



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

# **A DOENÇA CRÓNICA, EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO E INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em  
Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde  
Comunitária e de Saúde Pública

Por  
Vânia Madalena Oliveira Cardoso

Porto, março de 2023



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

# **A DOENÇA CRÓNICA, EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO E INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS**

## **CHRONIC DISEASE, COMMUNITY EMPOWERMENT AND HEALTHCARE INTEGRATION**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em  
Enfermagem de Saúde Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde  
Comunitária e de Saúde Pública

Por

Vânia Madalena Oliveira Cardoso

Sob a orientação do Professor Doutor Pedro Melo

Porto, março de 2023

## RESUMO

**Introdução** - O presente relatório foi concebido no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório do Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública, lecionada no Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica. O estágio realizou-se numa Unidade de Saúde Pública (USP) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) integrado numa Unidade Local de Saúde (ULS), num âmbito de aprendizagem, desenvolvimento e integração de conhecimento para a assistência em Enfermagem avançada a uma comunidade e população.

O fenómeno em estudo concerne à Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem (VEDE) na área da doença crónica (na continuidade de outros estudos realizados nessa USP), enquadrado na integração de cuidados numa das suas dimensões – Sistemas de Informação (e respetiva partilha) e Empoderamento Comunitário de Enfermagem para a tradução de ganhos em saúde mensuráveis.

**Metodologia** - A análise do estudo teve como enfoque a utilização de Planeamento em Saúde, integrando no Projeto a matriz de decisão clínica - Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) e no Observatório de Diagnósticos de Enfermagem (ODE) do ACeS onde se realizou o Estágio Final. Utilizou-se como instrumento de colheita de dados um questionário, aplicado a uma amostra intencional determinada em consenso de peritos.

**Resultados** - Identificou-se como problemas alvo de intervenção prioritária a necessidade de melhorar a comunicação da estrutura organizativa para a gestão de doença crónica, efetivando o conhecimento sobre Sistemas de Informação e atividade da VEDE do ODE. Constatou-se necessidades a nível formativo nos líderes da comunidade de Enfermagem, na área de doença crónica para documentação clínica de enfermagem em Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE).

**Palavras-chave:** Enfermagem Comunitária, Integração de Cuidados de Saúde, Sistemas de Informação, Doença Crónica, Vigilância Epidemiológica, Empoderamento Comunitário.

## **ABSTRACT**

**Introduction** - This report was designed in the scope of the “Final Internship and Report” Curricular Unit of the Master in Nursing, with specialization in Community Nursing – Community Health and Public Health at the Institute of Health Sciences, Porto, Universidade Católica. The internship occurred in a Public Health Unit of a Health Center Group integrated in a Local Health Unit. It was carried out in a learning, development, and knowledge integration scope for advanced nursing care to a community and to a population. The phenomenon under study concerns the Epidemiological Surveillance of Nursing Diagnoses in chronic disease (in the continuity of other studies carried out in that Public Health Unit), framed in the integration of care in one of its dimensions – Information Systems (and respective sharing) and Community Nursing Empowerment for the translation of measurable gains.

**Methodology** - The analysis of the study focused on the use of Health Planning, integrating in the Project the clinical decision matrix – Model of Assessment, Intervention and Community Empowerment and in the Nursing Diagnosis Observatory of the Health Center Group where the Final Internship was carried out. A questionnaire was used as data collection instrument, applied to a determined intentional sample in agreement with experts.

**Results** - It was identified as priority intervention target problems the need to improve the communication of the organizational structure for the management of chronic disease, effectively knowing about Information Systems and the activity of Epidemiological Surveillance of Nursing Diagnoses of the Nursing Diagnosis Observatory of the Health Center Group. It was found that there are training needs in the community nursing leaders in chronic disease for clinical nursing documentation in Nursing Information Systems.

**Keywords:** Community Nursing, Health Care Integration, Information Systems, Chronic Disease, Epidemiological Surveillance, Community Empowerment.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Doutor Pedro Melo, coordenador da área de Enfermagem Comunitária no Curso de Mestrado em Enfermagem e orientador deste relatório, pela sua mentoria de excelência em todo o processo de aprendizagem, pela sua disponibilidade e flexibilidade demonstrada, que contribuiu para o crescimento académico e individual da mestranda.

Ao Tutor do estágio, assim como a todos os enfermeiros especialistas da USP, pela disponibilidade demonstrada ao longo de todo o percurso.

Ao enfermeiro chefe do serviço onde a mestranda exerce as suas funções profissionais, o qual foi um interveniente facilitador nas diferentes etapas do mestrado.

À família que a Mestranda escolheu, que sempre a acompanhou neste desafio.

À família da Mestranda que a acompanhou e apoiou em todo este exigente caminho.

**“Mudança**

As civilizações evoluem; e com elas, os costumes e os códigos, os hábitos as regras,  
a ética e moral, assim como o significado e o valor (ou valência) das intenções e  
comportamentos, atitudes e acções.”

António Coimbra de Matos (Matos, 2019)

## **LISTA DE SIGLAS**

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

CENDES-OPAS – Centro de Nacional de Estudos e Organização Pan-Americana de Saúde

CIIS – Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DM – Diabetes *Mellitus*

ECEESCSP – Enfermagem de Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

EEESCSP – Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

ESDCC – Equipa de Suporte Doentes Crónicos Complexos

HTA – Hipertensão Arterial

MAIEC – Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

ODE – Observatório de Diagnósticos de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SClínico – Sistema de Informação de Cuidados de Saúde

SI – Sistemas de Informação

SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VEDE – Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem

WHO – *World Health Organization*

## ÍNDICE

<b>RESUMO</b> .....	<b>3</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>17</b>
2.1 A INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS, NO CONTEXTO DE DOENÇA CRÓNICA, NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	17
2.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, DOCUMENTAÇÃO E GANHOS EM SAÚDE SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	19
2.3 DA DOCUMENTAÇÃO INDIVIDUAL À VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.....	22
2.4 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E EMPODERAMENTO PARA A DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.....	24
<b>3. PROJETO</b> .....	<b>27</b>
3.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO PROJETO.....	27
3.2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS.....	28
3.3 FIXAÇÃO DE OBJETIVOS.....	32
3.4 INDICADORES.....	35
3.5 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO.....	37
3.6 AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	39
<b>4. DO PROJETO AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>53</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>57</b>
ANEXO 1 – REGULAMENTO DO OBSERVATÓRIO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA ULS.....	58
APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO “GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA (HTA E DM)   OBSERVATÓRIO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM”.....	66
APÊNDICE 2 – RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO APRESENTADAS EM TABELAS COM RESPECTIVAS FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS E RELATIVAS.....	92
APÊNDICE 3 – ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO PELO REFERENCIAL TEÓRICO MAIEC.....	108
APÊNDICE 4 – GRELHA DE PONDERAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS.....	113
APÊNDICE 5 – APRESENTAÇÃO DA PONDERAÇÃO DAS 35 DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICOS.....	116

## ÍNDICE DE FIGURAS

**Figura 1:** Grelha ponderação nos critérios “magnitude”, “transcendência”, “vulnerabilidade” adaptação desses critérios propostos pelo CESDES-OPAS (Melo P. , 2020c) ..... 31

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Proposta de objetivos específicos .....	33
<b>Quadro 2</b> - Proposta das estratégias de intervenção e suas atividades .....	37
<b>Quadro 3</b> - Análise crítico-reflexiva das competências de Mestrado e EEESCSP .....	41



## 1. INTRODUÇÃO

A unidade curricular Estágio Final e Relatório enquadrada no Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e Saúde Pública, lecionada no Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica, realizou-se no âmbito da aprendizagem, desenvolvimento e integração de conhecimento para a assistência em Enfermagem avançada à comunidade e população.

O estágio realizou-se numa USP integrada numa ULS da Região Norte, no período de 5 de Setembro de 2022 a 17 de Janeiro de 2023, com um total de 360 horas de contacto, sob a orientação do Professor Doutor Pedro Melo e um tutor da USP. O referido estágio decorreu num período pós-pandémico, com alguns condicionamentos, resultantes do redireccionamento de enfoque de cuidados de saúde da USP e todas as Unidades Funcionais deste ACeS para a pandemia por COVID-19, refletindo-se nas restantes áreas de atenção necessárias a desenvolver, como projetos e investigação. Situação esta, que ocorreu de forma generalizada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), pela absorção de recursos (humanos, logísticos, estruturais), que a pandemia exigiu a Portugal e ao Mundo.

Nos últimos dois anos, verificou-se um condicionamento negativo da pandemia por COVID-19, na evolução e prognóstico das doenças crónicas de maior magnitude em Portugal e no Mundo. Nomeadamente as doenças do aparelho circulatório, que são um dos problemas de saúde de grande magnitude que Portugal terá de enfrentar na próxima década, havendo também atenção para doença crónica por diabetes *mellitus*, no que se refere à carga de doença e incapacidade (Ministério da Saúde, 2021). Por conseguinte, o estudo da doença crónica como um problema de grande magnitude atual, e a respetiva integração de cuidados, torna-se pertinente à pesquisa do ponto de vista dos cuidados de enfermagem às populações, assim como a vigilância de seus diagnósticos, para a melhor tomada de decisão.

O projeto desenvolvido em estágio enquadrou-se na continuidade de projetos desenvolvidos por outros dois mestrados, na mesma USP, atualmente com um ODE, constituindo-se para a sua realização um novo prisma de análise futura e possível continuação. Aliás, o projeto não termina em si mesmo, pela sua integração no Modelo de

Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário MAIEC, pela continuidade do ODE desse ACeS, permitindo a investigação e uma efetiva VEDE no futuro.

Quanto à esfera dos objetivos gerais, respeitantes às competências específicas da Enfermagem de Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (ECEESCSP) disposto pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento n.º 428/2018 (2018), enunciam-se os objetivos específicos de Planeamento em Saúde e Vigilância Epidemiológica, aplicados ao desenvolvimento do Projeto e redação do relatório decorrentes do Estágio Final:

- Utilizar metodologia do planeamento em saúde na avaliação de saúde de uma comunidade;
- Elaborar diagnóstico de saúde de uma comunidade;
- Estabelecer prioridades em saúde de uma comunidade;
- Desenvolver propostas de estratégias para o processo de empoderamento de grupos e comunidades, como a educação e advocacia;
- Integrar o projeto em programas de saúde no âmbito de grupos e comunidades;
- Cooperar para a vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

No que se respeita aos objetivos gerais associados à componente académica do mestrado, no âmbito da investigação estabeleceram-se os seguintes objetivos:

- Incorporar todo conhecimento teórico e do anterior estágio realizado em contexto da enfermagem de saúde comunitária, na orientação do relatório e do projeto;
- Realizar pesquisa científica com evidência credível e o mais recente possível, no sentido de demonstrar um conhecimento teórico aprofundado enquadrado no referencial teórico MAIEC (já utilizado no anterior estágio) e VEDE na área da ECEESCSP;
- Desenvolver competências de EEESCSP na USP;
- Demonstrar análise crítico-reflexiva durante todo o processo do Estágio Final realizado na USP, expressa no relatório.

O relatório propriamente dito apresenta-se dividido em cinco segmentos, sendo este o primeiro - a introdução, onde se faz o enquadramento do relatório e do seu projeto. No segundo segmento apresenta-se toda a linha de direção teórica com evidência científica que

se determinou para o projeto. O desenvolvimento do projeto, da sua metodologia de Planeamento em Saúde e suas etapas demonstra-se no terceiro segmento. No quarto segmento, apresenta-se a análise crítico-reflexiva das competências de Mestre e de ECEESCSP desenvolvidas no percurso realizado do mestrado até ao Estágio Final. Por último, a conclusão constitui o quinto segmento, onde se faz uma análise autocrítica do relatório e do projeto em todo o seu processo de desenvolvimento.



## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Neste ponto, pretende-se aprofundar, interligar os conceitos e seus conteúdos que confluem à direção deste relatório, na continuidade do trabalho já realizado na área em estudo, proposta pela equipa da USP, do respetivo estágio.

Tem-se por objetivo principal enquadrar o estudo da interoperabilidade dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) na perspetiva de integração de cuidados em saúde para a efetividade da VEDE da doença crónica – Hipertensão Arterial (HTA) e Diabetes *Mellitus* (DM).

### 2.1 A INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS, NO CONTEXTO DE DOENÇA CRÓNICA, NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O perfil epidemiológico das populações tem vindo a mudar, mais numerosa com crescente número de idosos, da multimorbilidade e da complexidade das necessidades, exigindo uma abordagem integrada de cuidados centrada na Pessoa (individual/coletiva) em todas as suas dimensões, conseqüentemente mudanças na afetação de recursos (Campos, 2017). Parte da população portuguesa que vive mais tempo, apresenta mais de uma doença crónica (multimorbilidade) havendo uma maior utilização dos serviços de saúde e sociais (Belo, et al., 2021). Numa perspetiva global, as doenças crónicas definem-se como condições que duram um ou mais anos e requerem atenção médica contínua ou limitam as atividades de vida diária (CDC, 2022).

Os cuidados aos doentes crónicos, em Portugal, refletem-se pelo crescente número de utentes que recorrem aos serviços de urgência, cuidados esses, ainda muito centrados na doença, fragmentados e até episódicos através de urgências (prevenção secundária, terciária e por vezes até quaternária) (Campos, 2017) . Este cenário conduz a um aumento de custos sociais, económicos e podendo vir-se a refletir no número de anos de vida saudável perdidos

por morte prematura, doença e incapacidade nas doenças não transmissíveis, onde se enquadram as doenças crónicas HTA e DM (Bastos, 2013, Ministério da Saúde, 2021).

O propósito da integração de cuidados prende-se com a melhoria dos cuidados de saúde da população centrada na Pessoa, na sua experiência num *continuum* e com o melhor custo-efetividade. A integração de cuidados apresenta-se com várias definições de acordo com a perspetiva dos *stakeholders*, com destaque para as definições da OMS:

- Definição baseada em processo: tudo que se refere a modelos de estruturais, funcionais, normativos e sistémicos de um serviço de saúde que tem por meio da sua articulação, colaboração e *continuum*, o objetivo de melhorar a qualidade de cuidados, de vida e satisfação do utente nos diferentes níveis de serviços prestados;
- Definição baseada na perspetiva do doente: Cuidados centrados no doente e todas as suas dimensões, as suas crenças e valores, planeados e coordenados com o mesmo e/ou a sua família;
- Definição baseada na perspetiva do sistema de saúde: Integração de cuidados centrados no doente, coordenados entre si de forma promover serviços de qualidade, compreensivos em todo o seu ciclo de vida. Num *continuum* de cuidado baseados na melhor evidência científica disponível (Belo, et al., 2021).

O doente, nomeadamente o que apresenta condição crónica, requer cuidados de saúde contínuos e holísticos, o que compreende a necessidade de integração de cuidados que englobem não só a integração de cuidados de saúde, mas também outras esferas não respeitantes ao sistema de saúde. Os sistemas de informação/partilha de informação, serviços sociais, apoio na comunidade (parcerias), monitorização avaliação e controlo, gestão, equipas multidisciplinares e os diferentes níveis de cuidados constituem a integração de cuidados (Belo, et al., 2021). Atender às crescentes necessidades de saúde, cada vez mais complexas exige uma abordagem multissetorial que integre políticas e respostas eficientes para a promoção da saúde, prevenção da doença nas comunidades e com serviços de saúde centrados na Pessoa, ou seja, por meio dos Cuidados de Saúde Primários - CSP (WHO & UNICEF, 2018). Campos descreveu como fundamental para a integração de cuidados, além da articulação com os cuidados primários, a extensão a outros níveis de cuidados, como a ligação à assistência social (Campos, 2017).

