



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

A GESTÃO DA TUBERCULOSE E A ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA: DA ESPECIALIDADE À MESTRIA

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

Por
Sérgio Bruno dos Santos Sousa

Porto, março de 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**A GESTÃO DA TUBERCULOSE E A ENFERMAGEM DE SAÚDE
PÚBLICA: DA ESPECIALIDADE À MESTRIA**

**TUBERCULOSIS MANAGEMENT AND PUBLIC HEALTH NURSING:
FROM SPECIALTY TO MASTERY**

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

Por
Sérgio Bruno dos Santos Sousa

Sob a orientação de Professor Doutor Pedro Melo

Porto, março de 2022

RESUMO

Introdução | Este relatório resulta do estágio final realizado numa USP de um ACeS da região Norte, no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública desenvolvido na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. A problemática do projeto desenvolvido foi a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, no contexto da Tuberculose (TB), utilizando-se o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) e integrando uma análise do padrão de documentação no sistema de informação SClínico®|CSP, que permite assegurar a continuidade dos cuidados ao utente, família e comunidade, assim como a obtenção de indicadores em saúde.

Metodologia | A etapa diagnóstica foi de natureza mista, primeiro de natureza qualitativa, através da aplicação de um questionário aos enfermeiros do ACeS, peritos em TB, construído a partir da matriz de decisão clínica do MAIEC e da aplicação de uma Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário. A segunda dimensão foi de natureza quantitativa, identificando-se as taxas de documentação dos focos de enfermagem, os diagnósticos de enfermagem, o tipo de contato realizado e a medicação administrada.

Resultados | Foram identificadas taxas de documentação baixas no SClínico®|CSP nos focos Gestão do Regime Terapêutico, Autocontrolo da Infecção e no Comportamento de Adesão. Foi ainda identificada uma gestão comunitária ineficaz para a promoção da vigilância epidemiológica destes fenómenos de enfermagem. A partir dos diagnósticos identificados e da sua priorização foram determinados os objetivos, as metas e desenvolvida a possível intervenção para lhes dar resposta (como a promoção da gestão comunitária), através de intervenções de domínio cognitivo e organizacional, considerando a necessidade de desenvolver uma norma de orientação clínica em TB.

Discussão | Ainda que em contexto pandémico, foi possível obter resultados positivos na promoção do empoderamento comunitário do ACeS para a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem no contexto da tuberculose e desenvolver competências académicas para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem, alicerçadas no exercício profissional especializado.

Palavras-chave: Enfermagem Comunitária, Tuberculose, Diagnósticos de Enfermagem, Toma Observada Direta, Enfermagem de Saúde Pública, Vigilância Epidemiológica, Empoderamento Comunitário.

ABSTRACT

Introduction | This report intends to describe, and reflect a project held in a Public Health Unit of a ACeS in the North region of Portugal, of the course of Master in Nursing with Specialization in Community Health Nursing, in the area of Community Health and Public Health Nursing developed at Universidade Católica Portuguesa, Institute of Health Sciences. The project aimed at epidemiological surveillance of nursing phenomena in Tuberculosis, using the Community Assessment, Intervention and Empowerment Model (MAIEC). An analysis of the documentation records made in SClínico® was made, because this health information system is the main instrument for registration and communication between health professionals, and the information allows and guarantees the continuity of care for the patients, family and community, and also allows to know health indicators.

Methodology | The diagnostic stage was of a mixed nature, first of a qualitative nature, through the application of a questionnaire to the ACeS nurses who are experts in TB, built from the MAIEC clinical decision matrix and the application of a Community Empowerment Assessment Scale. The second dimension was of a quantitative nature, identifying the documentation rates of nursing focuses, nursing diagnoses, the type of contact performed and medication administered.

Results | Low documentation rates were identified in SClínico®|CSP for nursing phenomena: Management of Therapeutic Regimen, Self-Control of the Infection and Adherence Behaviour. An Ineffective community management was also identified in promoting epidemiological surveillance of these nursing phenomena. Based on the identified diagnoses and their prioritization, objectives and goals were determined and a possible intervention was developed to respond to them (such as the promotion of community management), through cognitive and organizational interventions, and it was concluded that standards and procedures for clinical registration in tuberculosis should be created.

Discussion | Although in a pandemic context, it was possible to obtain positive results in the promotion of community empowerment of the ACeS for the epidemiological surveillance of nursing phenomena in the context of tuberculosis. Simultaneously, it allowed the development of competences for the academic degree of Master in Nursing.

Key-words: Community Nursing, Tuberculosis, Nursing Diagnoses, Direct Observed Outtake, Public Health Nursing, Epidemiological Surveillance, Community Empowerment.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Pedro Melo, orientador do presente trabalho, coordenador do ramo de Enfermagem Comunitária no Curso de Mestrado em Enfermagem e Mentor no processo de cogitar, mostrando-se sempre disponível para orientar, refletir, debater e ensinar.

À minha tutora de estágio, pelo exemplo de profissionalismo que demonstra, assim como pelo apoio que me deu ao longo deste percurso.

Ao Conselho de Administração e Direção de Enfermagem do local onde este projeto se realizou, e a todos os que de alguma forma contribuíram para que este projeto se tornasse possível... Não posso deixar de agradecer a todos Profissionais de Saúde com quem trabalhei desde o início da minha carreira, agradecendo de forma particular à equipa de profissionais do CDP e da USP que me acompanhou neste projeto.

