fornecimento do contraceptivo, quando disponível, por	

			seis meses	<b>Crêterios de resultado</b>
			Efectuado ensino sobre auto-exame da mama	
			Questionada a utente sobre os seus planos de gravidezes	
			Encaminhadas as situa�es de infertilidade	
			Encaminhamento das infec�es sexualmente transmissíveis detectadas	
			Efectuados os registos das consultas	
			Efectuado o ensino acerca do importância da realiza�o da citologia	
			A consulta de Planeamento Familiar � efectuada anualmente	
			Não há gravidezes indesejadas	
			Não há mulheres com gravidezes espaçadas de menos de um ano	
			As mulheres efectuam o auto-exame da mama	
			As mulheres referem compreender a importância de realizar a citologia a cada três anos	
			As mulheres referem reconhecer a importância da consulta de planeamento familiar	

Número de critérios com resposta NÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_ = \_\_\_\_%

Número de critérios com resposta SIM: \_\_\_\_/\_\_\_\_ = \_\_\_\_%

**Norma cumprida: Sim\_\_ N o\_\_**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Auditor: \_\_\_\_\_

# ANEXO XI

Norma da Consulta de Enfermagem de Diabetes

**Norma III – VIGILÂNCIA DA SAÚDE DOS UTENTES DIABÉTICOS INSCRITOS NA UCSP ALEO.**

Aprovação UCSP Aleo _____ ____/____/____	Aprovação Concelho Clínico – ACES Sotavento _____ ____/____/____	Revisão nº. ____  Próxima revisão ____/____/____
--	--	---

**Elaborado por:** Catarina Santos (Formanda do curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialidade em Enfermagem Comunitária na UCP Lisboa).

**Destinatários:** Enfermeiros a exercer funções na UCSP Aleo

SIM	NÃO	N/APLIC	CRITÉRIO	GRUPO
			Existe uma sala para a realização da consulta	<b>CrITÉrios de estrutura</b>
			A sala permite privacidade para a consulta	
			A sala dispõe de cadeiras	
			A sala dispõe de secretária	
			A sala dispõe de tensiómetro	
			A sala dispõe de glucómetro com lancetas, compressas e tiras-teste	
			A sala dispõe de monofilamento	
			A sala dispõe de diapasão	
			A sala dispõe de marquesa	
			Enfermeiro com experiência na área	
			Avaliação da glicemia capilar	<b>CrITÉrios de processo</b>
			Avaliação da tensão arterial na consulta	
			Avaliação do pulso na consulta	
			Avaliação do peso na consulta	
			Avaliação do índice de massa corporal na consulta	
			Fornecimento de glucómetro a cada utente	
			Ensino de utilização do glucómetro	

			Ensino sobre interpretação dos valores de glicemia	
			Pelo menos uma vez por ano:	
			Avaliação do pé	
			Avaliação da acuidade visual	
			Ensino sobre alimentação saudável	
			Ensino sobre actividade física	
			Ensino sobre gestão terapêutica	
			Ensino sobre importância da vigilância da glicemia	
			Ensino sobre hiperglicémia	
			Ensino sobre hipoglicémia	
			Fornecimento de caneta de insulina, quando prescrita insulina	
			Ensino sobre técnica de administração de insulina, quando insulino-tratado	
			O utente sabe o que é a diabetes	<b>Critérios de resultado</b>
			O utente efectua a vigilância da glicemia no domicílio	
			O utente refere que efectua, no mínimo, cinco refeições diárias	
			O utente refere que pratica exercício físico pelo menos três vezes por semana (30 a 24 minutos)	
			O utente insulino-tratado é capaz de proceder à auto-administração de insulina, ou esta é efectuada pelos prestadores informais de cuidados	
			Não existem casos de internamento por descompensação diabética	

Número de critérios com resposta NÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_ = \_\_\_\_%

Número de critérios com resposta SIM: \_\_\_\_/\_\_\_\_ = \_\_\_\_%

**Norma cumprida: Sim\_\_ Não\_\_**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Auditor: \_\_\_\_\_

## **ANEXO XII**

Apresentação dos resultados e das normas à Equipa da UCSP Aleo

## **ANEXO XIII**

Panfleteo de divulgação da Tertúlia do Jovem

## ANEXO XIV

Cartões utilizados na primeira Tertúlia do Jovem

A homossexualidade  
é uma orientação  
sexual natural e  
aceitável

A discriminação  
contra homossexuais  
é crime

Os homossexuais  
sentem-se atraídos  
por pessoas do  
mesmo sexo

Em Portugal, o  
casamento  
homossexual é  
legalmente  
reconhecido

Todas as pessoas têm  
o direito a escolher a  
sua orientação sexual  
livremente

A homossexualidade  
é uma doença  
transmissível

Ser homossexual é  
sinónimo de se sentir  
atraído por **todas** as  
pessoas do mesmo  
sexo

Os homossexuais são  
pessoas mais  
sensíveis e meigas  
que as pessoas  
heterossexuais

Se tivermos amigos  
homossexuais  
podemos também  
tornar-nos  
homossexuais

Apenas os  
homossexuais são  
portadores do VIH