Santana propôs para a definição conceptual de integração, 4 dimensões: estrutural (horizontal ou vertical), funcional (clínica, informação, financeira, administrativa), normativa e sistémica (Santana & Costa, 2008). Em Portugal, surgiram as ULS (de estrutura

vertical) como modelo de integração de cuidados, sendo uma das respostas a pressões externas, nomeadamente ao envelhecimento da população, à evolução dos sistemas de informação, aos constrangimentos orçamentais, à evolução da evidência científica e tecnológica na saúde e ainda a todas as mudanças epidemiológicas das populações. A integração de cuidados visa a diminuição da fragmentação dos cuidados de saúde e centralidade do sistema no doente, planeados de acordo com as suas necessidades, de forma a promover a saúde e todas as etapas dos níveis dessa prevenção, encaradas numa interligação contínua, obtendo ganhos em saúde com o melhor custo-efetivo (ERS, 2015). Em 2021, Belo et al. considerou haver a necessidade de uma avaliação das ULS mais abrangente, que analisasse o seu impacto, pela existência da variabilidade das mesmas. A necessidade de avaliação das ULS, no que respeita à integração comunitária, sistemas de informação, mecanismos de coordenação e comunicação entre as diferentes unidades funcionais e níveis de cuidados, a transição de cuidados, que garantam o *continuum* da centralidade no utente.

Nos últimos anos têm surgido, em Portugal, projetos assentes na gestão de caso, no uso do plano individual de cuidados e na abordagem multidisciplinar para abordar a complexidade da multimorbilidade, situação cada vez mais prevalente e que coloca desafios para os Serviços de Saúde tradicionais que não apresentam capacidade de resposta. A integração de cuidados é uma possível resposta (Rodrigues & Correia, 2021). Mitigar a complexidade da multimorbilidade exigirá uma maior robustez dos CSP e da gestão de cuidados por sistemas de saúde mais adaptativos e flexíveis à mudança (Belo, et al., 2021, Rodrigues & Correia, 2021).

## 2.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, DOCUMENTAÇÃO E GANHOS EM SAÚDE SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A integração funcional, nas ULS, é a dimensão da integração de cuidados em saúde com possibilidade de maior ganho, no entanto é a que apresenta maior dificuldade em obter ganhos sensíveis aos cuidados de saúde (Santana & Costa, 2008). Exige a melhor coordenação a nível vertical entre as componentes clínica, de informação (sistemas de informação), financeira e administrativa. Integração da informação por meio da interoperabilidade automatizada (virtual) de dados relativos à atividade clínica, financeira e

administrativa, tratados e analisados apoiam a melhor tomada de decisão em todas estas áreas, que pode traduzir-se na criação de valor para a organização e para o doente, num *continuum* processo de cuidados de saúde e gestão (Belo, et al., 2021).

Do impacto de mudanças como pressões económicas, a necessidade de adaptabilidade da gestão das organizações à globalização, garantindo a melhoria de qualidade e eficiência da gestão de modelos integradores, no sentido da redução da carga de doença das populações, urge a necessidade de informação fidedigna com acesso a Sistemas de Informação (SI) atualizados e adaptados a cuidados de saúde centrados na Pessoa. A utilização de SI que permitam o armazenamento e a transformação de dados em informação com valor relevante para indicadores de produção, qualidade, eficiência, segurança, financeiros, é absolutamente determinante para obter ganhos em saúde e o desenvolvimento da sua sustentabilidade (Azevedo, 2014).

Em Portugal, nos serviços de saúde emergiu a necessidade de mudanças e evolução nas Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) para responder às novas formas de trabalho exigidas pela pandemia por COVID-19. Essa circunstância conduziu à criação de alternativas de assistência em saúde, pelo encerramento de algumas unidades e as limitações no atendimento presencial. Nesse âmbito, alavancou-se e melhorou-se as TIC e conseqüentemente os SI em saúde. A informatização de informação em saúde, o uso de novas tecnologias, equipamentos e a respetiva e necessária formação para aquisição de competências digitais, concorrem para cuidados de saúde (estruturais, funcionais, normativos, sistémicos) ecológicos e acrescimento em conhecimento científico (Osório, 2021).

Os SI permitem a sistematização de informação e, por isso, a possibilidade da efetividade da interoperabilidade entre os diferentes profissionais de saúde. A enfermagem pode encontrar nos SI um meio factual para o cálculo de indicadores sensíveis aos seus cuidados, pela parametrização, monitorização e extração de dados da documentação clínica de enfermagem nas TIC do Sistema de Saúde. Nesse âmbito, pode-se determinar uma mais-valia para a valorização profissional de enfermagem (Nascimento, Frade, Miguel, Presado, & Cardoso, 2021).

A discussão e a emergência da aplicação das TIC aos SIE fez mais de uma década até à data de hoje. Desde 2007, que a OE determinou princípios básicos de arquitetura e principais requisitos técnico-profissionais para orientação dos SIE (OE, 2007). Nesse documento constam as orientações éticas, de qualidade e continuidade de cuidados, para processos de tomada de decisão do referencial de linguagem denominado Classificação Internacional de Enfermagem para a Prática de Enfermagem – CIPE (OE, 2007), na

emergente evolução da documentação de cuidados de enfermagem em papel para registos eletrónicos disponibilizados hoje pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS).

Desafios na interoperabilidade semântica dos SIE, como a padronização de dados para obter indicadores de qualidade referentes os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem em diferentes unidades de saúde, estimularam a necessidade de estabelecer uma análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE (anterior ao Sistema de Informação de Cuidados de Saúde - SClínico - disponibilizados atualmente pelos SPMS) em 2014 (Paiva, et al., 2014). Outros desafios como a perceção (crenças) dos enfermeiros acerca da visibilidade, tempo despendido com os registos informáticos de enfermagem (SClínico) e seu impacto em ganhos em saúde acrescem aos desafios do SIE (Nascimento, Frade, Miguel, Presado, & Cardoso, 2021).

Qualidade de cuidados de saúde definem-se pela eficácia, eficiência, segurança, oportunos, acessibilidade equitativa, integrados e centrados nas pessoas. A sua avaliação e melhoria necessita de dados de desempenho claros e rigorosos. Na avaliação da qualidade de cuidados torna-se imprescindível a utilização das três dimensões do modelo de Donabedian: estrutura (os recursos necessários), processo (intervenção do enfermeiro ao diagnóstico/os identificados) e resultados (ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, resultantes da intervenção) (World Health Organization, 2018).

Os sistemas de informação de saúde devem permitir uma monitorização e avaliação da qualidade, com feedback de metas atingida no cumprimento de programas e ou indicadores da qualidade, numa cultura de transparência e de correção do erro. Dessa forma abrir espaço para a identificação de lacunas nos SI utilizados pela organização de saúde, permitir-se criar infraestruturas de informação para a melhoria da monitorização, interoperabilidade, notificação e desempenho que demonstrem os resultados sensíveis aos cuidados implementados centrados no doente (World Health Organization, 2018).

A mensuração de cuidados de saúde de enfermagem sólidos e robustos, representa uma necessidade para a visibilidade da profissão de enfermagem numa perspetiva de contributo para a redução de custos-efetividade do sistema de saúde. Cuidados integrados de saúde centrados no doente, família e/ou comunidade comportam uma dimensão de valor relacional na perspetiva dos *stakeholders*, de difícil mensuração o seu valor económico, como por exemplo cuidados de enfermagem holísticos de valor relacional nos diferentes níveis (CSP, hospitalar). A dificuldade na conversão dessa documentação com a devida parametrização, em metadados padronizados, tem vindo a ser alvo de investigação, tendo

sido constatados obstáculos como a falta de uniformização de registos, evidencia na fraca robustez e inconsistência em alguns indicadores de enfermagem devido à insuficiência de parametrização da sua documentação (Dick & Patrician, 2017, Welton & Harper, 2016, Oner, et al., 2020).

### 2.3 DA DOCUMENTAÇÃO INDIVIDUAL À VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Os enfermeiros constituem o maior grupo profissional da área da saúde, por consequência há maior de tomada de decisão e maior registo de atos por enfermeiros. Os cuidados de enfermagem centrados na Pessoa e seus processos de resposta às infirmezias da vida e das doenças, gera um grande volume de informação clínica de enfermagem com origem no grande volume de documentação individual dos complexos cuidados de enfermagem de enfermagem (registos clínicos de cada enfermeiro) (Fernandes & Tareco, 2016, Melo P, 2020a). O valor dos SI está no conhecimento das pessoas da organização e não no *software*, constituindo este um meio para a sistematização desses conhecimentos (Lapão, 2010).

Um dos grandes marcos da investigação em enfermagem em Portugal, desenvolveu-se a partir da maior mudança dos SIE, pela “mão” do professor doutor Abel Paiva. A mudança nos conteúdos dos SIE com a introdução da CIPE e a mudança na alteração do suporte papel para o eletrónico, passando a haver uma sistematização da documentação de enfermagem, referente aos status dos diagnósticos de enfermagem. A sistematização só foi possível pela da riqueza e variada documentação individual dos enfermeiros e pelo seu processo intencional, do desenvolvimento dos seus conhecimentos, crenças e valores para a mudança. O desenvolvimento dos SIE contribuíram para a evolução na investigação baseada na evidência da Ciência da Enfermagem. (JCS, 2002, Melo P, 2020a).

O desafio para a enfermagem passaria pelo desenvolvimento de competências da enfermagem, como a utilização do processo de enfermagem no âmbito de responder às infirmezias da Pessoa demonstrando o seu custo-efetividade às organizações, à população, aos decisores políticos, na consecução do melhor planeamento de cuidados. (JCS, 2002, Melo P, 2020a, OE, 2015).

Atualmente, em Portugal, nos CSP a documentação em enfermagem realiza-se com uso da CIPE numa plataforma informatizada o SClínico-CSP gerida pelos SPMS, estabelecendo uma codificação e padrão de documentação para os processos de enfermagem. Nesse contexto, foram criadas condições para a identificação de diagnósticos, intervenções e resultados, com uso de linguagem comum facilitadora da comunicação entre os enfermeiros e outros profissionais de saúde, assim como a sua aplicação em SIE informáticos. O armazenamento da documentação individual informatizada, o acesso em tempo real e o fluxo de informação dentro e fora das organizações possibilita a recolha de metadados padronizados referentes a ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem como indicador de qualidade da sua intervenção à população. A possibilidade de padronização da documentação individual de enfermagem nos SIE informatizados, permite identificar na perspetiva epidemiológica a incidência e prevalência dos diagnósticos de enfermagem, para uma atuação eficiente e eficaz sobre as determinantes relacionados com as doenças de maior prevalência e incidência (Sales & Pinto, 2019, Melo, et al., 2020b).

A obtenção de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, a sua mensurabilidade, bem como a interoperabilidade em tempo real por meio da documentação individual nos SI pode ser melhorada com o envolvimento dos profissionais dos vários níveis de cuidados. Outros desafios apresentam-se à informatização da documentação de enfermagem com uso da CIPE, relacionadas com a dificuldade dos profissionais em perceberem o impacto desses registos e com o tempo consumido na prática clínica de enfermagem diária (Nascimento, Frade, Miguel, Presado, & Cardoso, 2021). O valor do SI está no conhecimento das pessoas da organização e não no “software”, os SI constituem um meio para a sistematização desses conhecimentos (Lapão, 2010).

A eficiente documentação individual de Enfermagem no SClínico-CSP e interoperabilidade dos SIE com uma linguagem comum CIPE, entre a USP e outras unidades funcionais do ACeS, permite caracterizar indicadores que contribuam para a determinação da incidência e prevalência dos Diagnósticos de Enfermagem de famílias, comunidades e populações. Nessa medida, concorre-se para a consecução e melhoria custo-efetiva de planos e programas em saúde macro no nível micro. Numa perspetiva de vigilância epidemiológica centrada na Pessoa, a VEDE constitui uma mais valia para a efetividade da tomada de decisão (Melo P, 2020c).

Embora se constate a utilização de um SI nacional com a mesma taxonomia – CIPE, a abundância de adaptações das diferentes unidades funcionais resultou numa multiplicidade

de diagnósticos e intervenções, incapacitando o SI de produzir indicadores de resultado (Bastos, et al., 2021).

## 2.4 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLIGÓGICA E EMPODERAMENTO PARA A DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A transição de abordagens uni ou bidimensionais para abordagens multidimensionais, no que respeita à análise e estratégias de intervenção (nos vários níveis de prevenção) é exigida pela complexidade dos problemas de saúde, seus determinantes e suas dinâmicas. Nesse âmbito exige-se uma abordagem cada vez mais integrada e interdependente às doenças não transmissíveis, como as doenças do aparelho circulatório (problema de grande magnitude) e à carga e incapacidade da doença da DM, de forma sustentável e com envolvimento dos *stakeholders* do setor da saúde e seus parceiros (Ministério da Saúde, 2021).

A abordagem de empoderamento implica a promoção da avaliação das necessidades, o planeamento e capacitação para uma ação política dos parceiros. A robustez em autonomia, capacidade de decisão, qualidade de saúde sustentável de um indivíduo, grupo ou comunidade obtém-se pelo processo de empoderamento. Empoderamento comunitário capacita as pessoas para a mudança, social, política, promove a participação de indivíduos, organizações e comunidades no incremento do controlo individual e coletivo, num processo *continuum* progresso da organização da comunidade (Laverack, 2022).

O conceito de epidemiologia por Last (2001), compreende o estudo de determinantes e distribuição de estados e eventos referentes à saúde de populações específicas, e sua utilização na prevenção e controle de saúde (Last, 2001).

Na atualidade surge um conceito de epidemiologia na perspetiva de Enfermagem de Saúde Pública, uma epidemiologia pós-moderna com orientação para o estudo de fenómenos que determinam os fatores que direcionam a gestão de programas e projetos, assim como diagnósticos ainda não analisados pelos métodos da epidemiologia clássica. Constatam-se uma mudança e evolução da epidemiologia clássica para a moderna no que se refere ao foco dos estudos, das doenças infecciosas para doenças não transmissíveis, associadas a comportamentos (como a HTA a DM). A evolução passa também por valoração e estudo de fatores ambientais, socioeconómicos e culturais, permitindo atuação de prevenção desde o

nível primordial até à prevenção quinquenária (visa o adoecer do cuidador), nos estados de saúde-doença das populações, comunidade, grupos e a pessoa (Melo P, 2020c).

A vigilância epidemiológica de fenómenos de saúde-doença compreende a colheita de dados sistematizados (pelo recurso a SI), monitorização de fenómenos saúde-doença, uso de um modelo conceptual, tratamento estatístico e analítico de dados, gestão de sistemas de vigilância, com uso de evidência científica para solucionar problemas, são competências específicas do EEESCSP. Do domínio dessas competências, enquadra-se o processo de capacitação de comunidades e sua promoção na consecução de projetos (OE, Regulamento n.º 428/2018, 2018).

Na realização das suas competências, o EEESCSP por se encontrar em proximidade das comunidades e das USP, tem posição privilegiada para o empoderamento da comunidade, grupos e indivíduos. Empoderamento comunitário é um processo, mas pode ser o resultado de cuidados de enfermagem. A tomada de decisão clínica numa perspetiva de empoderamento comunitário exige um processo consciente e intencional de diagnóstico e intervenção para efetivar o poder das comunidades (Melo, Silva, & Figueiredo, 2018) (Melo P, 2020c).

A decisão clínica em enfermagem é imprescindível para a continuidade e qualidade de cuidados, na abordagem da Pessoa (individual ou coletiva), para a gestão, formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão clínica (OE, 2007). Esses processos, no exercício de EEESCSP, têm como foco as comunidades e dessa forma compreender métodos alicerçados na epidemiologia (Melo P, 2020c).

O processo de empoderamento comunitário como resultado da intervenção do EEESCSP, está “tatuado” no MAIEC, e assim, constitui uma escolha para referencial teórico na sustentação da tomada de decisão clínica do EEESCSP. O referencial teórico MAIEC tem como modelos de referência de estudo, os conceitos Comunidade, Saúde Comunitária, Ambiente Comunitário e Cuidados de Enfermagem Comunitário com focos de atenção orientados para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de saúde comunitária, e com uso da CIPE (Melo, Silva, & Figueiredo, 2018, Melo P, 2020c).