E se a medida do amor é amar sem medida, não posso deixar de partilhar um agradecimento especial a quem me acompanha no meu caminho, por isso agradeço aos meus pais e a toda a minha família, vocês são o sal e o tempero da minha vida e estão presentes na dose certa. É impossível medir o quanto vos agradeço, por isso a vós, minha companheira de vida, e aos meus dois filhos, pelo que são e pelo que fazem por mim, agradeço os silêncios, a paciência, a presença, a surpresa, a inquietude, a amizade, a aprendizagem, a música e sobretudo os sorrisos acompanhados de abraços de família, que aquecem o meu coração, mesmo nos dias mais gelados de Inverno. Vocês são o meu orgulho, são a minha bengala, porque estão sempre por e para mim, mesmo sem nada pedir, em vós repouso, são o meu porto de abrigo, a minha luz ...

In aeternum.

“Não existe triunfo sem perda, não há vitória sem sofrimento, não há liberdade sem sacrifício

“Onde não falta vontade existe sempre um caminho.”

(John Ronald Tolkien)

LISTA DE SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ACI – Autocontrolo da Infeção

BI – Bilhete de Indicadores

BCG- Bacilo de Calmette e Guérin

CA – Comportamento de Adesão

CDP- Centro de Diagnóstico Pneumológico

CIIS – Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde

CIPE® – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

CSP- Cuidados de Saúde Primários

CTN - Comissão Técnica Nacional

COVID-19- Doença por Coronavírus – 2019

DE- Diagnósticos de Enfermagem

DGS- Direção Geral da Saúde

DOTS- Directly Observed Treatment Short Course

EAvEC- Escala de Avaliação de Empoderamento Comunitário

EEECESCSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

GRECSP – Grupo Refletir em Enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários

GRT – Gestão do Regime Terapêutico

ICPC-2 – Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários

ICN- Conselho Internacional de Enfermeiros

MAIEC – Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

NANDA- North American Nursing Diagnosis Association

NOC – Norma Orientadora Clínica

ODE – Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PLS- Plano Local de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNLCT- Programa Nacional Luta Contra a Tuberculose

PNLCTADT– Programa Nacional Luta Contra a Tuberculose Acompanhamento de Doentes Com Tuberculose

PNV - Programa Nacional de Vacinação

RSI – Regulamento Sanitário Internacional

SAM- Sistema de Apoio ao Médico

SARS-CoV-2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SAPE- Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIDA- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SCLÍNICO- Sistema informático desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde para as instituições do Serviço Nacional de Saúde

SINAVE- Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SINUS- Sistema Informático Nacional dos Utentes de Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SVIG-TB -Sistema Nacional de Vigilância da Tuberculose

TB – Tuberculose

TOD- Toma Observada Direta

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS- Unidade Local de Saúde

UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VEDE – Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem

VIH- Vírus da imunodeficiência humana

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

Introdução	20
Capítulo 1 – Referencial Teórico	24
1.1 A História da TB em Portugal e no Mundo	24
1.2 A TB e a Pandemia Covid-19	28
1.3 A TB em Portugal	31
1.4 A BCG e estratégia de vacinação em Portugal	33
1.5 Sistemas de Informação em TB	36
1.6 O papel do Enfermeiro na TB	39
1.7 Diagnósticos de Enfermagem	40
1.7.1 Gestão do regime terapêutico em TB	44
1.7.2 Autocontrolo da infeção em TB	48
1.7.3 Comportamento de adesão em TB	50
1.8 A OMS, o MAIEC e a Gestão Comunitária no controlo da TB	53
Capítulo 2 – Projeto de Intervenção	57
2.1 Enquadramento do Projeto de intervenção	57
2.2 Diagnóstico de Situação	59
2.2.1 Dimensão 1 - Nível de Empoderamento da Gestão Comunitária em TB	61
2.2.1.A: Grupo I - Caracterização da Amostra	61
2.2.1.B: Grupo II : Resultados MAIEC e VEDE	62
2.2.2 Dimensão 2: Registos em SClínico® CSP em TB	63
2.2.2.A: Concordância de registos médicos e de Enfermagem	65
2.2.2.B: Caracterização das variáveis demográficas, socio-comportamentais, co-morbilidades e TOD	67
2.2.2.C: Prevalência dos Diagnósticos de Enfermagem	70
2.3 Priorização de Problemas	74
2.4 Fixação de Objetivos	76
2.5 Indicadores	78
2.5.1 Indicadores de Estrutura	78
2.5.2 Indicadores de Processo	78
2.5.3 Indicadores de Resultado	79
2.6 Seleção Estratégias	80
2.7 Execução e Avaliação	82