### **3. PROJETO**

O projeto em saúde comunitária, realizou-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, constitui uma das mais relevantes competências a desenvolver como mestranda.

A consecução do projeto orientou-se para a valorização e integração de Programas de Saúde Nacionais, incidindo sobre as melhores estratégias, face ao diagnóstico de situação em saúde, determinado para a população em estudo e com a devida priorização, permitindo a intervenção mais eficaz e eficiente face aos problemas de saúde a nível local.

Realizou-se numa perspetiva de Planeamento em Saúde como um processo que envolveu várias etapas, a serem desenvolvidas seguidamente, tendo como foco as pessoas (individuais e coletivas) e sua participação e compromisso, nas mesmas, ao espelho do recente PNS 2021-2030 (Ministério da Saúde, 2021).

#### **3.1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO PROJETO**

O estágio desenvolveu-se numa USP, de um ACeS, inserido numa integração de cuidados de saúde de estrutura vertical - ULS. A existência de um ODE devidamente regulamentado (Anexo 1), constituiu uma oportunidade para a mestranda no âmbito da investigação da VEDE, pela sua parceria com o Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP) e a utilização do referencial teórico MAIEC, assim como, a colaboração com vários peritos em VEDE do ODE. O ODE inclui todos os enfermeiros da USP deste ACeS.

### 3.2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS

A melhoria contínua de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e do seu melhor planeamento, com a adequada gestão de recursos, na tomada de decisão clínica direcionada à resolução de um ou mais problemas numa comunidade, exige um diagnóstico de situação.

O diagnóstico de situação determinou-se em dois momentos, numa perspetiva de continuidade dos projetos MAIEC/ODE, realizados anteriormente em 2019 por Santos, e em 2020 por Miranda.

Inicialmente foi proposta uma reavaliação do padrão de documentação clínica de enfermagem relacionado com gestão da doença crónica HTA e/ou DM, pela comunidade de enfermagem do ACeS dessa ULS. Tendo por objetivo, estruturar uma padronização e monitorização contínua desses diagnósticos de enfermagem e assim ser possível, a consulta em tempo real de dados referentes a esses registos de enfermagem no SClínico dos CSP.

Num segundo do momento do projeto, posteriormente à reunião do ODE, composta por peritos de enfermagem na área de documentação no SClínico do CSP e gestão da doença crónica HTA e/ou DM identificou-se as seguintes problemáticas, resultantes da interpretação da mestrandia (validado pelo seu orientador):

- Consenso dos peritos para a existência de um padrão de documentação não muito robusto, partilhada pela comunidade de enfermagem, mesmo com a existência de Manuais disponíveis e fenómenos de enfermagem já sugeridos no SClínico do CSP.
- Reconhecimento dos peritos para a utilização de outros sistemas de informação (software, hardware, redes de comunicação), paralelos ao SClínico no âmbito de registos de enfermagem.
- Reconhecimento dos peritos para a necessidade de utilização de escalas de avaliação na definição de *status* dos diagnósticos de enfermagem.
- Volição comprometida para o processo de documentação de enfermagem no SClínico do CSP, na versão atual.
- Crenças acerca da versão atual de SClínico do CSP.

Após reflexão com peritos do ODE, acerca da decorrida reunião abandonou-se a proposta inicial, pois percebeu-se o consenso de peritos para uma problemática relacionada com a extração de dados de documentação em enfermagem do SClínico do CSP, de forma a permitir uma parametrização de dados que refletissem ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Identificaram-se as dificuldades e necessidades em termos de documentação de enfermagem em CSP na área das doenças crónicas HTA e DM, no domínio dos SI a serem analisados numa perspetiva de *continuum* de integração de cuidados, por meio de consenso de peritos.

Determinou-se como diagnóstico de situação em saúde:

- A informação no âmbito dos SIE, na área da gestão da doença crónica (HTA e DM) em CSP de um ACeS integrado numa ULS, não efetiva para a VEDE e sua representação em ganhos em saúde.

O projeto emergiu de dois projetos anteriores realizados na USP (supracitados) e do consenso de enfermeiros peritos em VEDE que constituem o ODE, assim como da perspetiva percecionada pela mestranda.

O estudo do diagnóstico de situação em saúde supracitado, concorre para a matriz multidimensional das unidades funcionais dos ACeS nas subáreas de gestão da doença (nas dimensões DM, HTA, doenças cardiovasculares) e integração de cuidados (nas dimensões internamentos evitáveis, urgências evitáveis, planos assistenciais integrados). O processo contratualização dos CSP melhora e incentiva a vigilância de doentes crónicos. O modelo de financiamento aplicado às ULS (processo de contratualização aos CSP que as integram) contempla atribuição de incentivos 40% aos CSP e 20% a resultados relacionados com a integração de cuidados (ACSS, 2022). O estudo e análise da documentação em enfermagem nos SI para a melhoria da VEDE na área da doença crónica contribuem para cuidados integrados de saúde às populações num *continuum* entre os diferentes níveis, com centralidade no utente, como já foi explanado no ponto 2 (contextualização teórica).

No estudo do diagnóstico de situação em saúde aplicou-se a matriz de decisão clínica do MAIEC para avaliar o foco Gestão Comunitária nas suas 3 dimensões de diagnóstico: Processo Comunitário, Participação Comunitária, Liderança Comunitária. A avaliação do foco de atenção central Gestão Comunitária com juízo clínico de comprometido, compreende uma e/ou mais das suas 3 dimensões de diagnóstico comprometidas (Melo P, 2020c).

Como instrumento de recolha de dados desenvolveu-se um questionário (apêndice 1) construído a partir da matriz de decisão clínica MAIEC, já testado e validado em diversos contextos da mesma temática (Melo P, 2020c).

O questionário (Apêndice 1) aborda áreas relacionadas com o conhecimento, crenças, volição, estruturas organizativas existentes e suas dinâmicas, SI, comunicação, colaborações e *coping* comunitário, deste ACeS. Na aplicação do questionário utilizou-se o

*Microsoft Forms* como ferramenta informática, permitindo a pesquisa online e em tempo real. Como técnica de tratamento de dados utilizou-se o *Microsoft Excel*. Os dados são apresentados em tabelas, as quais apresentam as frequências relativas e absolutas às respostas do questionário submetido, para consulta no Apêndice 2. Considerando o possível interesse na divulgação/publicação científica, salvaguarda-se a garantia da confidencialidade e do anonimato de todos os dados fornecidos.

A amostra definiu-se em consenso de peritos ODE, como sendo a comunidade de enfermeiros peritos em documentação clínica de enfermagem com a utilização da CIPE nos SI das Unidades Funcionais do ACeS, na área da gestão da doença crónica (HTA e DM), constituindo-se assim, uma amostra intencional para aplicar o questionário (Apêndice 1).

Realizou-se um pré-teste ao questionário com a colaboração de quatro enfermeiros peritos, definido por atuação de unidade funcional desse ACeS, representativa da amostra intencional, confirmando-se a validação do mesmo. Procedeu-se a algumas alterações sugeridas pelo grupo teste, que em grupo de peritos com a mestrandia, se determinou como pertinentes e necessárias. Utilizou-se o e-mail institucional da ULS dos elementos da amostra intencional, como SI, para o envio do questionário à amostra, através do ODE. Estabeleceu-se o período de 29/11/2022 até 06/12/2022 para o preenchimento do mesmo.

A taxa de adesão de resposta ao questionário foi de 71%, de uma amostra intencional de 49 (denominador) enfermeiros a quem foi enviado e-mail com *link* para o questionário, 35 aceitaram responder e quatro não aceitaram.

Da análise do questionário com recurso ao Modelo referencial teórico MAIEC com avaliação do foco Gestão Comunitária resultaram 35 dimensões de diagnósticos de enfermagem (Apêndice 3), nomeadamente:

- Quatro na dimensão do processo comunitário comprometido com *coping* não efetivo;
- Quatro na dimensão da participação comunitária comprometida, três por comunicação ineficaz e uma para inexistência de estrutura organizativa;
- Seis na dimensão da liderança comunitária comprometida por conhecimento não demonstrado.
- Vinte na dimensão da liderança comunitária comprometida por crenças dos líderes da comunidade.
- Uma na dimensão da liderança comunitária comprometida pela volição dos líderes da comunidade.

Recorreu-se à Grelha de ponderação dos critérios “Magnitude” (relacionado com a dimensão do mesmo na comunidade), “Transcendência” (relacionado com a forma como a intervenção nesse diagnóstico influencia a melhoria de outros), “Vulnerabilidade” (relacionado com a possibilidade de um efeito efetivo na melhoria desse diagnóstico com a intervenção) como modelo de priorização, adaptada dos critérios propostos pelo CENDES-OPAS (Figura 1), aplicando-o à ponderação dos diagnósticos resultantes da análise do questionário (Apêndice 4) (Melo P, 2020c).

**Figura 1:** Grelha ponderação nos critérios “magnitude”, “transcendência”, “vulnerabilidade” adaptação desses critérios propostos pelo CESDES-OPAS (Melo P. , 2020c)

<b>Magnitude</b>	<b>Transcendência</b>	<b>Vulnerabilidade</b>
De 0% a 49%=0	A intervenção no diagnóstico não influencia a melhoria dos outros = 0	A melhoria do diagnóstico não depende da nossa intervenção = 0
De 50% a 64%=1	A intervenção no diagnóstico influencia pouco a melhoria dos outros = 1	A melhoria do diagnóstico depende pouco da nossa intervenção=1
De 65% a 74%=2	A intervenção no diagnóstico influencia a melhoria dos outros = 2	A melhoria do diagnóstico depende da nossa intervenção=2
Acima de 75%= 3	A intervenção no diagnóstico influencia muito a melhoria dos outros=3	A melhoria do diagnóstico depende muito da nossa intervenção=3

Priorizaram-se três dos 35 diagnósticos de enfermagem, com pontuação de sete ou mais pontos (Apêndice 5).

**Participação comunitária comprometida:** comunicação ineficaz (comunicação não eficiente) em 81% dos membros da comunidade que consideram existir uma estrutura organizativa para gestão da doença crónica.

A dimensão diagnóstica do parágrafo acima, refere-se à resposta de um n=16 (46%) que consideram existirem estruturas organizativas (como um grupo de trabalho ou comissão) que reúna todos os interlocutores da ULS, para trabalhar a doença crónica no âmbito da sua documentação. No entanto, desses 16 líderes, 10 (63%) consideram que os mecanismos de comunicação dentro da estrutura organizativa é não efetiva no que se refere à partilha de dúvidas/documentos/referenciação/resultados.

**Liderança comunitária comprometida:** conhecimento sobre Sistemas de Informação no contexto da documentação em Enfermagem não demonstrado em 71% dos membros da comunidade (SCLínico-CSP).

A dimensão de diagnóstico supra citada demonstra que 25 (71%) dos líderes consideram necessitar de formação na área dos sistemas de informação, nomeadamente na sua documentação em enfermagem.

**Liderança comunitária comprometida:** conhecimento sobre a atividade de VEDE do ODE não demonstrado em 69% dos membros da comunidade (que conhecem a existência do ODE).

A dimensão de diagnóstico supracitada demonstra que 10 (69%) dos líderes consideram como não demonstrado o conhecimento da atividade da VEDE do ODE, no âmbito da recolha, análise de dados, sua codificação, classificação e compreensão, no que diz respeito ao processo de enfermagem.

### 3.3 FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Identificados por priorização os Diagnósticos de Enfermagem acima descritos, passa-se à etapa da determinação de objetivos, do planeamento em saúde.

Os objetivos devem compreender na sua estrutura pertinência, precisão, exequibilidade, mensurabilidade e direcionados para a tomada decisão no processo de planeamento com atingimento de indicadores de resultado (Tavares, 1992).

Caracterizou-se a definição de objetivos nas seguintes categorias: finalidade, objetivo geral, objetivo específico e metas, para a decisão clínica da mestrandia no que se refere à consecução do projeto (Melo P, 2020c). Nesse âmbito, em consenso de peritos foi determinada a seguinte caracterização para a fixação de objetivos:

### **Finalidade**

Promover a interoperabilidade dos SI, como uma das dimensões da integração de cuidados, por forma a melhorar a efetividade da VEDE do ODE, do ACeS desta ULS.

### **Objetivo Geral**

Potenciar o empoderamento comunitário pela otimização da Gestão Comunitária para a efetividade da VEDE.

### **Objetivos específicos**

Pretende-se que os objetivos específicos detalhem e particularizem aspetos da situação que se pretende atingir, e que está referida no objetivo geral (Tavares, 1992). Com esse propósito, relacionaram-se as dimensões de diagnóstico com os objetivos específicos, para melhoria do foco gestão comunitária comprometido por participação comunitária comprometida e liderança comunitária, priorizadas (Melo P, 2020c).

Propõem-se, assim, que fiquem refletidas as dinâmicas do grupo de trabalho nas intervenções e nos resultados pretendidos, com a execução dos objetivos específicos (Tavares, 1992). Nesse âmbito, apresenta-se no Quadro 1, as sugestões de objetivos específicos definidos em consenso de peritos do ODE.

**Quadro 1** - Proposta de objetivos específicos

<b>Dimensões de diagnóstico priorizadas</b>	<b>Objetivos específicos</b>
<b>Participação comunitária comprometida:</b> comunicação ineficaz (comunicação não eficiente) em 81% dos membros da comunidade que consideram existir uma estrutura organizativa para gestão da doença crónica.	Melhorar em 31% (de 19% para 50%) a comunicação referente à interoperabilidade política, organizativa, técnica e semântica da estrutura organizativa que trabalha a gestão de doença crónica.

<p><b>Liderança comunitária comprometida:</b> conhecimento sobre Sistemas de Informação no contexto da documentação em Enfermagem não demonstrado em 71% dos membros da comunidade (SCLínico - CSP).</p>	<p>Aumentar em 21% (de 29% para 50%) a perceção dos membros da comunidade sobre SI no contexto do processo clínico de enfermagem dos CSP.</p>
<p><b>Liderança comunitária comprometida:</b> conhecimento sobre a atividade de VEDE do ODE não demonstrado em 69% dos membros da comunidade que conhecem a existência do ODE.</p>	<p>Aumentar em 19% (de 31% para 50%) a perceção da VEDE pelos líderes da comunidade de enfermagem deste ACeS.</p>

### Metas

As metas devem cumprir o resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzidas na forma de indicadores de atividade (Imperator & Giraldes, 1993).

As metas estabelecem o tempo para a realização de objetivos específico (Melo P. , 2020c). Tendo em consideração a relevância do fator tempo necessário para a implementação das intervenções e correspondente avaliação do seu impacto, estabeleceu-se, em consenso de peritos, a sua consecução até março de 2024.

Sugere-se em consenso de peritos do ODE, enquadrar para cada um dos três objetivos específicos, a metas a médio prazo a cumprir por período de um ano, com início em março de 2023.

### Metas definidas

1. Melhorar em 31% (de 19% para 50%) a comunicação referente à interoperabilidade política, organizativa, técnica e semântica da estrutura organizativa que trabalha a gestão de doença crónica, até março 2024.

2. Aumentar em 21% (de 29% para 50%) a perceção dos membros da comunidade sobre SI no contexto do processo clínico de enfermagem dos CSP, até março 2024.

3. Aumentar em 19% (de 31% para 50%) a perceção da VEDE pelos líderes comunidade de enfermagem deste ACeS, até março 2024.

### 3.4 INDICADORES

Melhorias significativas do valor em cuidados de saúde requerem fundamentalmente uma reestruturação do sistema, uma gestão da saúde baseada em valor é um ganho para todos os atores e doentes. A prestação de cuidados, capazes de entregar uma elevada qualidade de serviços de saúde, resulta em melhorias claras de *Outcomes*, em qualidade de vida e custos-efetivos. Nesse âmbito, considera-se como imprescindível a mensuração de indicadores que demonstrem o valor qualidade e equidade em saúde (Porter, 2008).

A mensuração de cuidados em saúde demonstra melhorias significativas, no entanto verifica-se um enfoque em medir o processo e não os *Outcomes*, a sua medição é determinante para acrescentar valor aos cuidados prestados em saúde, à informação encaminhamento para outras áreas, numa perspetiva de integração de cuidados (Porter, 2008).

O modelo de Donabedian para avaliação da qualidade cuidados, como método de intervenção para as melhorias, compreende três tipos de indicadores, de estrutura (relacionado com os recursos financeiros, físicos, administrativos, ativo humano em que são prestados os cuidados de saúde), de processo (relacionado com a prestação de cuidados) e resultado, ou seja, efeito mensurável sobre a saúde (World Health Organization, 2018).

Determinou-se para este projeto pela mestrandia, peritos da ODE e orientador de estágio como indicadores de processo, tarefas a ser realizadas no processo para chegar à implementação de estratégias.

#### **Indicadores de processo**

Sugere-se para este projeto, em consenso de peritos da VEDE e do ODE, como indicadores de processo os que medem a atividade desenvolvida para atingir as metas definidas.

Taxa de adesão à resposta do questionário inicial:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros que responderam ao questionário}}{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros contactados para responderem ao questionário}} \times 100$$

Proporção de enfermeiros abrangidos pelas atividades do ODE (reuniões para ACeS):

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros abrangidos}}{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros elegíveis}} \times 100$$

Taxa de sessões de divulgação do ODE:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de sessões de divulgação realizadas}}{\text{n}^\circ \text{ de sessões previstas}} \times 100$$

Taxa de sessões de reporte da VEDE do ODE aos líderes da comunidade:

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de sessões de reporte da VEDE realizadas}}{\text{n}^\circ \text{ de sessões previstas}} \times 100$$

### **Indicadores de resultado**

Medem a alterações observadas em problemas ou numa situação atual do problema. (Tavares, 1992).

Sugere-se, em consenso de peritos do ODE, para atingir cada uma das metas, os indicadores de resultado seguidamente apresentados.

#### **Para a meta:**

Melhorar em 31% (de 19% para 50%) a comunicação referente à interoperabilidade política, organizativa e técnica e semântica da estrutura organizativa que trabalha a gestão de doença crónica, até março 2024.

### **Indicadores de Resultado**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros com acesso a área virtual da gestão da doença crónica}}{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros que responderam ao questionário}} \times 100$$

- Criar na plataforma da intranet da ULS, *microsite* ODE.

#### **Para a meta:**

Aumentar em 21% (de 29% para 50%) a perceção dos membros da comunidade sobre SI no contexto do processo clínico de enfermagem dos CSP, até março 2024.

### **Indicadores de Resultado**

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros com conhecimento não percioando para SI no contexto do processo clínico de enfermagem CSP}}{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros que responderam ao questionário}} \times 100$$

- Criar jornada anual de conhecimento para o SI SClínico-CSP na ULS.

#### **Para a meta:**

Aumentar em 19% (de 31% para 50%) a perceção da VEDE pelos líderes comunidade de enfermagem deste ACeS, até março 2024.

### Indicador de resultado

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros presentes nas sessões de reporte da VEDE do ODE}}{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros que responderam ao questionário}} \times 100$$

$$\frac{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros presentes nas sessões de divulgação}}{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros que responderam ao questionário}} \times 100$$

### Indicadores de estrutura

Os indicadores de estrutura compreendem todos os recursos e instrumentos, necessárias à efetivação das estratégias de intervenção.

Neste projeto perspetiva-se como necessários os seguintes recursos:

Físicos: auditório do centro de formação da ULS; salas para reuniões com o ODE no ACeS.

Virtuais (software e hardware): Plataforma da intranet da ULS; E-mail institucional;

Recursos humanos: Peritos do ODE e USP; responsáveis pelo departamento do centro de formação, departamento de comunicação da ULS, departamento de apoio à tecnologias de informação.

## 3.5 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

A precisão do planeamento das estratégias concorre para o sucesso do alcance das metas, da produção de indicadores de resultado e de processo, assim como a otimização de recursos dos indicadores de estrutura (Melo P. , 2020c).

As metas, estratégias e atividades especificadas no quadro abaixo indicado, para este projeto referem-se a propostas da mestranda ideadas em consenso de peritos do ODE.

**Quadro 2** - Proposta das estratégias de intervenção e suas atividades

Metas	Estratégias	Atividades
Melhorar em 31% (de 19% para 50%) a comunicação referente à interoperabilidade política, organizativa	- Eleger um dos peritos do ODE como responsável pelos conteúdos do <i>microsite</i> na plataforma da ULS.	- Reunião para peritos do ODE para definirem as atribuições das atividades e elegerem um responsável por conteúdos TIC.

<p>e técnica e semântica da estrutura organizativa que trabalha a gestão de doença crónica, até março 2024.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar a VEDE decorrente das atividades e investigação do ODE.</li> <li>- Ensinar sobre semântica e estrutura organizativa do ODE.</li> <li>- Criar acesso geral aos profissionais da ULS, na sua plataforma.</li> <li>- Promover a cultura de transparência do ODE.</li> <li>- Promover a execução de estratégias em cooperação com outros departamentos da ULS.</li> <li>- Continuar a estratégia da <i>newsletter</i> iniciada pelo investigador anterior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação de acesso geral aos profissionais de saúde às atividades e VEDE do ODE, pela criação de micro site na plataforma da intranet existente na ULS.</li> <li>- Reunião com departamento de comunicação e TI da ULS para a área criada para o ODE, em forma de colaboração na efetividade da dinâmica e comunicação do micro site.</li> <li>- Monitorização do número de acessos ao novo micro site ODE da plataforma da ULS.</li> </ul>
<p>Aumentar em 21% (de 29% para 50%) a perceção dos membros da comunidade sobre SI no contexto da documentação clínica de enfermagem dos CSP, até março 2024.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensinar os membros da comunidade acerca do SI, na área do Processo clínico de enfermagem dos CSP – Duas Ações de formação por peritos na área do SClínico-CSP versão beta, aos líderes da comunidade.</li> <li>- Criar jornada anual de conhecimento para o SI SClínico-CSP na ULS.</li> <li>- Promover a realização de jornadas anuais para o conhecimento do SClínico-CSP em parceria com centro de formação e grupos de peritos em SClínico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunião com grupo perito em SClínico-CSP deste ACeS para planear ações formação.</li> <li>- Ações de formação aos líderes da comunidade na área da gestão da doença crónica, pela entidade perita em SClínico – CSP deste ACeS.</li> </ul>

<p>Aumentar em 19% (de 31% para 50%) a perceção da VEDE pelos líderes comunidade de enfermagem deste ACeS, até março 2024.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover uma comunicação digital democrática e efetiva entre ODE e restante ULS através das TIC.</li> <li>- Promover a divulgação VEDE do ODE, aos líderes da comunidade em sessões de reporte.</li> <li>- Continuar a estratégia da <i>newsletter</i> iniciada pelo investigador anterior.</li> <li>- Criar listagem no sistema de dados estatísticos da instituição com perfil ODE, no SI de dados estatísticos.</li> <li>- Criar na plataforma da intranet da ULS, micro site ODE, de acesso geral à VEDE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reuniões para reporte da VEDE aos líderes da comunidade do ACeS em gestão de doença.</li> <li>- Convite de outros profissionais de saúde peritos em gestão doença crónica para as reuniões de reporte.</li> <li>- Elaboração conteúdos de <i>newsletter</i> enfermagem da ULS, onde está integrado o ACeS.</li> <li>- Envio de <i>newsletter</i> a toda a comunidade de enfermagem do ACeS.</li> <li>- Pedido de acesso para todos os peritos do ODE às listagens de informação de dados estatísticos referentes à doença crónica HTA e DM.</li> </ul>

No que se refere ao planeamento do cronograma das atividades, será definido pelo grupo peritos do ODE a cumprir-se no período de um ano com início em março de 2023.

### 3.6 AVALIAÇÃO DO PROJETO

Esta etapa do planeamento constitui um mecanismo de retroação sobre todas etapas do planeamento. Refere-se ao final do processo do planeamento, deve compreender características de precisão e determinar o grau de sucesso do projeto por critérios e normas

específicas. A avaliação em planeamento demonstra o nível de adequação entre objetivos e estratégias (Tavares, 1992).

Estabelece-se como proposta a avaliação do projeto pela qualidade do resultado, através dos indicadores de resultado sugeridos para o cumprimento das metas, da implementação do mesmo questionário à mesma amostra da comunidade em março de 2024, após implementação das estratégias de intervenção. Com a avaliação dos indicadores de processo, permite-se o mecanismo de retroação do planeamento das atividades e dessa forma adequar as mesmas às necessidades.

## 4. DO PROJETO AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A operacionalização do projeto integrado na consecução do relatório, permitiu à mestranda desenvolver competências inerentes ao grau de Mestre e também de competências de EEESCSP. Nesse âmbito do seu percurso, a mestranda desenvolveu capacidades em áreas inerentes à sua concretização. Nomeadamente capacidades relacionadas com a utilização de sistemas de informação, redação de trabalhos de forma científica e rigorosa, mas com a flexibilidade mental necessária às suas constantes dinâmicas, que lhe são inerentes, pois a ciência só é exata para o presente e no máximo permite projeções do amanhã.

Apresenta-se em formato sucinto, no Quadro 3, a reflexão autocrítica do trabalho desenvolvido nas áreas das competências académicas e profissionais ao longo do percurso realizado neste mestrado e estágio clínico.

**Quadro 3** - Análise crítico-reflexiva das competências de Mestrado e EEESCSP

Competência Académica/Profissional	Análise crítico-reflexiva
<b>Competências académicas do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária na área de ESCSP</b>	
a) Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada	A mestranda integrou o conhecimento e evidência resultante da sua experiência profissional (22 anos) numa ULS, assim como os processos de vida experienciados, a formação adquirida no mestrado e o desenvolvimento do projeto. Durante esse processo desenvolveu competências, com melhoria nas áreas dos SI, pesquisa científica, disciplina e organização. A resiliência necessária à conjugação de

	<p>trabalho por turnos/estudo/vida pessoal, já existia, no entanto, foi um desafio. A flexibilidade e capacidade de adaptação desenvolvida ao longo da vida pessoal e profissional, permitiu a adaptabilidade às mudanças necessárias para a realização deste mestrado.</p>
<p>b) Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara</p>	<p>A dificuldades encontradas na comunicação da contextualização teórica que se pretendia abordar a problemática no estágio e no decurso do mestrado, foram ultrapassadas pela sua capacidade de as comunicar de forma clara e assertiva, utilizando apetências já desenvolvidas na vida profissional e outras aprendidas no próprio mestrado.</p> <p>As reuniões com os elementos da USP e peritos da área da temática do projeto, a mestranda comunicou claramente o prisma da direção pretendida para abordar a problemática de saúde.</p> <p>O desafio de apresentação do relatório e consequentemente o seu projeto, ainda não poderá ser avaliado, pois ira se realizar após esta análise.</p>
<p>c) Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização</p>	<p>A abordagem da VEDE numa perspetiva de integração de cuidados da multimorbilidade no nível um de cuidados de saúde, numa visão mais macro das necessidades. Aplicou-se considerável pesquisa científica e criatividade para a síntese e incorporação destes conceitos, demonstrando a</p>

	necessidade de mais estudos de Enfermagem nestas temáticas.
d) Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada	A mestranda utilizou a sua prática baseada na evidência e formação académica, para estabelecer o processo de planeamento em saúde, associado à aplicação da matriz de decisão MAIEC ao projeto, tendo adequado as projeções necessárias em algumas etapas do mesmo.
e) Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da sua especialização	A concretização do estágio, a elaboração e consecução do relatório de estágio a ser comprovada em provas públicas, a que a mestranda será submetida.
f) Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização	Na sua prática profissional, os enfermeiros têm consciência da necessidade de melhoria nos processos de tomada de decisão baseados em indicadores que reflitam os seus cuidados e ganhos em saúde. No entanto, prevê-se um longo caminho para a demonstração de VEDE, por a gestão das UF no que respeita aos cuidados de enfermagem no ACeS, trabalharem maioritariamente para indicadores de processo e os sistemas de informação ainda necessitarem de melhorias que se direcionem para métricas que permitam a padronização de metadados referentes a ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.
g) Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização	O desafio de gestão do projeto revela-se por si só complexo na sua realização no tempo disponível para o estágio, sendo claramente

	<p>insuficiente para a sua consecução. A acrescer ao desafio tempo, situações imprevistas, referentes às dinâmicas inerentes a um projeto, como questões reformulação da sua direção, situações complexas relacionadas com aprovação de documentos, coordenação com equipa de peritos e outros elementos de enfermagem condicionam atrasos na sua realização.</p>
<p>h) Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas</p>	<p>A tomada de decisão no decorrer do estágio foi sempre tomada com base na evidência, pela pesquisa e estudo de artigos científicos durante o processo, assim como das diretrizes do PNS 2021-030.</p> <p>No respeito a questões éticas, garantiu-se o anonimato de todos os dados sensíveis recolhidos, assim como os pareceres e autorizações favoráveis a uma possível futura publicação. Teve-se também o cuidado de manter o anonimato e confidencialidade das instituições e dos documentos colocados em anexo neste relatório.</p>
<p>i) Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências</p>	<p>O processo de desenvolvimento de planeamento em saúde aplicado ao projeto e colheita de dados, permitiu incorporar a investigação e obtenção de resultados na direção do estudo desenvolvido, no entanto a sua implementação foi proposta e não será executada e avaliada pela mestranda pois exige tempo, que excede o período de estágio.</p>

<p>j) Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência</p>	<p>Ao longo de todo o mestrado e especificamente no referido estágio, foi realizado pela mestranda pesquisa e estudo artigos científicos, livros de referência na temática desenvolvida, com preferência para os mais recentes, dado a evolução e rápidas mudanças epidemiológicas, e suas implicações na VEDE, nas dinâmicas da integração de cuidados em saúde.</p>
<p>k) Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização</p>	<p>A mestranda desenvolveu o projeto no âmbito do ODE/CIIS com integração do referencial MAIEC no mesmo. Foi desenvolvido com a possibilidade de publicação científica.</p>
<p>l) Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura</p>	<p>Demonstrou-se pelas propostas de estratégias de intervenção descritas no relatório.</p>
<p>m) Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar</p>	<p>Aplicou conhecimento e experiência baseada na evidência do seu trabalho em serviço de urgência com equipas multidisciplinares no decorrer do estágio e do desenvolvimento do relatório, nas suas tomadas de decisão.</p>
<p>n) Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização</p>	<p>Não aplicável.</p>
<p>o) Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros</p>	<p>Desenvolvido pelo desafio colocado nas propostas ao ODE para a implementação das metas, estratégias e atividades.</p>

p) Identificar as necessidades formativas na sua área de especialidade	Determinou-se pela atividade diagnóstica prioritizada no projeto.
q) Promover formação em serviço na área da especialização	Esta atividade foi proposta aos grupos com competência necessária para atingir os resultados necessários à melhoria do diagnóstico.
r) Colaborar no processo de integração de novos profissionais	A realização do estudo apresentado em relatório contribui para a sua continuidade de forma clara e objetiva à posteriori por colegas.
s) Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica	Aplicou-se a tomada decisão para a direção e orientação deste projeto que surge na continuidade de outros projetos do ODE/MAIEC e da VEDE neste ACeS.
t) Gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização	Esta competência enforma-se no próprio processo de gestão do projeto realizada pela mestranda.
u) Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional	Estas competências foram desenvolvidas no decorrer da vertente teórica do mestrado e a nível pessoal, autonomia e resiliência fazem parte das características da mestranda, que neste percurso se desenvolveram mais em áreas que as mesmas não eram tão cimentadas, pela aquisição de novo conhecimento na área de enfermagem e outras.
v) Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização	Não aplicável.
w) Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização	Aplicou e integrou todo o conhecimento do regulamento dos padrões de Qualidade dos

	Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.
<b>Competências de Especialista em Enfermagem Comunitária na área de ESCSP</b>	
Estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.	<p>Com base na metodologia de planeamento em saúde, foi elaborado pela mestranda diagnóstico de saúde de uma comunidade, estabelecida a priorização dos problemas identificados, de acordo com a competência legislada para esta especialidade.</p> <p>As metas foram propostas direcionadas para a priorização identificada, a médio prazo no sentido da sua exequibilidade.</p>
Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades.	Estabeleceu estratégias incluindo a educação, advocacia, comunicação direcionadas ao empoderamento dos líderes comunitários em enfermagem desse ACeS, baseado no referencial teórico MAIEC.
Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.	Integrou na gestão de projeto a filosofia do PNS 2021-2030. Todo o projeto está direcionado para a integração de cuidados da doença crónica (HTA e DM), na dimensão do SI e sua partilha, para o a ganhos sensíveis aos cuidados de saúde.
Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.	Apresentou dados epidemiológicos cujos resultados se encontram no relatório de estágio, referentes aos líderes da comunidade desse ACeS.