Capítulo 3 – Competências o percurso e o desenvolvimento das competências de mestre	84
Conclusão	88
Referências Bibliográficas	91
Anexos	102
Anexo 1- Correspondência entre Programas de Saúde (SCLínico® CSP Perfil de Enfermagem) e Consultas de Enfermagem de Vigilância	103
Anexo 2- Formulário 1- Registo de um caso de TB, caso novo ou retratamento	104
Anexo 3- Formulário 2 - Dados complementares ao registo de caso e declaração do termo de tratamento	106
Anexo 4- Grelha informativa sobre os critérios do método de priorização de Hanlon	108
Anexo 5 - Regulamento do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS	109
Anexo 6- As dez operações essenciais da Saúde Pública	113
Anexo 7- Definição de Contacto segundo a ACSS	114
Anexo 8- Definição de Consulta segundo a ACSS	115
Anexo 9- A estratégia Toma Observada Direta (TOD)	140
Anexo 10- Elegibilidade de crianças para a vacina BCG.	141
Anexo 11- Bilhete de identidade de indicadores de monitorização e contratualização de monitorização do cumprimento do PNV e da norma nº 010/2018 da dgs	142
Anexo 12- Perfis do SINAVE	143
Anexo 13- Atividade do Enfermeiro na TB	144
Anexo 14- Tipos de Consultas Enfermagem segundo a ACSS	146
Anexo 15- Fatores que afetam a adesão da TB	147
Apêndices	149
Apêndice 1- Perfis do SCLínico® CSP	150
Apêndice 2- Foco Gestão do Regime Terapêutico e Status	152
Apêndice 3- Foco Autocontrolo da Infecção e Status	154
Apêndice 4- Foco Comportamento de Adesão e Status	155
Apêndice 5- Dimensão 2 :Operacionalização e Codificação das variáveis	156
Apêndice 6- Dimensão 1: Resumo mínimo de dados Gestão Comunitária	158
Apêndice 7- Dimensão 1: Enquadramento das questões, às dimensões MAIEC	159
Apêndice 8- Problemas em cada um dos domínios MAIEC	161
Apêndice 9- Dimensão 1: Questionário aplicado a enfermeiros peritos em TB	163
Apêndice 10- Dimensão 1: Resultado do questionário aplicado a enfermeiros peritos em TB- Grupo II	168
Apêndice 11- Priorização: Lista dos problemas encontrados no Diagnóstico de Situação (DIMENSÃO 1 e 2)	172
Apêndice 12- Dimensão 2: critérios de inclusão e exclusão de dados em consenso de peritos	174
Apêndice 13- Dimensão 2: Análise dos contatos e atos de enfermagem registados no SCLínico® CSP	175
Apêndice 14- Criação de proposta de bilhete de identidade de indicadores de monitorização e contratualização para a consulta de enfermagem de vigilância em TB [sclínico (perfil enfermagem)]	177
Apêndice 15- Pedido realizado à Comissão de Ética	186
Apêndice 16- Cronograma de tarefas de intervenção	190
Apêndice 17- Codificação de variável : Classificação farmacoterapêutica	191
Apêndice 18- Sessão de intervenção	205

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1-** Proporção de crianças com idade menor a 6 anos, com avaliação de elegibilidade para vacinação com BCG: Indicador 425 resultados ao dia 31 de dezembro de 2021. **36**
- Figura 2-** Sistema de alertas e vigilância epidemiológica do SINAVE (adaptado) **38**

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Fatores que influenciam a adesão em TB (adaptado de Tuberculosis Coalition for Technical Assistance (2006). International Standards for Tuberculosis Care (ISTC)).	52
Tabela 2: Concordância da codificação médica, com o PNLCTADT e o registo de fármacos Antituberculosos. (Fonte: SClínico® CSP - período de [2016-2021])	66
Tabela 3: Concordância do PNLCTADT e o registo de fármacos (Fonte: SClínico® CSP - período de [2016-2021])	66
Tabela 4: Características demográficas e socio-comportamentais dos utentes com codificação médica, ICPC-2: A70 (Peritos) (Fonte: SClínico® CSP - período de [2016-2021])	68
Tabela 5: Co-morbilidades da população, fatores sócio comportamentais com codificação médica, ICPC-2: A70 (Peritos) (Fonte: SClínico® CSP - período de [2016-2021])	69
Tabela 6: Registo de fármacos por grupo farmacológico (5 principais resultados), nos utentes com ICPC-2: A70(Peritos) (Fonte: SClínico® CSP - período de [2016-2021])	70
Tabela 7: Utesntes com PNLCTADT ativo e com a intervenção de enfermagem : “Supervisionar a autoadministração de medicamentos” (Fonte: SClínico® CSP - período de [2017-2021=> exclusão quem iniciou tratamento neste ano].	70
Tabela 8: Prevalência dos focos de enfermagem : GRT, CA, ACI nos utentes com PNLCTADT e A70 (Peritos) Fonte: SClínico® CSP [Anos 2016-2021]	71
Tabela 9: Prevalência do padrão de documentação no foco: GRT, com PNLCTADT ativo	72
Tabela 10: Prevalência do padrão de documentação no foco: ACI, com PNLCTADT ativo	73
Tabela 11: Prevalência do padrão de documentação no foco: CA, com PNLCTADT ativo	73
Tabela 12: Grelha de ponderação dos problemas e resultados, após consulta de peritos	75
Tabela 13: Parametrização do foco Gestão do Regime Terapêutico, CIPE® versão beta 2	152
Tabela 14: Foco Gestão do Regime Terapêutico e status parametrizado	152
Tabela 15: Parametrização do foco Autocontrolo da infeção, CIPE® versão beta 2	154
Tabela 16: Foco Autocontrolo: Infeção e status parametrizado	154
Tabela 17: Parametrização do foco Comportamento de Adesão, CIPE®, versão beta 2	155
Tabela 18: Foco Comportamento de Adesão e status parametrizado	155
Tabela 19: Operacionalização das variáveis incluídas no diagnóstico dos registos do SClínico (Dimensão 2).	156
Tabela 20: Resumo mínimo de dados para o diagnóstico no foco Gestão Comunitária, adaptado de Miranda,2020	158
Tabela 21: Enquadramento das questões alocadas, às dimensões MAIEC (Dimensão 1)	159
Tabela 22: Problemas alocados, às dimensões MAIEC (Dimensão 1)	161
Tabela 23: Importância de existir VEDE, em TB	169
Tabela 24: Existência de vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem, em TB	169
Tabela 25: Perceção de conhecimentos sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem, em TB	170