## 5. CONCLUSÃO

O desafio constituído pelo relatório em si associado à integração de um projeto no mesmo, com a utilização de metodologia de planeamento em saúde, demonstrou-se uma oportunidade para a mestranda testar conhecimento adquirido no percurso do Mestrado em Enfermagem como EEESCSP e experiência individual, na forma de Estágio Final. Nesse âmbito permitiu-se a aprendizagem e a capacitação para as competências de EEESCSP.

O estudo realizado no projeto compreendeu algumas limitações, nomeadamente o prazo despendido para a comunidade líder responder ao questionário a acrescer o fato de se ter realizado a meio do mês de Dezembro. No entanto, essas limitações respeitam apenas a causas fora do alcance da Mestranda. Outras limitações relacionadas com a operabilidade dos projetos, como reunir peritos para as reuniões, o seu consenso relativamente à direção do projeto, mesmo sendo na continuidade de outros já realizados. Fatores estes que contribuíram em parte para impossibilidade de implementar intervenções dentro do período determinado para o estágio.

No que refere à implementação de um projeto com a metodologia de planeamento em saúde no período concebido para o Estágio Final, considera-se quase improvável o seu alcance, pois considerar-se perentório o fator tempo para efetivação das estratégias de intervenção e determinar a sua avaliação com indicadores de resultados indubitáveis e com visibilidade para uma VEDE efetiva.

Identificou-se neste projeto, com utilização do referencial MAIEC uma priorização de dimensões diagnósticas que confluem na direção do referencial teórico. Os problemas priorizados referem-se à necessidade de melhorar a comunicação da estrutura organizativa para a gestão de doença crónica, efetivando o conhecimento sobre SI e atividade da VEDE do ODE. Verificou-se necessidades formativas dos líderes da comunidade de Enfermagem na área de doença crónica para documentação em SIE.

Como refere Osório (2021), a coexistência de tantos SI causa limitações no desempenho dos profissionais de saúde. No entanto, apresentam vantagens quanto à produção de milhões de dados.

Os SI possibilitam por meio das TIC partilhar e manter fluxos de informação necessárias à colheita de metadados e sua possível padronização, resultantes da documentação de cuidados de enfermagem.

Considera-se imprescindível criar soluções para melhorar a interoperabilidade entre os vários sistemas, através de um incremento simultâneo na capacidade *user friendly*, formação para o seu uso e auscultando sempre os profissionais dos vários níveis de saúde (Nascimento, Frade, Miguel, Presado, & Cardoso, 2021). Estudos com referenciais teóricos de enfermagem como o MAIEC, tem-se demonstrado valorosos para a auscultação de líderes da comunidade de enfermagem dos CSP.

A existência de um ODE com uma cultura de transparência em toda a sua atuação, integrado num ACeS de uma ULS, cria oportunidade para melhorar a VEDE através do empoderamento dos líderes da comunidade em documentação de enfermagem nos SIE, mensurabilidade de cuidados orientados para os resultados e da sua interoperabilidade entre níveis de cuidados.

Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde demanda a existência de dados de qualidade, com rigor e sua medição de forma precisa (World Health Organization, 2018).

Urge a necessidade de envolver os líderes da comunidade em documentação na compreensão do processo da VEDE, e da sua importância para melhorar as métricas dos dados dos SI, sua clareza, qualidade, rigor produzir indicadores de processo e de resultado. Obter indicadores de resultado referentes a cuidados de enfermagem permite demonstrar os ganhos em saúde sensíveis aos seus cuidados. A efetividade do ODE tem um papel cabal na integração de cuidados pelo poder de intervenção na melhoria da interoperabilidade:

- **Semântica** - terminologias, ontologias, esquema de dados.
- **Técnica** - padronização da comunicação nos SIE e representação da informação.
- **Organizativa** – capacidade organizativa nos diferentes níveis de cuidados na área de enfermagem da ULS, no que respeita à compatibilização de processos, volição e canais de fluxo de informação.
- **Política** – ou seja, pode melhorar a acessibilidade de toda a comunidade de enfermagem e outros profissionais de saúde à VEDE e toda a informação necessária à gestão da doença crónica.

Complementa-se propondo que na continuidade da futura implementação do projeto apresentado neste relatório, outros estudos se realizem de um ângulo mais integrador de cuidados de saúde dos diferentes níveis de cuidados. Sugere-se como estudos que integrem

CSP e Serviço de Urgência da mesma ULS, no que respeita à avaliação do grau de empoderamento dos líderes da comunidade de enfermagem do Serviço de Urgência para a VEDE, seus fluxos de informação e seus SI, na gestão da alta do doente crónico agudizado para os CSP. A mestrandagem coloca a hipótese de o número de entradas no Serviço de Urgência com agudização de doença crónica diminuir com o desenvolvimento da efetividade em VEDE no Serviço de Urgência e nos CSP, contribuindo para a integração de cuidados de saúde num *continuum*.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (março de 2022). Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2022. Portugal: República Portuguesa Saúde.
- Azevedo, A. (Abril de 2014). DAS PALAVRAS AOS ATOS UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM. *GESTÃO HOSPITALAR*, 38-41.
- Bastos, F. S. (2013). A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença crónica e regime terapêutico. Porto, Portugal. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.14/11990>
- Bastos, F., Morais, E., Campos, J., Oliveira, F., Machado, N., & Pereira, F. (2021). Representação do conhecimento em enfermagem do trabalho na ontologia de enfermagem. *Suplemento digital rev ROL enferm*, 57-61.
- Belo, A., Gaspar, C., Almeida, C., Seringa, J., Papança, M., & Santana, R. (2021). *Handbook de Integração de Cuidados*. Coimbra, Portugal: Edições Almedina.
- Campos, L. (Out/Dezembro de 2017). Integração de Cuidados: A reforma que falta . *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina* , 24, 259-61.
- CDC. (21 de Julho de 2022). *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion*. Obtido em Dezembro de 2022, de <http://www.cdc.gov/>: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>
- Dick, T. K., & Patrician, P. A. (October-December de 2017). The Value of Nursing Care: A Concept Analysis. *NURSING FORUM AN INDEPENDENT VOICE FOR NURSING*, 52, 357-365.
- ERS. (Fevereiro de 2015). ESTUDO SOBRE O DESEMPENHO DAS UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE. Porto, Portugal: Entidade Reguladora da Saúde.
- Fernandes, S., & Tareco, E. (22 de Setembro de 2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde. Uma revisão de níveis de abordagem. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de informação*, nº9, 32-45.

- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). Metodologia do planeamento da saúde. *Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa, Portugal: Escola Nacional de Saúde Pública.
- JCS. (março de 2002). Primeiro Doutoramento em Ciências da Enfermagem. *Jornal de Enfermagem*, 6-7.
- Lapão, L. V. (12 de Setembro de 2010). Papel crítico dos sistemas de informação na saúde. *Considerações no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa, Portugal: Instituto de Higiene e Medicina Tropical Universidade Nova de Lisboa.
- Last, J. (2001). A dictionary of epidemiology. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Laverack, G. (2022). *Guia de bolso para a promoção da saúde*. Portugal: UCE.
- Matos, A. C. (2019). *Laço de Seda Mente de Diamante*. Forte da Casa, Vila Franca de Xira, Portugal: Climepsi Editores.
- Melo, P. (2020c). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa, Portugal: LIDEL.
- Melo, P. (5 de Outubro de 2020a). Investigação em Enfermagem: Que contributos para a Ciência e para a Sociedade. *Investigação em Enfermagem: Que contributos para a Ciência e para a Sociedade*. Portugal: justNews.
- Melo, P. M., Silva, R. C., & Figueiredo, M. H. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência*, 19(Artigo de Investigação), 81-90.
- Melo, P., Amado, J. N., Pereira, A., Maciel, C., Pinto, T. V., & Cardoso, T. (15 de June de 2020b). Assessing Community Empowerment for an Innovative Epidemiologic Approach. *healthcare*, 8, 1-11.
- Ministério da Saúde. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável de tod@s para tod@as. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Miranda, D. M. (Julho de 2020). EPIDEMIOLOGIA CENTRADA NAS PESSOAS: UM PROCESSO DE ESPECIALIZAÇÃO. Porto, Portugal: Universidade Católica Portuguesa.
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M., & Cardoso, M. (12 de Fevereiro de 2021). Os desafios dos sistemas de informação em Enfermagem: revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 505-510.
- OE. (16 de Julho de 2018). Regulamento n.º 428/2018. *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de*

- Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Saúde Familiar*. Portugal: DRE.
- OE. (23 de Abril de 2015). Regulamento n.º190/2015. *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Portugal: DRE.
- OE. (24 de Abril de 2007). Sistemas de informação de enfermagem. *Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*, 1-8. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Oner, B., Zengul, F. D., Oner, N., Ivankova, N. V., Karadag, A., & Patrician, P. A. (9 de September de 2020). Nursing-sensitive indicators for care: A systematic review. *Nursing Open* , 1005-1022.
- Osório, M. C. (2021). Dissertação de Mestrado. *PAPEL DAS PLATAFORMAS DIGITAIS NA PANDEMIA POR COVID-19: PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS GESTORES*. Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Paiva, A., Cardoso, A., Sequeira, C., Morais, E. J., Bastos, F., Pereira, F., . . . Sousa, P. (2014). *Análise da Parametrização Nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE*. Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Porter, M. E. (2008). Value-Based Health Care Delivery. *Annals of Surgery*, 248, 144-150.
- Rodrigues, D., & Correia, J. A. (2021). *CUIDADOS DE PROXIMIDADE UM ROTEIRO PARA A HUMANIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO*. (S. EDIÇÕES ALMEDINA, Ed.) Coimbra, Portugal: ALMEDINA.
- Sales, O. M., & Pinto, V. (29 de março de 2019). Tecnologias digitais de informação para a saúde: revisando os padrões de metadados com foco na interoperabilidade. *Reciis*, 13, 219-221.
- Santana, R., & Costa, C. (março de 2008). A integração vertical de cuidados de Saúde: aspetos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde de Pública*, 7, 29-56.
- Santos, S. M. (março de 2019). O EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO PARA A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM. Porto, Portugal: Universidade Católica Portuguesa.
- Tavares, A. (1992). *MÉTODOS E TÉCNICAS DE PLANEAMENTO EM SAÚDE*. (M. d. Saúde, Ed.) Ministério da Saúde.
- Welton, J. M., & Harper, E. M. (2016). Measuring Nursing Care Value. *CNE SERIES*, 34, 7-14.

WHO & UNICEF . (2018). A vision for the primary health care in the 21 st century:  
towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. 46.  
Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2018). Handbook for national quality policy and strategy. *a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*,  
86. Geneva, Switzerland: World Health Organization .



## **ANEXOS**

## ANEXO 1 – Regulamento do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem da ULS



Tipo de Doc.: REGULAMENTO		
Título: Regulamento do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem		
N.º/Revisão: 3253.0	Data de Emissão: 2022-10-14	
Emitido por: Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem		
Autores: [REDACTED]		
Aprovado por: Conselho de Administração		

Documento Controlado Informaticamente

página 1 de 6

3253.0

[REDACTED]

## 1 - OBJETIVOS

Regulamentar a atividade do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem.

Definir as estratégias de vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem.

## 2 - ÂMBITO OU CAMPO DE APLICAÇÃO

Destina-se aos elementos que constituem o Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem, da [REDACTED] EPE, adiante designado por ODE.

## 3 - MODO DE PROCEDER/ DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

Artigo 1º

Finalidades

O Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem (ODE) tem como finalidade:

- Caracterizar o padrão de documentação;
- Colaborar e acompanhar os processos de documentação e parametrização nos sistemas de informação;
- Realizar a vigilância epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem;
- Colaborar na elaboração do Diagnóstico de saúde da comunidade;
- Contribuir para melhorar os indicadores de saúde pública e os de enfermagem em saúde pública;
- Identificar necessidades formativas e propor ações de melhoria.

Artigo 2º

Competências

São competências do ODE:

- Realizar a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem permitindo uma melhor caracterização do estado de saúde da população;
- Proceder à divulgação dos resultados da vigilância epidemiológica no âmbito dos diagnósticos de Enfermagem;
- Colaborar com o Conselho Clínico e de Saúde da Unidade Local de Saúde de [REDACTED] no processo de contratualização, governância clínica e planeamento em saúde;
- Providenciar consultoria às Unidades Funcionais e de Gestão no que se refere à vigilância epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem;
- Desenvolver investigação no contexto da Epidemiologia e Planeamento em Saúde no contexto dos Diagnósticos

de Enfermagem;

- Criar instrumentos de colheita de dados para a vigilância epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem;
- Sistematizar informação de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- Participar na formulação de indicadores decorrentes da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem e dos fenómenos de saúde/doença da população de ██████████
- Identificar oportunidades de melhoria de documentação que interferem com os processos de vigilância epidemiológica;
- Colaborar no processo de auditoria aos registos de Enfermagem;
- Contribuir com dados da vigilância epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem no Diagnóstico de Saúde e Plano Local de Saúde do ACeS de ██████████

Artigo 3º

Estruturas

O ODE é constituído por duas estruturas:

1. Coordenação;
2. Conselho Executivo.

Artigo 4º

Coordenação

São membros da Coordenação do ODE:

- Um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária da Unidade de Saúde Pública (USP) de ██████████
- O Enfermeiro do Conselho Clínico e de Saúde da ██████████
- O Enfermeiro coordenador do Grupo Refletir Enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários (GRECSP).

Artigo 5º

Competências da Coordenação

Compete à Coordenação do ODE:

- Propor ao Enfermeiro Diretor a constituição do Conselho Executivo;

*Documento Controlado Informaticamente*

3253.0

página 3 de 6

██████████

- Convocar as reuniões gerais do ODE;
- Aprovar anualmente o Plano de atividades do ODE;
- Representar o ODE junto do ACeS e da Comunidade;
- A Coordenação pode delegar a representação do ODE num membro de outro órgão, se o considerar necessário;
- Propor estudos epidemiológicos ao Conselho Executivo;
- Propor formação e consultoria aos órgãos do ODE;
- Propor ao coordenador da USP a inclusão de contributos obtidos no ODE para o Diagnóstico Local de Saúde e o Plano Local de Saúde.

#### Artigo 6º

##### Conselho Executivo

São membros do Conselho Executivo, para além dos membros da Coordenação:

- Os enfermeiros da USP, sendo que um deles preside e tem voto de qualidade em caso de empate;
- Elementos do GRECSP indicados pelo coordenador do grupo;
- Um representante da Direção de Enfermagem.

#### Artigo 7º

##### Competências do Conselho Executivo

Compete ao Conselho Executivo:

- Elaborar o plano de vigilância epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem;
- Realizar o plano de atividades do ODE;
- Realizar os relatórios e demais publicações relacionadas com as atividades do ODE;
- Propor recomendações ou tomadas de posição, expressas em ata;
- Propor a integração, através de protocolos de colaboração, de pelo menos um elemento do:
  - \* Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão da [REDACTED];
  - \* Departamento de tecnologias de informação da [REDACTED];
  - \* Data Protection Officer (DPO);
- Indicar elementos que, perante matérias e temáticas específicas, o ODE considere que deverá auscultar;
- Propor o convite a outros elementos, que a título individual ou institucional, possa ser pertinente a sua integração no ODE.

#### Artigo 8º

Normas gerais e demais informações

Todas as informações omissas neste regulamento devem ser consideradas no âmbito das orientações legais e normativas da ULS de Matosinhos, devendo em caso de dúvida prevalecer a decisão dos membros de coordenação da ODE.

#### **4 - RESPONSABILIDADES**

Conforme descrito no ponto 3 - Modo de proceder/Descrição das atividades.

#### **5 - MATERIAL E EQUIPAMENTO**

Não aplicável.

#### **6 - DEFINIÇÕES**

ACeS - Agrupamento dos Centros de Saúde

GRECSP - Grupo Refletir Enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários

ODE - Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

SClínico - Sistema de Informação Clínico

██████████ - Unidade Local de Saúde ██████████

USP - Unidade de Saúde Pública

#### **7 - REFERÊNCIAS/DOCUMENTOS ASSOCIADOS**

Melo, Pedro. "Enfermagem Comunitária Avançada: Um modelo de empoderamento comunitário". 2016.  
<https://ciencia.ucp.pt/en/publications/2a78913c-a818-4d19-9689-c53a19db7e86>.

#### **8 - REGISTOS**

Conforme descrito no ponto 3 - Modo de proceder/Descrição das atividades.

*Documento Controlado Informaticamente*

3253.0

página 5 de 6





## 9 - ANEXOS

Não aplicável.

*Documento Controlado Informaticamente*

3253.0

página 6 de 6





## **APÊNDICES**

APÊNDICE 1 – Questionário “Gestão da doença crónica (HTA e DM) |  
Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem”

# Gestão da doença crónica (HTA e DM) | Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

O ACeS de [REDACTED] e o Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem, em parceria com a Universidade Católica Portuguesa (UCP) tem em curso o projeto Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) com a finalidade de contribuir para a promoção da Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem.

A Unidade de Saúde Pública pretende avaliar, a liderança comunitária, a participação comunitária e o processo comunitário a partir dos **líderes da comunidade ACeS** que desenvolvem trabalho relacionado com a **gestão destas doenças crónicas**. Inserido no contexto do projeto MAIEC, estamos a desenvolver o processo de empoderamento da comunidade ACeS de [REDACTED] para promover a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem (VEDE) **no contexto da gestão da doença crónica (Hipertensão Arterial- HTA e Diabetes Mellitus- DM)**.

Os dados recolhidos irão avaliar os conhecimentos, as crenças, a volição, a existência de estruturas organizativas, a comunicação, parcerias e coping comunitário, neste ACeS. Face à pertinência dos dados, poderá haver interesse na divulgação/publicação científica, salvaguardando que será garantida a confidencialidade e anonimato de todos os dados fornecidos

O tempo previsto para o preenchimento do formulário é de aproximadamente 10 minutos, por isso contamos com a sua colaboração para o sucesso deste projeto. Garante-se confidencialidade e anonimato de todos os dados fornecidos.

Para qualquer esclarecimento/comentário pode entrar em contacto com:

- Unidade de Saúde Pública (equipa de enfermagem) - [REDACTED]

[REDACTED]

- Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem de [REDACTED] [REDACTED]

[REDACTED]

1. Aceita participar neste estudo? \*

Destinatários : Enfermeiros peritos em áreas respeitantes à documentação nos sistemas de informação nos CSP, sua monitorização e avaliação, na contexto da gestão da doença crónica HTA e DM

- Sim, aceito.
- Não pretendo participar.

## Dados Sociodemográficos

### 2. Idade \*

O valor tem de ser um número

O valor tem de ser um número

### 3. Experiência profissional como enfermeiro(a) \*

(tempo de experiência em anos)

O valor tem de ser um número

O valor tem de ser um número

### 4. Experiência profissional na Unidade do ACeS onde exerce funções

\*

(tempo de experiência em anos)

O valor tem de ser um número

### 5. Habilitações \*

Indique o nível mais elevado

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Pós-Graduações

6. Indique a área do mestrado

7. Indique a área do doutoramento

8. Indique a área da pós-graduação

9. Tem alguma especialidade em Enfermagem? \*

- Não tenho especialidade em Enfermagem
- Enfermagem Comunitária
- Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública
- Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Familiar
- Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
- Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica
- Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa
- Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- Enfermagem de Reabilitação

10. Em que tipo de unidade do ACeS exerce funções? \*

- USP
- UCC
- USF
- UCSP
- Outra

11. Na sua atividade profissional diária, efetua o registo em sistemas de informação? \*

Sim

Não

12. Indique que sistemas de informação utiliza , na sua prática clínica ? \*

	Sim	Não
SClínico Cuidados de Saúde Primários (CSP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SClínico Hospitalar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SClínico Central	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GestCare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Dos sistemas de informação que referiu utilizar na pergunta anterior, considera que repete os registos em diferentes sistemas de informação? \*

- Sim
- Não
- Não sei responder
- Prefiro não responder

14. Teve formação específica no(s) sistemas de informação que utiliza, ministrada pela ULS ou outra entidade creditada? \*

- Sim
- Não

15. Assinale em qual(ais) dos sistemas de informação teve formação? \*

Formação certificada

	Sim, tive formação	Não tive formação
SClínico Cuidados de Saúde Primários (CSP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SClínico Hospitalar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SClínico Central	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GestCare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Indique em anos o tempo decorrido da última formação que frequentou na área dos sistemas de informação \*

- < 1 ano
- [1 -2 anos[
- [2 -3 anos[
- [3 -4 anos[
- [4 -5 anos[
- > 5 anos
- > 10 anos

17. Considera que necessita de formação na área dos sistemas de informação nomeadamente na sua documentação em enfermagem? \*

- Sim  
 Não

18. Indique em que sistemas de informação considera ter necessidades formativas: \*

	Sim	Não
SClínico Cuidados de Saúde Primários (CSP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SClínico Hospitalar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SClínico Central	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GestCare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Considera-se motivado para utilizar os sistemas de informação na sua atividade profissional diária? \*

- Sim  
 Não

20. Para cada uma das afirmações seguintes, relativas aos Sistemas de Informação, indique o seu nível de concordância: \*

Deve preencher todos os itens

	Não concordo com a afirmação	Concordo com a afirmação
Não me identifico com a linguagem utilizada pelos sistemas de informação (CIPE)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não me identifico com os diagnósticos de enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não me identifico com as intervenções de enfermagem existentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os sistemas de informação não ajudam na tomada de decisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os sistemas de informação em enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

não permitem a partilha com outros grupos profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os registos nos sistemas de informação não representam os cuidados prestados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não permite obter\extrair ganhos em saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de recursos humanos para realizar os registos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de recursos materiais (exemplo: Software e Hardware antigos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldade em monitorizar os registos de enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os registos nos sistemas de informação de enfermagem não têm as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

escalas de  
avaliação  
necessárias


21. Para além das afirmações apresentadas anteriormente, quer acrescentar alguma informação relativa aos Sistemas de Informação:

22. Utiliza outro software para documentação de registos de enfermagem (Excel/ Teams/ Forms/ outros)? \*

- Sim
- Não

23. Selecione a principal razão que o(a) levam a utilizar o software indicado anteriormente? \*

- Respondem melhor à documentação em Enfermagem
- Maior facilidade em aceder de qualquer local
- Utilização de escalas que não estão parametrizadas no Sclinico
- Outros

24. Considera que existe uma estrutura organizativa (como um grupo de trabalho ou comissão) que reúna todos os interlocutores da  incluindo a unidade/grupo que representa, para trabalhar a gestão da doença crónica (HTA e Diabetes), no âmbito da sua documentação? \*

Sim

Não

25. Considera que existe/em mecanismos de comunicação dentro dessa estrutura organizativa? \*

(nomeadamente no que se refere à partilha de dúvidas/ documentos/ referênciação/ resultados ou outros)

Sim

Não

Não sei responder


26. Considera que a comunicação dentro da estrutura que referiu é eficiente? \*

Estrutura organizativa (como um grupo de trabalho ou comissão)

Sim

Não

Não sei responder

27. Conhece o Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem (ODE) do ACeS de ? \*

- Sim
- Não

28. Tem conhecimento da atividade de Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem (VEDE) do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem (ODE) no âmbito da recolha, análise de dados, sua codificação, classificação e compreensão, no que diz respeito ao processo de enfermagem? \*

- Sim
- Não
- Não sei responder

29. Considera a documentação no SClinico suficientemente robusta para a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem (VEDE) no âmbito da gestão da doença crónica HTA e/ou DM? \*

- Sim
- Não
- Não sei responder

30. Participa em algum projeto relacionado com a VEDE no âmbito da gestão da doenças crónica HTA e/ou DM? \*

VEDE = Vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem

Sim

Não

31. Conhece o Manual de Boas Práticas na área de Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular disponível na Gestão da Informação Documentada do SGI da sua instituição? \*

Sim

Não

32. Considero os focos de atenção sugeridos pelo Manual de Boas Práticas na área de Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular importantes para a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem: \*

Discordo totalmente (1)

Discordo parcialmente (2)

Nem discordo nem concordo (3)

Concordo (4)

Concordo totalmente (5)

33. Dos seguintes focos de atenção sugeridos no manual anteriormente referido, assinale qual(ais) utiliza, associado ao P.N.D.C.C. Risco: Hipertensão, registo SClínico CSP: \*

0 corresponde a "não utilizo"; 1 "utilizo raramente"; 2 " Utilizo com alguma frequência" e 3 equivale a "utilizo com muita frequência"

	0	1	2	3
Adesão à vacinação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamento de adesão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamento de procura de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestão de regime terapêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipertensão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obesidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de álcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. Conhece o Manual de Boas Práticas Diabetes Mellitus disponível na Gestão da Informação Documentada do SGI da sua instituição? \*

- Sim
- Não

35. Considero os focos de atenção sugeridos pelo Manual de Boas Práticas associado ao P.N. Diabetes, importantes para a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem: \*

- Discordo totalmente (1)
- Discordo parcialmente (2)
- Nem discordo nem concordo (3)
- Concordo (4)
- Concordo totalmente (5)

36. Dos seguintes focos de atenção sugeridos no manual acima referido, assinale qual(ais) utiliza associado ao P.N. Diabetes, registo SClínico CSP: \*

0 corresponde a "não utilizo"; 1 "utilizo raramente"; 2 " Utilizo com alguma frequência" e 3 equivale a "utilizo com muita frequência"

	0	1	2	3
Adesão à vacinação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autovigilância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestão do regime terapêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autoadministração de Medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úlcera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamento de procura de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamento e adesão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. Considera que tem as competências necessárias para documentar no SClínico-CSP uma consulta de enfermagem no âmbito da Hipertensão ou Diabetes \*

- (0) corresponde a "sem competência";
- (1) corresponde a "iniciado"
- (2) "competência intermédia"
- (3) "Perito"

	0	1	2	3
Nível de concordância com as competências para documentar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38. Da seguinte afirmação "detenho as competências necessárias para documentar no SClínico-CSP uma consulta de enfermagem no âmbito da Hipertensão ou Diabetes", indique o seu nível de concordância: \*

- Discordo totalmente (1)
- Discordo parcialmente (2)
- Nem discordo nem concordo (3)
- Concordo (4)
- Concordo totalmente (5)

39. A documentação de enfermagem no Sclinico-CSP promove a valorização profissional dos enfermeiros, indique o seu nível de concordância \*

Indique o nível de concordância

- Discordo totalmente (1)
- Discordo parcialmente (2)
- Nem discordo nem concordo (3)
- Concordo (4)
- Concordo totalmente (5)

40. Os registos de enfermagem efetuados no Sclinico-CSP, permitem uma continuidade de cuidados e comunicação de informação entre as diferentes unidades do ACeS e entre os vários grupos profissionais, na gestão de doenças crónicas como a HTA ou a DM \*

Indique o nível de concordância

- Discordo totalmente (1)
- Discordo parcialmente (2)
- Nem discordo nem concordo (3)
- Concordo (4)
- Concordo totalmente (5)

41. A documentação do SClínico é promotora da identificação de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem \*

Indique o nível de concordância

- Discordo totalmente (1)
- Discordo parcialmente (2)
- Nem discordo nem concordo (3)
- Concordo (4)
- Concordo totalmente (5)

42. O SClínico-CSP e os registos de enfermagem permitem a recolha, compreensão, análise de dados, codificação e classificação, na gestão de doenças crónicas como a HTA ou a DM \*

Indique o nível de concordância

- Discordo totalmente (1)
- Discordo parcialmente (2)
- Nem discordo nem concordo (3)
- Concordo (4)
- Concordo totalmente (5)

43. Os profissionais de saúde do CSP, envolvidos em cuidados à gestão de doenças crónicas HTA e/ou DM, conseguem visualizar e compreender os registos efetuados por cada grupo profissional no Sclinico-CSP? \*

- Sim
- Não
- Não tenho conhecimento para responder

44. Considera que os registos efetuados pelos enfermeiros no Sclinico-CSP, contribuem para a tomada de decisão nos diferentes profissionais, de modo a garantir a melhor resposta à gestão das doenças crónicas HTA e/ou DM: \*

Indique o nível de concordância

- Discordo totalmente (1)
- Discordo parcialmente (2)
- Nem discordo nem concordo (3)
- Concordo (4)
- Concordo totalmente (5)

45. Indique que tipo de referenciação utiliza se houver necessidade de encaminhar um doente com HTA ou DM para outra unidade funcional ou para outro profissional do ACeS ? \*

0 corresponde a "não utilizo"; 1 "utilizo raramente"; 2 " Utilizo com alguma frequência" e 3 equivale a "utilizo com muita frequência"

	0	1	2	3
Referenciação Interna SClínico - Projeto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Referenciação Interna SClínico - equipa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Referenciação Interna SClínico - profissional de Saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telefone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formulário ou questionário eletrónico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e-mail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

46. Se utilizar outro tipo de referenciação para além dos anteriores por favor indique aqui ?

Introduza a sua resposta

47. Sabe se existe uma monitorização dos tempos de espera das referenciações que realiza para os doentes com HTA ou DM ? \*

Sim

Não

---

Este conteúdo não foi criado nem é aprovado pela Microsoft. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário.

 Microsoft Forms

APÊNDICE 2 – Respostas ao questionário apresentadas em tabelas com respetivas frequências absolutas e relativas

**Respostas ao questionário apresentadas em tabelas com respetivas frequências absolutas e relativas. Para cada pergunta a sua respetiva resposta apresentada em tabela.**

### 1. Aceita participar neste estudo?

Tabela n.º 1 Resposta à pergunta n.º 1.

	n	%
Não pretendo participar.	4	10%
Sim, aceito.	35	90%
<b>Total Geral</b>	<b>39</b>	<b>100%</b>

### 2. Idade

Tabela n.º 2 Resposta à questão n.º 2.