Tabela 26: Experiencia profissional dos Enfermeiros com sistemas de informação e documentação em enfermagem, em TB	170
Tabela 27: Percepção da necessidade em obter formação para documentar os focos de enfermagem em TB.....	170
Tabela 28: Importância em ter formação sobre a documentação da atividade de Enfermagem em TB.....	171
Tabela 29: Importância em ter formação sobre a VEDE em TB	171
Tabela 30: Problemas encontrados, após realização do diagnóstico de situação (Dimensão 1 e 2)	172
Tabela 31: Consultas e atos de enfermagem realizadas em utentes com PNLCTADT Fonte: SClínico® CSP.....	175

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Diferença entre a codificação médica ICPC-2 A70 e a codificação validada por peritos (Fonte: SClínico® CSP - período de [2016-2021]).....	65
Quadro 2: Seleção de estratégias	80
Quadro 3: Avaliação dos Indicadores	82
Quadro 4: Competências, percurso e desenvolvimento das competências de mestre	84
Quadro 5: Correspondência entre Programas de Saúde (SClínico® CSP Perfil de Enfermagem) e Consultas de Enfermagem de Vigilância.....	103
Quadro 6: Elegibilidade de crianças para a vacina BCG. Adaptada da norma nº 006/2016 de 29/06/2016 da DGS	141
Quadro 7: Bilhetes de identidade dos indicadores de monitorização e contratualização de monitorização do cumprimento do PNV e da norma nº 010/2018 da DGS	142
Quadro 8: A atividade do Enfermeiro na TB, adaptado de Conselho Internacional de Enfermeiros (2008, pp. 36-37).....	144
Quadro 9: Fatores que afetam a adesão ao tratamento da TB e as intervenções utilizadas para melhorar a adesão, adaptado de WHO (2003) Adherence to Long-Term Therapies - Evidence for Action.....	147
Quadro 10: Cronograma das tarefas do projeto de intervenção.....	190
Quadro 11: Codificação da variável farmacoterapêutica.....	191

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tendência mundial global de notificações de casos em pessoas recém-diagnosticadas com TB, [2016–2020] (Global Tuberculosis Report WHO, 2021, p.4).....	29
Gráfico 2: Tendências das notificações de casos em pessoas recém-diagnosticadas com TB por região da OMS, 2016–2020 (adaptado de Global Tuberculosis Report , WHO, 2021, p.5).....	30
Gráfico 3: Evolução da taxa notificação em Portugal, adaptado do SVIG-TB, 2020.....	33
Gráfico 4: Evolução de novos casos de TB em Portugal, nas crianças com idade <6 anos [2008-2020],adaptado, SVIG-TB e SINAVE 2020	35
Gráfico 5: Distribuição dos Enfermeiros pelo tipo de especialidade em Enfermagem	62
Gráfico 6: Percentagem das respostas obtidas à questão 11-” Considera que a informação resultante dos registos de enfermagem no SClínico® CSP, é avaliada pelo Programa Nacional de luta contra a TB, nos formulários 1 e 2 do SVIG-TB?”	168
Gráfico 7: Percentagem das respostas obtidas à questão 12-” Considera existir vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem em TB no seu ACeS?”	169

INTRODUÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, lecionado no Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa e que visa especificamente a obtenção, desenvolvimento e integração de saberes de Enfermagem avançada a famílias, grupos e comunidades, integra-se a unidade curricular Estágio Final e Relatório.

Deste modo, apresenta-se o supramencionado relatório, relativo ao estágio realizado no período compreendido entre setembro de 2021 a 18 de dezembro de 2021 num total de 360 horas de contacto, numa Unidade de Saúde Pública da região Norte de Portugal, que tem como principal missão proteger e elevar o estado de saúde de toda a população residente na área geográfica do respetivo ACeS, com a orientação académica do Professor Doutor Pedro Melo e tendo como tutora uma enfermeira especialista, com o grau académico de Mestre, da referida unidade.

Por já ser detetor das competências de especialista em Enfermagem Comunitária desde o ano de 2010 e ter obtido creditação ao 2º semestre no curso de Mestrado, o discente irá demonstrar ao longo do relatório que aplica as competências reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros de forma aprofundada, mas acrescida de uma visão de investigação necessária na aquisição das competências de Mestre em Enfermagem.

A Tuberculose (adiante também designada por TB) é considerada pela WHO uma emergência global e continua a ser um problema de saúde pública, apesar de ser uma das mais antigas doenças da humanidade. Por outro lado, considera-se importante entender a TB na dinâmica do processo de enfermagem, sobre como os enfermeiros registam a informação ao longo do ciclo vital dos utentes, que tipo de meta dados criados são geradores de conhecimento e ganhos em saúde. Em Portugal o sistema de informação em enfermagem de apoio à prática clínica, usa como referencial de linguagem, a CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) do Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), e a ferramenta informática permite efetuar o agendamento de contactos, realizar planeamento em saúde, registar os diagnósticos de enfermagem, as intervenções e toda a atividade resultante da prestação de cuidados de enfermagem nas instituições de saúde. Esta informação codificada é necessária em saúde e deverá ser comparada, monitorizada., analisada e acessível ao utente e restantes

profissionais de saúde, de modo a garantir a continuidade de cuidados e o apoio ao processo de tomada decisão em relação aos diagnósticos, resultados e intervenções individuais de cada doente.