Classe etária	n	%
[30-40[	6	17%
[40-50[	25	72%
[50-60[	4	11%
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

### 3. Experiência Profissional como Enfermeira/o em anos

Tabela n.º 3 Resposta à questão n.º 3

anos	n	%
[05-10[	1	3%
[10-15[	2	6%
[15-20[	11	31%
[20-25[	16	46%
[25-30[	4	11%
[35-40[	1	3%
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

### 4. Experiência profissional na unidade do ACeS onde exerce funções

Tabela n.º 4 Resposta à questão n.º 4

anos	n	%
[00-05[	5	14%
[05-10[	9	26%
[10-15[	3	9%
[15-20[	9	26%
[20-25[	9	26%

<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>
--------------------	-----------	-------------

## 5. Habilitações

Tabela n.º 5 Resposta à questão n.º 5

<b>Habilitações</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Licenciatura	23	66%
Mestrado	8	23%
Pós-Graduações	4	11%
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

## 6. Indique a área de mestrado

Tabela n.º 6 Resposta à questão n.º 6.

<b>Mestrado</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ciências de Enfermagem	1	12%
Enfermagem Comunitária	3	38%
Mestre em Saúde Infantil e Pediátrica	2	26%
Saúde Pública	1	12%
Não preencheu	1	12%
<b>Total Geral</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>

## 7. Indique a área de doutoramento

Respostas = 0. Nenhum dos inquiridos tem doutoramento

## 8. Indique a área de pós-graduação

Tabela n.º 7 Resposta à questão n.º 8.

<b>Pós-graduação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Enfermagem Comunitária	2	<b>50%</b>
Gestão	1	<b>25%</b>
Supervisão clínica em Enfermagem	1	<b>25%</b>
<b>Total Geral</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>

## 9. Tem alguma especialidade em enfermagem?

Tabela n.º 8 Resposta à pergunta n.º 9

<b>Especialidade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Enfermagem Comunitária	6	<b>17%</b>
Enfermagem de Reabilitação	2	<b>6%</b>
Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública	6	<b>17%</b>
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	6	<b>17%</b>
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	1	<b>3%</b>
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	1	<b>3%</b>
Enfermagem Médico-Cirúrgica	1	<b>3%</b>
Não tenho especialidade em Enfermagem	12	<b>34%</b>

<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>
--------------------	-----------	-------------

### 10. Em que unidade do ACeS exerce funções?

Tabela n.º 9 Resposta à pergunta n.º 10.

	n	%
ESDCC	1	3%
UCC	5	14%
UCSP	5	14%
USF	22	63%
USP	2	6%
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

### 11. Na sua atividade profissional diária, efetua registos em sistemas de informação?

Tabela n.º 10 Resposta à pergunta 11.

	n	%
Sim	35	100%
Não	0	0%
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

### 12. Indique que sistemas de informação, utiliza na sua prática clínica?

Tabela n.º 11 Resposta à pergunta 12.

	n	%
SClínico Cuidados de Saúde Primários (CSP)	35	100%
SClínico Hospitalar	2	6%
SClínico Central	24	69%

### 13. Dos sistemas de informação que referiu utilizar na pergunta anterior, considera que repete os registos em diferentes sistemas de informação?

Tabela n.º 13 Resposta à pergunta 13.

	n	%
Não	17	49%
Não sei responder	1	2%
Sim	17	49%
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

### 14. Teve formação específica no(s) sistemas de informação que utiliza, ministrada pela ULS ou outra entidade creditada?

Tabela n.º 13 Resposta à pergunta 14.

	n	%
Não	12	34%
Sim	23	66%
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**15. Assinale em qual(ais) dos sistemas de informação teve formação?  
(Formação certificada)**

Tabela n.º 14 Resposta à pergunta 15

	Sim, tive formação		Não tive formação		Total
	n	%	n	%	
<b>SClínico Cuidados de Saúde Primários (CSP)</b>	20	87%	3	13%	23
<b>SClínico Hospitalar</b>	9	39%	14	61%	23
<b>SClínico Central</b>	5	22%	18	78%	23
<b>GestCare</b>	1	4%	22	96%	23

**16. Indique em anos o tempo decorrido da última formação que frequentou na área dos sistemas de informação:**

Tabela n.º16 Resposta à questão 16

Resposta	n	%
1 -2 anos	3	<b>13%</b>
< 1 ano	2	<b>9%</b>
> 10 anos	10	<b>44%</b>
> 5 anos	7	<b>30%</b>
4-5	1	<b>4%</b>
<b>Total Geral</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

**17. Considera que necessita de formação na área dos sistemas de informação nomeadamente na sua documentação em enfermagem?**

Tabela n.º 16 Resposta à pergunta 17

	n	%
Não	10	<b>29%</b>
Sim	25	<b>71%</b>
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**18. Indique em que sistemas de informação considera ter necessidades formativas.**

Tabela n.º 17 Resposta à questão 18.

	Sim		Não		Total
	n	%	n	%	
<b>SClínico Cuidados de Saúde Primários (CSP)</b>	25	100%	0	0%	25
<b>SClínico Hospitalar</b>	4	1%	21	99%	25
<b>SClínico Central</b>	4	1%	21	99%	25
<b>GestCare</b>	3	12%	22	88%	25

**19. Considera-se motivado para utilizar os sistemas de informação na sua atividade profissional diária?**

Tabela n.º 18 Resposta à pergunta 19.

	n	%
Não	7	20%
Sim	28	80%
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**20. Para cada uma das afirmações seguintes, relativas aos Sistemas de Informação, indique o seu nível de concordância.**

**(Deve preencher todos os itens)**

Tabela n.º 19 Resposta à pergunta 20

**Não me identifico com a linguagem utilizada pelos sistemas de informação (CIPE)**

	n	%
Concordo com a afirmação	11	48%
Não concordo com a afirmação	12	52%
<b>Total Geral</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

Tabela n.º 20 Resposta à pergunta 20

**Não me identifico com os diagnósticos de enfermagem**

	n	%
Concordo com a afirmação	9	39%
Não concordo com a afirmação	14	61%
<b>Total Geral</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

Tabela n.º 21 Resposta à pergunta 20

**Não me identifico com as intervenções de enfermagem**

	n	%
Concordo com a afirmação	11	48%
Não concordo com a afirmação	12	52%
<b>Total Geral</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

Tabela n.º 22 Resposta à pergunta 20

**Os sistemas de informação não ajudam na tomada de decisão**

	n	%
Concordo com a afirmação	4	17%
Não concordo com a afirmação	19	83%
<b>Total Geral</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

Tabela n.º 23 Resposta à pergunta 20

**Os sistemas de informação em enfermagem não permitem a partilha com outros grupos profissionais**

	n	%
Concordo com a afirmação	10	43%
Não concordo com a afirmação	13	57%
<b>Total Geral</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

Tabela n.º 24 Resposta à pergunta 20

**Os registos nos sistemas de informação não representam os cuidados prestados**

	n	%
Concordo com a afirmação	20	87%
Não concordo com a afirmação	3	13%
<b>Total Geral</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

Tabela n.º 25 Resposta à pergunta 20

**Não permite obter/extrair ganhos em saúde**

	n	%
Concordo com a afirmação	14	61%
Não concordo com a afirmação	9	39%
<b>Total Geral</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

Tabela n.º 26 Resposta à pergunta 20

**Falta de recursos humanos para realizar os registos**

	n	%
Concordo com a afirmação	11	48%
Não concordo com a afirmação	12	52%
<b>Total Geral</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

Tabela n.º 27 Resposta à pergunta 20

**Falta de recursos materiais (exemplo: Software e Hardware antigos)**

	n	%
Concordo com a afirmação	19	83%
Não concordo com a afirmação	4	17%
<b>Total Geral</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

Tabela n.º 28 Resposta à pergunta 20

**Dificuldade em monitorizar os registos de enfermagem**

	n	%
Concordo com a afirmação	16	70%
Não concordo com a afirmação	7	30%
<b>Total Geral</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

Tabela n.º 29 Resposta à pergunta 20

**Os registos nos sistemas de informação de enfermagem não têm as escalas de avaliação necessárias**

	n	%
Concordo com a afirmação	16	70%
Não concordo com a afirmação	7	30%
<b>Total Geral</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>

**21. Para além das afirmações apresentadas anteriormente, quer acrescentar alguma informação relativa aos Sistemas de Informação:**

Tabela n.º 30 Resposta à pergunta 21

	n	%
.	1	
Dificuldade em obter informação dos registos efetuados	1	
Falta de integração de dados com outros sistemas de informação (por exemplo, HCIS, ObsCare)	1	
Falta uma visualização da informação existente mais "limpa" e user friendly	1	
não	1	
não	1	
não se consegue ver o que foi feito nas últimas consultas	1	
Necessário criar algo de novo centrado no doente e não em projetos ou equipas que permita retirar efetivamente indicadores de resultado	1	
Os sistemas ainda refletem limitações na documentação a nível da comunidade e em áreas de intervenção muito específicas (ex: consulta do viajante). Constituem, contudo, uma base de registo formal que permite produzir e monitorizar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.	1	
Versão beta 2 da CIPE está desatualizada	1	

**Total Geral 10**

**22. Utiliza outro software para a documentação de registos de enfermagem (Excel/Teams/Forms/outros)?**

Tabela n.º 31 Resposta à pergunta 22

	<b>n</b>	<b>%</b>
Não	10	<b>29%</b>
Sim	25	<b>71%</b>
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**23. (22.3) Selecione a principal razão que o(a) levam a utilizar o software indicado anteriormente?**

Tabela n.º 32 Resposta à pergunta 23

	n	%
comunicação entre pares	1	4%
Maior facilidade em aceder de qualquer local	9	36%
Respondem melhor à documentação em Enfermagem	7	28%
Utilização de escalas que não estão parametrizadas no SClínico	8	32%
<b>Total Geral</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

**24. Considera que existe uma estrutura organizativa (como um grupo de trabalho ou comissão) que reúna todos os interlocutores da ULS, incluindo a unidade/grupo que representa, para trabalhar a gestão da doença crónica (HTA e Diabetes), no âmbito da sua documentação?**

Tabela n.º 33 Resposta à pergunta 24

Resposta	n	%
Não	19	54%
Sim	16	46%
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**25. Considera que existem mecanismos de comunicação dentro dessa estrutura organizativa? (nomeadamente o que se refere à partilha de dúvidas/documentos/referenciação/resultados ou outros)**

Tabela n.º 34 Resposta à pergunta 25

	N.	%
Não	3	19%
Não sei responder	7	44%
Sim	6	37%
<b>Total Geral</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

**26. Considera que a comunicação dentro da estrutura que referiu é eficiente?**

Tabela n.º 35 Resposta à pergunta 26

	n	%
Não	5	31%
Não sei responder	8	50%
Sim	3	19%
<b>Total Geral</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

## 27. Conhece o Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem (ODE) deste ACeS?

Tabela n.º 36 Resposta à pergunta 27

Resposta	n	%
Não	19	54%
Sim	16	46%
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

## 28. Tem conhecimento da atividade de Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem (VEDE) do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem (ODE) no âmbito de recolha, análise de dados, sua codificação, classificação e compreensão, no que diz respeito ao processo de enfermagem?

Tabela n.º 37 Resposta à pergunta 28

	n	%
Não	9	56%
Não sei responder	2	13%
Sim	5	31%
<b>Total Geral</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

## 29. Considera a documentação no SClínico suficientemente robusta para a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem (VEDE) no âmbito da Gestão da Doença crónica HTA e/ou DM?

Tabela n.º 38 Resposta à pergunta 29

	n	%
Não	20	57%
Não sei responder	7	20%
Sim	8	23%
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

## 30. Participa em algum projeto relacionado com a VEDE no âmbito da Gestão da Doença crónica HTA e/ou DM?

Tabela n.º 39 Resposta à pergunta 30

	n	%
Não	28	80%
Sim	7	20%
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

## 31. Conhece o Manual de Boas Práticas na área de Hipertensão Arterial Risco Cardiovascular disponível na Gestão de Informação Documentada do SGI da sua instituição?

Tabela n.º 40 Resposta à pergunta 31

	n	%
Não	12	34%

Sim	23	66%
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**32. Considero os focos de atenção sugeridos pelo Manual de Boas Práticas na área de Hipertensão Arterial e Risco Cardiovascular importantes para a Vigilância Epidemiológica do Diagnósticos de Enfermagem:**

Tabela n.º 41 Resposta à pergunta 32

	n	%
Concordo (4)	13	37%
Concordo totalmente (5)	1	3%
Discordo parcialmente (2)	4	11%
Discordo totalmente (1)	1	3%
Nem discordo nem concordo (3)	16	46%
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**33. Dos seguintes focos de atenção sugeridos no manual anteriormente referido, assinale qual(ais) utiliza, associado P.N.D.C.C Risco: Hipertensão, registo no SCLínico CSP:**

*0 corresponde a “não utilizo”; 1 “utilizo raramente”; 2 “Utilizo com alguma frequência” e 3 equivale a “utilizo com muita frequência”.*

Tabela n.º 42 Resposta à pergunta 33 em frequências relativas e absolutas

	0	1	2	3	Total
Adesão à vacinação	7	1	3	24	35
Comportamento de adesão	5	2	11	17	35
Comportamento de procura de saúde	8	5	7	15	35
Gestão de regime terapêutico	5	0	2	28	35
Hipertensão	8	1	0	26	35
Obesidade	9	7	9	10	35
Uso de álcool	8	4	6	17	35
Uso de tabaco	8	4	5	18	35
	0	1	2	3	Total%
Adesão à vacinação	20%	3%	9%	68%	100%
Comportamento de adesão	14%	6%	31%	49%	100%
Comportamento de procura de saúde	23%	14%	20%	43%	100%
Gestão de regime terapêutico	14%	0%	6%	80%	100%
Hipertensão	23%	3%	0%	74%	100%
Obesidade	26%	19%	26%	29%	100%
Uso de álcool	23%	11%	17%	49%	100%
Uso de tabaco	23%	11%	14%	52%	100%

**34. Conhece o Manual de Boas Práticas Diabetes *Mellitus* disponível na Gestão da informação Documentada do SGI da sua instituição?**

Tabela n.º 43 Resposta à pergunta 34

	n	%
Não	10	29%
Sim	25	71%
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**35. Considero os focos de atenção sugeridos pelo Manual Práticas associado ao P.N. Diabetes, importantes para a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem:**

Tabela n.º 44 Resposta à pergunta 35

	n	%
Concordo (4)	15	43%
Concordo totalmente (5)	1	3%
Discordo parcialmente (2)	3	9%
Discordo totalmente (1)	1	3%
Nem discordo nem concordo (3)	15	43%
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**36. Dos seguintes focos de atenção sugeridos no manual acima referido, assinale qual(ais) utiliza associado ao P.N. Diabetes, registos SClínico CSP:**

*0 corresponde a “não utilizo”; 1 “utilizo raramente”; 2 “Utilizo com alguma frequência” e 3 equivale a “utilizo com muita frequência”*

Tabela n.º 45 Resposta à pergunta 36 em frequências relativas e absolutas

	0	1	2	3	Total
Adesão à vacinação	6	1	1	27	35
Autovigilância	5	4	10	16	35
Gestão do regime terapêutico	3	0	3	29	35
Autoadministração de Medicamentos	5	7	12	11	35
Úlcera	5	4	4	22	35
Comportamento de procura de saúde	6	4	10	15	35
Comportamento e adesão	4	1	9	21	35
	0	1	2	3	Total%
Adesão à vacinação	17%	3%	3%	77%	100%
Autovigilância	14%	11%	29%	46%	100%
Gestão do regime terapêutico	9%	0%	9%	82%	100%
Autoadministração de Medicamentos	15%	20%	34%	31%	100%
Úlcera	15%	11%	11%	63%	100%
Comportamento de procura de saúde	17%	11%	29%	43%	100%
Comportamento e adesão	11%	3%	26%	60%	100%

**40. Os registos de enfermagem efetuados nos SClínico-CSP, permitem uma continuidade de cuidados e comunicação de informação entre as diferentes unidades do ACeS e entre os vários grupos profissionais, na gestão de doenças crónicas como a HTA ou a DM:**  
Indique o nível de concordância

Tabela n.º 46 Resposta à pergunta 40

	n	%
Concordo (4)	9	26%
Concordo totalmente (5)	2	6%
Discordo parcialmente (2)	14	40%
Discordo totalmente (1)	4	11%
Nem discordo nem concordo (3)	6	17%
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**41. A documentação do SClínico é promotora da identificação de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem**

Indique o nível de concordância

Tabela n.º 47 Resposta à pergunta 41

		%
Concordo (4)	10	29%
Concordo totalmente (5)	3	9%
Discordo parcialmente (2)	14	39%
Discordo totalmente (1)	1	3%
Nem discordo nem concordo (3)	7	20%
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**42. O SClínico-CSP e os registos de enfermagem permitem a recolha, compreensão, análise de dados, codificação e classificação, na gestão de doenças crónicas como a HTA ou DM**

Indique o nível de concordância

Tabela n.º 47 Resposta à pergunta 42

		%
Concordo (4)	15	43%
Concordo totalmente (5)	2	6%
Discordo parcialmente (2)	12	34%
Discordo totalmente (1)	1	3%
Nem discordo nem concordo (3)	5	14%
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**43. Os profissionais de saúde do CSP, envolvidos em cuidados à gestão de doenças crónicas HTA e/ou DM, conseguem visualizar e compreender os registos efetuados por cada grupo profissional no SClínico-CSP?**

Tabela n.º 48 Resposta à pergunta 43

	n	%
Não	19	54%
Não tenho conhecimento para responder	11	31%
Sim	5	14%
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**44. Considera que os registos efetuados pelos enfermeiros no SClínico-CSP, contribuem**

**para a tomada de decisão nos diferentes profissionais, de modo a garantir a melhor resposta à gestão das doenças crónicas HTA e/ou DM:**

Tabela n.º 49 Resposta à pergunta 44

	n	%
Concordo (4)	9	26%
Concordo totalmente (5)	1	3%
Discordo parcialmente (2)	13	37%
Discordo totalmente (1)	1	3%
Nem discordo nem concordo (3)	11	31%
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

**45. Indique que tipo de referenciação utiliza se houver necessidade de encaminhar uma doente com HTA ou DM para outra unidade funcional ou para outro profissional do ACeS?**  
*0 corresponde a “não utilizo”; 1 “utilizo raramente”; 2 “Utilizo com alguma frequência” e 3 equivale a “utilizo com muita frequência”.*

Tabela n.º 50 Resposta à pergunta 45 em frequências relativas e absolutas

	0	1	2	3	Total
Referenciação Interna SClínico - Projeto	10	9	8	8	35
Referenciação Interna SClínico - equipa	10	13	6	6	35
Referenciação Interna SClínico - profissional de Saúde	11	12	9	3	35
Telefone	7	8	10	10	35
Formulário ou questionário eletrónico	18	8	2	7	35
e-mail	5	7	12	11	35
	0	1	2	3	Total%
Referenciação Interna SClínico - Projeto	28%	26%	23%	23%	100%
Referenciação Interna SClínico - equipa	29%	37%	17%	17%	100%
Referenciação Interna SClínico - profissional de Saúde	31%	34%	26%	9%	100%
Telefone	19%	23%	29%	29%	100%
Formulário ou questionário eletrónico	51%	23%	6%	20%	100%
e-mail	15%	20%	34%	31%	100%

**46. Se utilizar outro tipo de referenciação para além dos anteriores por favor indique aqui:**

Tabela n.º 51 Resposta à questão 46

Resposta	Contagem de "Se utilizar outro tipo de referenciação para além dos anteriores por favor indique aqui"	%
.	1	25%
contato presencial	1	25%
Pessoalmente	1	25%
presencial	1	25%
<b>Total Geral</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>

**47. Sabe se existe uma monitorização dos tempos de espera das referenciações que realiza para os doentes com HTA ou DM?**

Tabela n.º 52 Resposta à questão 47

	n	%
Não	30	86%
Sim	5	14%
<b>Total Geral</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>

## APÊNDICE 3 – Análise do questionário pelo referencial teórico MAIEC

## **Análise do questionário pelo referencial teórico MAIEC**

### **Dimensão diagnóstica Processo Comunitário**

D1 - Processo comunitário comprometido: *coping* comunitário não efetivo (sem formação em sistemas de informação por entidade creditada) em 34% dos membros da comunidade.

D2 - Processo comunitário comprometido: *coping* comunitário não efetivo (sem formação sobre o SClínico CSP) em 3% dos membros da comunidade.

D3 - Processo comunitário comprometido: *coping* comunitário não efetivo (sem formação em sistemas de informação após atualização do SClínico em 2016) em 44% dos membros da comunidade.

D4 - Processo comunitário comprometido: *coping* comunitário não efetivo (sem experiência de participação em projetos relacionados com a VEDE na gestão da doença crónica) em 80% dos membros da comunidade.

### **Dimensão diagnóstica Participação Comunitária**

D5 - Participação comunitária comprometida: Inexistência de estrutura organizativa orientada para a documentação no âmbito gestão da doença crónica (HTA e Diabetes) percecionada em 54% dos membros da comunidade.

D6 - Participação comunitária comprometida: comunicação ineficaz (uso de mais do que um software além do SClínico (Excel, Teams, ...) para os registos de enfermagem) em 71% dos membros da comunidade.

D7 - Participação comunitária comprometida: comunicação ineficaz (inexistência de mecanismos de comunicação relacionados com os registos na gestão da doença crónica) em 63% dos membros da comunidade (que consideram existir uma estrutura organizativa).

D8 - Participação comunitária comprometida: comunicação ineficaz (comunicação não eficiente) em 81% dos membros da comunidade que consideram existir uma estrutura organizativa.

### **Dimensão diagnóstica Liderança Comunitária**

D9 - Liderança comunitária comprometida: conhecimento sobre Sistemas de

Informação no contexto da documentação em Enfermagem não demonstrado em 71% dos membros da comunidade (S Clínico CSP).

D10 - Liderança comunitária comprometida: conhecimento sobre o ODE não demonstrado em 54% dos membros da comunidade.

D11 - Liderança comunitária comprometida: conhecimento sobre a atividade de VEDE do ODE não demonstrado em 69% dos membros da comunidade (que conhecem a existência do ODE).

D12 - Liderança comunitária comprometida: conhecimento sobre manual de boas práticas na área da HTA/Risco cardiovascular não demonstrado em 34% dos membros da comunidade.

D13 - Liderança comunitária comprometida: conhecimento sobre manual de boas práticas Diabetes *Mellitus* não demonstrado em 29% dos membros da comunidade.

D14 - Liderança comunitária comprometida: conhecimento sobre monitorização de tempos de espera nas referências não demonstrado em 86% dos membros da comunidade.

D15 - Liderança comunitária comprometida: volição não demonstrada para utilizar os SI na sua atividade diária em 20% dos membros da comunidade.

D16 - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a linguagem classificada CIPE comprometidas em 48% dos membros da comunidade.

D17 - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre os diagnósticos de Enfermagem comprometidas em 39% dos membros da comunidade.

D18 - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre as intervenções de enfermagem comprometidas em 48% dos membros da comunidade.

D19 - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre o apoio dos SI na tomada de decisão comprometidas em 17% dos membros da comunidade.

D20 - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a partilha permitida dos SI com outros grupos profissionais comprometidas em 43% dos membros da comunidade.

D21 - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a forma como os registos nos SI representam os cuidados prestados comprometidas em 87% dos membros da comunidade.

D22 - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a forma como os

registos nos SI permitem obter/extrair ganhos em saúde comprometidas em 61% dos membros da comunidade.

D23 - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre recursos humanos existentes para realizar registos comprometidas em 48% dos membros da comunidade.

D24 - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre recursos materiais (incluindo Software e Hardware) existentes para realizar registos comprometidas em 83% dos membros da comunidade.

D25 - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a facilidade de monitorizar registos de enfermagem comprometidas em 70% dos membros da comunidade.

D26 - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a existência de escalas necessárias para os registos de enfermagem comprometidas em 70% dos membros da comunidade.

D27 - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a duplicação de registos comprometidas em 49% dos membros da comunidade.

D28 - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre robustez da documentação para a VEDE na gestão da informação no contexto da gestão da doença crónica (HTA e Diabetes) comprometidas em 77% dos membros da comunidade.

D29 - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre os focos sugeridos no manual boas práticas (HTA/Risco CV) comprometidas em 3% dos membros da comunidade.

D30 - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre os focos sugeridos no manual boas práticas (Diabetes *Mellitus*) comprometidas em 3% dos membros da comunidade.

D31 - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a forma como o SClínico permite otimizar a comunicação da informação e a continuidade de cuidados na gestão da doença crónica, comprometidas em 11% dos membros da comunidade.

D32 - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a forma como o SClínico permite identificar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, comprometidas em 3% dos membros da comunidade.

D33 - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a forma como o SClínico permite a análise ecológica de dados na gestão da doença crónica, comprometidas em 3% dos membros da comunidade.

D34 - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a permissão de visualização de dados relacionados com a interoperabilidade entre profissionais comprometidas em 54% dos membros da comunidade.

D35 - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a forma como os registos de enfermagem no SClínico na área da gestão da doença crónica contribuem na tomada de decisão dos diferentes profissionais, comprometidas em 3% dos membros da comunidade.

## APÊNDICE 4 – Grelha de ponderação de diagnósticos

<b>Diagnóstico</b>	<b>Magnitude</b>	<b>Transcendência</b>	<b>Vulnerabilidade</b>	<b>Total</b>
D1	0	2	1	3
D2	0	1	1	2
D3	0	2	1	3
D4	3	2	0	5
D5	1	2	3	6
D6	2	0	2	4
D7	1	2	2	5
D8	3	2	2	7
D9	2	2	3	7
D10	1	2	3	6
D11	2	2	3	7
D12	0	1	1	2
D13	0	1	1	2
D14	3	2	1	6
D15	0	1	0	1
D16	0	1	1	2
D17	0	1	1	2
D18	0	1	1	2
D19	0	1	1	2
D20	0	1	1	2
D21	3	2	1	6
D22	1	2	1	4
D23	0	0	1	1
D24	3	0	1	4
D25	2	1	2	5
D26	2	2	1	5
D27	0	0	1	1
D28	3	1	1	5
D29	0	0	1	1
D30	0	0	1	1
D31	0	1	1	2



<b>D32</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>D33</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>D34</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
<b>D35</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>

## APÊNDICE 5 – Apresentação da ponderação das 35 dimensões de diagnósticos

## **Apresentação da ponderação das 35 dimensões de diagnósticos**

### **Dimensões de diagnósticos com valor total de 7 valores:**

**D8** - Participação comunitária comprometida: comunicação ineficaz (comunicação não eficiente) em 81% dos membros da comunidade (que consideram existir uma estrutura organizativa).

**D9** - Liderança comunitária comprometida: conhecimento sobre Sistemas de Informação no contexto da documentação em Enfermagem não demonstrado em 71% dos membros da comunidade (SCLínico-CSP).

**D11**- Liderança comunitária comprometida: conhecimento sobre a atividade de VEDE do ODE não demonstrado em 69% dos membros da comunidade (que conhecem a existência do ODE).

### **Dimensões de diagnósticos com valor total de 6 valores:**

**D5** - Participação comunitária comprometida: Inexistência de estrutura organizativa orientada para a documentação no âmbito gestão da doença crónica (HTA e Diabetes) percecionada em 54% dos membros da comunidade.

**D10** - Liderança comunitária comprometida: conhecimento sobre o ODE não demonstrado em 54% dos membros da comunidade.

**D14** - Liderança comunitária comprometida: conhecimento sobre monitorização de tempos de espera nas referenciações não demonstrado em 86% dos membros da comunidade.

**D21** - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a forma como os registos nos SI representam os cuidados prestados comprometidas em 87% dos membros da comunidade.

### **Dimensões de diagnósticos com valor total de 5 valores:**

**D4** - Processo comunitário comprometido: *coping* comunitário não efetivo (sem experiência de participação em projetos relacionados com a VEDE na gestão da doença crónica) em 80% dos membros da comunidade.

**D7** - Participação comunitária comprometida: comunicação ineficaz (inexistência de mecanismos de comunicação relacionados com os registos na gestão da doença crónica) em 63% dos membros da comunidade (que consideram existir uma estrutura organizativa).

**D25** - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a facilidade de monitorizar registos de enfermagem comprometidas em 70% dos membros da comunidade.

**D26** - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a existência de escalas necessárias para os registos de enfermagem comprometidas em 70% dos membros da comunidade.

**D28** - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre robustez da documentação para a VEDE na gestão da informação no contexto da gestão da doença crónica (HTA e Diabetes) comprometidas em 77% dos membros da comunidade.

**D34** - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a permissão de visualização de dados, interoperabilidade entre profissionais comprometidas em 54% dos membros da comunidade.

**D35** - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a forma como os registos de enfermagem no SClínico na área da gestão da doença crónica contribuem na tomada de decisão dos diferentes profissionais, comprometidas em 3% dos membros da comunidade

#### **Dimensões de diagnósticos com valor total de 4 valores:**

**D6** - Participação comunitária comprometida: comunicação ineficaz (uso de mais do que um software além do SClínico CSP (Excel, Teams, ...) para os registos de enfermagem) em 71% dos membros da comunidade.

**D22** - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a forma como os registos nos SI permitem obter/extrair ganhos em saúde comprometidas em 61% dos membros da comunidade.

#### **Dimensões de diagnósticos com valor total de 3 valores:**

**D1**- Processo comunitário comprometido: *coping* comunitário não efetivo (sem formação em sistemas de informação por entidade creditada) em 34% dos membros da comunidade.

**D3** - Processo comunitário comprometido: *coping* comunitário não efetivo (sem formação em sistemas de informação após atualização do SClínico em 2016) em 44% dos membros da comunidade.

**D33** - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a forma como o SClínico permite a análise ecológica de dados na gestão da doença crónica, comprometidas em 3% dos membros da comunidade.

#### **Dimensões de diagnósticos com valor total de 2 valores:**

**D2** - Processo comunitário comprometido: *coping* comunitário não efetivo (sem formação sobre o SClínico CSP) em 3% dos membros da comunidade.

**D12** - Liderança comunitária comprometida: conhecimento sobre manual de boas práticas na área da HTA/Risco cardiovascular não demonstrado em 34% dos membros da comunidade

**D13** - Liderança comunitária comprometida: conhecimento sobre manual de boas práticas Diabetes *Mellitus* não demonstrado em 29% dos membros da comunidade

**D16** - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a linguagem classificada CIPE comprometidas em 48% dos membros da comunidade.

**D17** - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre os diagnósticos de Enfermagem comprometidas em 39% dos membros da comunidade.

**D18** - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre as intervenções de enfermagem comprometidas em 48% dos membros da comunidade.

**D19** - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre o apoio dos SI na tomada de decisão comprometidas em 17% dos membros da comunidade.

**D20** - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a partilha permitida dos SI com outros grupos profissionais comprometidas em 43% dos membros da comunidade.

**D31** - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a forma como o SClínico permite otimizar a comunicação da informação e a continuidade de cuidados na gestão da doença crónica, comprometidas em 11% dos membros da comunidade.

**D32** - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a forma como o SClínico permite identificar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, comprometidas em 3% dos membros da comunidade.

**Dimensões de diagnósticos com valor total de 1 valor:**

**D15** - Liderança comunitária comprometida: volição não demonstrada para utilizar os SI na sua atividade diária em 20% dos membros da comunidade.

**D23** - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre recursos humanos existentes para realizar registos comprometidas em 48% dos membros da comunidade.

**D27** - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a duplicação de registos comprometidas em 49% dos membros da comunidade.

**D29** - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre os focos sugeridos no manual boas práticas (HTA/Risco CV) comprometidas em 3% dos membros da comunidade.

**D30** - Liderança comunitária comprometida: crenças sobre os focos sugeridos no manual boas práticas (Diabetes *Mellitus*) comprometidas em 3% dos membros da comunidade.