Cumprir enquadrar que o estágio decorre em plena pandemia por SARS-CoV-2, que provocou mundialmente vários milhões de vidas humanas perdidas, a diminuição dos anos de vida vividos com saúde, a deterioração acentuada da vida social e da economia e um enorme desgaste no Serviço Nacional de Saúde e seus profissionais. Além disso, as interrupções nos serviços de saúde causadas pela pandemia Covid-19 levaram a retrocessos, ameaçando reverter o progresso recente na redução da carga global da TB. Em muitos países, e em Portugal, os recursos humanos, financeiros e outros foram realocados da TB para a resposta à Covid-19, afetando o diagnóstico da doença. Por outro lado, a existência de uma pandemia, levou a que a saúde pública se assumisse como uma área central e crítica dos sistemas de saúde, sendo fundamental como observatório de saúde, no papel de vigilância do estado de saúde das populações e na orientação das políticas em saúde e gestão efetiva dos recursos.

A abordagem da gestão comunitária da comunidade ACeS, neste contexto de TB, perante o relevante papel desempenhado pelos enfermeiros em TB, na intervenção comunitária e vigilância epidemiológica, permite o empoderamento comunitário na tomada de decisão clínica dos enfermeiros, tendo por base o Modelo de Avaliação, Intervenção Empoderamento Comunitário (MAIEC), para a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem. Quanto ao relatório propriamente dito, o mesmo organiza-se em três grandes capítulos:

- **Capítulo 1** - A problemática da TB na enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, abordando-se o referencial teórico, onde se sintetiza correlaciona e aborda as grandes linhas científicas dominantes na investigação em TB, no Mundo e em Portugal, numa perspetiva de Saúde Pública, de Vigilância Epidemiológica e teorias de Enfermagem, enquadrando-se o projeto de investigação e intervenção desenvolvido durante o estágio e o normativo científico e racional sobre o qual a reflexão se desenvolverá;
- **Capítulo 2** - O planeamento em saúde aplicado à investigação em enfermagem de saúde pública: traduz o trabalho desenvolvido em termos de metodologia utilizada, descreve-se o planeamento em Saúde nas suas etapas constituintes. São apresentados o tipo de estudo aplicado, as fontes de dados utilizadas e os instrumentos de medição, definindo-se ainda a população em estudo, as variáveis em análise, a sua operacionalização e os métodos utilizados para a recolha e

análise dos dados. Por último, apresenta-se a análise dos dados de acordo com os objetivos propostos e a sua avaliação.

- **Capítulo 3** - O percurso e o desenvolvimento das competências de mestre, onde se sintetizam as aprendizagens, as competências desenvolvidas, relacionadas com o Mestrado em Enfermagem, bem como as competências comuns dos enfermeiros especialistas.

Após estes três capítulos, será apresentada a conclusão do relatório, resumindo os objetivos propostos inicialmente e a consecução do desenvolvimento das competências explanadas no capítulo anterior, bem como dos contributos deste percurso para o desenvolvimento Profissional e académico do discente. No final é ainda apresentada toda a bibliografia consultada, sendo que a norma de referenciação utilizada foi a APA 6.

Na elaboração e desenvolvimento do presente relatório utiliza-se uma metodologia descritiva e reflexiva, pretendendo-se ir de encontro com a missão e valores defendidos pela Universidade Católica, com o qual o mestrando se identifica, tendo-se proposto dar resposta ao conjunto de objetivos elencados:

- Comunicar a informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas como ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas com que se deparou;
- Abordar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada, de modo sistemático, criativo e relacionada com o cliente, família e comunidade, avaliando, monitorizando e divulgando os resultados encontrados;
- Analisar de forma crítico-reflexiva todo o processo de desenvolvimento individual enquanto discente do Curso de Mestrado, realizando uma análise mais específica e detalhada do Estágio Final realizado numa Unidade de Saúde Pública;
- Descrever a implementação do projeto de estágio e trabalho de investigação a que se propôs, baseado no processo de planeamento em saúde, aliado ao processo de Enfermagem sustentado pelo MAIEC e nas competências específicas do EEECESCSP;
- Avaliar o impacte da implementação do MAIEC na vigilância epidemiológica da TB e no trabalho que os enfermeiros realizam, capacitam e documentam nos

sistemas de informação de forma a combater a doença na comunidade e garantir o sucesso terapêutico, através da sistematização de normas de orientação clínicas com abrangência multiprofissional;

- Revelar a importância dos serviços de saúde pública e o seu papel de catalisador de alianças e de plataformas mobilizadoras das comunidades locais na concretização dos objetivos fundamentais de uma política de ampla promoção e proteção da saúde;
- Refletir sobre o processo de aquisição das competências comuns de Enfermeiro Especialista, das competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e das competências de Mestre em Enfermagem.
- Demonstrar e aprofundar conhecimentos sobre o referencial teórico consolidado na prática do discente, nomeadamente na saúde pública.

Com a produção deste relatório pretende-se, apresentar-se todo o percurso realizado ao longo do estágio, evocando todas as etapas do planeamento em saúde, as atividades realizadas, os resultados obtidos e conseqüentemente a sua avaliação.

CAPÍTULO 1 – REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo será apresentado o enquadramento conceptual que norteou todo o processo de tomada de decisão, seguido da apresentação do projeto e suas etapas de Planeamento em Saúde. Estes principais conceitos teóricos fundamentam e são essenciais na prossecução do projeto de estágio, de forma a tornar clara a emergência do tema em Portugal, no concelho em estudo, na intervenção desenhada que alicerçou o estágio do discente. Estes conceitos são detalhados e mencionados nas revisões da literatura, ao longo do relatório, permitindo assim basear a prática clínica na evidência científica.

1.1 A HISTÓRIA DA TB EM PORTUGAL E NO MUNDO

A TB é descrita como uma doença antiga, e narrada nos livros de história como tísica, ou por peste branca tendo provocado um número elevado de óbitos em todo o mundo. Achados históricos e vários autores, mencionam a identificação da TB em múmias egípcias, ou seja, entre 1550-1080 antes de cristo, sendo referidos relatos de malformações esqueléticas, sugestivas de lesões tuberculosas da coluna dorsal, também conhecida como espondilite tuberculosa, “mal de Pott”, ou ainda como TB vertebral, que é uma infeção das vértebras causada pela *Mycobacterium Tuberculosis*, geralmente originada de uma TB pulmonar (Nerlich, Haas, Zink, Szeimies e Hagedorn, 1997).

Como referido, a doença tem acompanhado a humanidade ao longo das civilizações desde a antiguidade, pelo que se traça o perfil da doença, surgindo a primeira descrição da TB na Grécia por Hipócrates, que a designou por “tísica”, termo esse que se manteria até aos dias de hoje. O nome tísico nasce devido ao principal sintoma da doença, o emagrecimento acentuado.

A natureza transmissível da TB, foi descoberta na civilização romana através de Galeno, que contrariou a tese de doença hereditária de Hipócrates, e defendeu a existência de uma natureza transmissível da TB, sugerindo o repouso, para a cura da doença. (Herzog, 1998; Almeida, 1994; Pina, 2000)

Avicena (980-1037) que viveu na Idade Média oitocentos anos depois, referiu que a TB seria uma doença infecciosa e Girolamo Frescatoro (1478-1553), quase quatrocentos anos mais tarde, estabeleceu o conceito da transmissibilidade da doença (Almeida, 1994; Pina, 2000). É importante referir, que um marco histórico no estudo e conhecimento da doença, ocorreu por

volta do ano 1590 com a invenção do microscópio composto, por Zacarias Jansen, que ao criar esta ferramenta científica tornou possível, quase trezentos anos mais tarde, que ocorressem avanços na área do diagnóstico microbiológico, com a identificação do agente etiológico, responsável pela TB.

É importante destacar que foi no dia 24 de março de 1882, que Robert Koch, anunciou ter identificado o microrganismo responsável pela TB, o *Mycobacterium Tuberculosis*, que passou a ser designado pelo seu nome, bacilo de Koch (Almeida, 1994; Pina, 2000; Bates e Stead, 1993). O médico, patologista e bacteriologista alemão Robert Koch, para além de identificar o agente causador da doença, demonstrou ainda que a via inalatória era muito importante como fonte de contágio, tendo produzido a tuberculina, que este pensou na altura ser um princípio terapêutico, mas que posteriormente, a ciência demonstrou e provou ser apenas uma forma de diagnóstico.

Em Portugal é importante mencionar, Curvo Semedo que identificou como medicamentos para tratar a TB: mercúrio fixo com ouro, leite humano, leite de burra, quintílio, descanso, bons ares do campo, balsâmicos contra a tosse, quina para a febre e boa alimentação, tendo ainda identificado o clima como uma das principais armas no combate à TB. (Almeida, 1994). Os doentes com TB em Portugal, eram colocados em locais cujas condições climáticas se consideravam ideais, tendo sido criados sanatórios de montanha ou praia e os utentes passavam por um regime diário de tratamentos. Esses tratamentos incluíam passeios matinais, exercício físico e banhos de sol diários e prolongados. Na região Norte, por exemplo, um dos locais de tratamento para a TB era o Sanatório Marítimo do Norte, que foi reconvertido recentemente no centro de reabilitação do Norte, localizado na freguesia de Valadares, concelho de Vila Nova de Gaia, distrito do Porto.

Em termos de magnitude de óbitos, estima-se que a TB tenha sido responsável na Europa por um quarto da mortalidade do Continente Europeu nos séculos XVIII e XIX, uma vez que praticamente toda a população estava infetada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, naquele período. Vários fatores contribuíram para a disseminação da doença, como por exemplo a migração das populações rurais para as grandes cidades, a industrialização e as desumanas condições de trabalho, que vitimaram várias pessoas, que viviam em situação de miséria, fome e desnutrição.

A única vacina contra a TB teve a sua origem numa variante atenuada de *Mycobacterium bovis*, ainda hoje disponível e usada, tendo sido descoberta em 1921 através Calmette e Guérin e designado por Bacilo de Calmette e Guérin ou pelo seu termo abreviado, o BCG. O processo de

vacinação com o BCG revelou-se eficaz na prevenção de algumas formas graves de TB, sobretudo em crianças, prevenindo a meningite, sendo por isso recomendada pela OMS, apesar do seu contributo limitado na redução da transmissão da infeção pelo complexo.

A verdadeira mudança no tratamento da TB, surgiu na era dos antibióticos, que ocorreu no ano de 1944, com o primeiro antibiótico usado eficazmente contra o *Mycobacterium Tuberculosis*, a estreptomina descoberta por Selman Alban Waksman, tendo-se iniciado o tratamento da TB com elevada efetividade. Seguiu-se a descoberta do ácido p-aminosalicílico em 1946, da pirazinamida em 1950, da isoniazida em 1952, do etambutol em 1961, da rifampicina em 1965, e finalmente na década de 80 surgem as fluorquinolonas, entre outros fármacos antituberculosos.

A incidência da TB, após a era dos antibióticos diminuiu abruptamente, porém no ano de 1985 com a descoberta da infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), provocou com a curva decrescente de incidência da doença, rapidamente se invertesse e como consequência a OMS declarou em 1993, a doença como uma emergência global (Nakajima, 1993).

O aumento do número de utentes toxicodependentes ou com síndrome da imunodeficiência adquirida provocou a criação de estirpes de bacilo de Koch resistentes aos fármacos anti-bacilares. Para além do VIH, o desenvolvimento dos transportes, as guerras ou simplesmente a procura de melhores condições de vida, levou a um aumento do tráfego internacional, que potenciou uma maior mobilidade das pessoas e como consequência a disseminação da TB. Com o fenómeno da imigração de pessoas oriundas de países onde a doença é altamente prevalente, para outros onde a incidência é diminuta, provocou o ressurgimento da doença, ou ao aumento de casos em países onde a incidência era reduzida, sendo exemplo recente os refugiados de países de guerra na Europa.

Recentemente, a OMS implementou a estratégia para o fim da TB, recomendando a implementação do rastreio, do diagnóstico e do tratamento da infeção tuberculosa latente, sem prejuízo da prioridade do tratamento precoce e completo dos casos de TB ativa. No entanto, é necessário clarificar os estágios da doença, que podem ser definidos pela infeção primária, infeção latente e doença ativa.

A TB primária é definida como sendo a forma mais comum após a infeção pelo bacilo e resulta numa pequena área de pneumonite e por uma adenomegalia hilar e/ou mediastínica homolateral - complexo primário. Após esta fase inicial, o sistema imunológico ou imunitário, geralmente, evita que a doença se propague, mas pode abrigar as micobactérias que causam TB (DGS, 2020). Por este motivo, faz-se uma distinção entre dois tipos de TB:

- TB latente, ocorre quando existe uma infeção por TB, mas as bactérias permanecem num estado inativo e não causam sintomas ao ser humano, uma vez que o sistema imunitário mantém as bactérias quiescentes, contendo a sua multiplicação, impedindo o desenvolvimento de lesões orgânicas com significado patológico. Neste estado não há possibilidade de contágio. A TB latente não é contagiosa e é designada como TB inativa ou TB infeção, podendo evoluir e transformar-se em TB ativa, se não houver a instituição de tratamento adequado e se houver uma alteração do estado imunitário.
- TB ativa, nesta situação a doença pode contagiar outros indivíduos. Pode ocorrer por reativação da doença ou como uma TB secundária que pode ocorrer nas primeiras semanas após a infeção ou anos mais tarde, em que a situação de saúde e imunidade do individuo se deteriorou. Na transição para o estado de doença, não existe um período de incubação da TB, mas sim um processo de transformação de TB infeção, em doença, algo que pode demorar anos ou inclusive nunca ocorrer.

Reforça-se que o risco de adquirir a TB segundo a DGS (2020), é maior em pessoas com idade muito jovem ou muito avançada, como exemplo os idosos, no entanto existem muitas patologias associadas à TB, destacando-se as seguintes como potenciadores do risco de TB infeção para TB doença:

- Doença Hepática;
- Silicose;
- Terapêutica imunossupressora
- Lesões pulmonares fibróticas;
- Infeção pelo VIH
- Diabetes mellitus;
- Neoplasias;
- Insuficiência renal;

Existem, ainda outros fatores de risco associados ao desenvolvimento da doença, nomeadamente:

- Hábitos tabágicos, dependência de álcool e de drogas endovenosas, uma vez que as pessoas dependentes destas substâncias, apresentam uma menor adesão aos tratamentos, apresentam uma diminuição do sistema imunitário e consequentemente tendem a manter-se mais tempo bacilíferas.

- Estado nutricional e nutrição, uma vez que malnutrição afeta o sistema imunitário, e, conseqüentemente o aparecimento da TB doença;
- As condições socioeconómicas, as condições de pobreza ou de baixo nível socioeconómico causam a existência de condições habitacionais sobrelotadas, sem o necessário distanciamento, o que no caso da existência de um caso de TB bacilífero, promove um aumento da transmissão do bacilo, e uma maior prevalência da infeção, sendo um exemplo, os sem-abrigo.
- Os migrantes, uma vez que a disseminação da TB, pode ser potenciada, através da migração de países de elevada incidência para países de mais baixa incidência, provocando assim um impacte na morbilidade da TB nos países desenvolvidos, exemplo recente: os fluxos migratórios na Europa.
- Estabelecimentos prisionais, associando-se a existência de três fatores que contribuem para as elevadas taxas de incidência de TB nos estabelecimentos prisionais:
 1. O elevado número de reclusos toxicodependentes, com VIH, com baixa condição socioeconómica e com várias co-morbilidades;
 2. A estrutura arquitetónica dos estabelecimentos prisionais, com celas pequenas, ventilação inadequada e sem o distanciamento social necessário;
 3. A elevada mobilidade das prisões, com reclusos a entrar e sair (CDC, 2006; WHO, 2020)

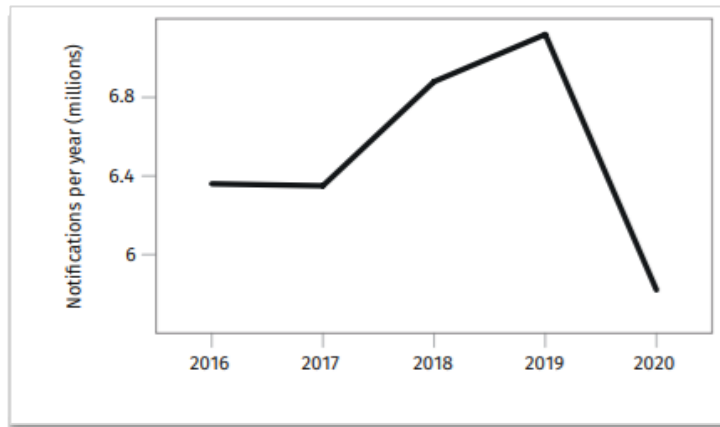
1.2 A TB E A PANDEMIA COVID-19

Uma nova pandemia emergiu no Mundo em dezembro de 2019, a COVID-19 cujo nome foi atribuído pela Organização Mundial da Saúde (OMS), à doença provocada pelo novo coronavírus SARS-COV-2, que pode causar infeção respiratória grave como a pneumonia. A COVID-19 trouxe novos desafios para o tratamento da TB em pessoas com a doença existente ou anterior à pandemia, tendo a OMS identificado, numa série de documentos de informação sintéticos do escritório Regional da OMS para a África sobre a COVID-19 (OMS, 2021) ou relatórios globais de 2020 e 2021, algumas dessas preocupações que o discente detalha neste subcapítulo.

Em muitos países os recursos humanos, financeiros e outros foram deslocados da TB para a resposta da Covid-19, incluído Portugal, afetando assim diagnóstico da doença e o rastreio de contactos na TB, ocasionando uma redução de, aproximadamente, 25% de casos em países como a Índia, Filipinas e Indonésia nos primeiros 6 meses de 2020 em comparação com o mesmo período de 6 meses em 2019 (WHO, 2020).

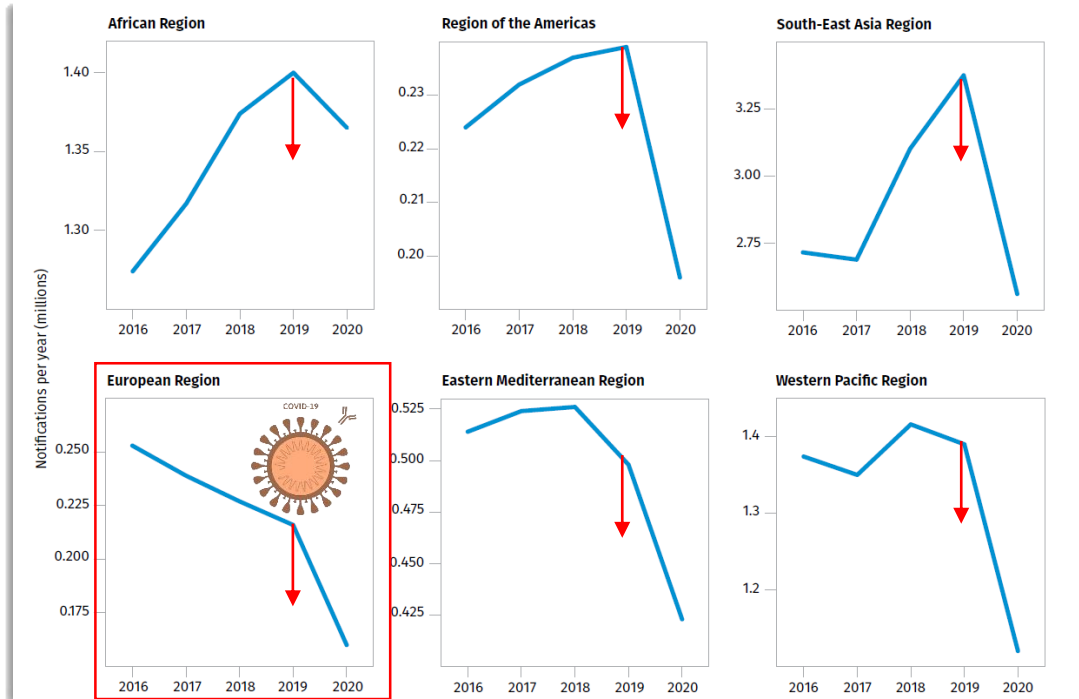
A pandemia trouxe um impacto global, refletindo-se na queda do número de pessoas recém-diagnosticadas e relatadas com TB (Gráfico 1), que diminuiu de 7,1 milhões em 2019 para 5,8 milhões em 2020, um declínio de 18% em relação ao nível de 2012 e muito aquém do número de 10 milhões de pessoas que se estima que tenham desenvolvido a doença TB em 2020. (WHO, 2021).

Gráfico 1: Tendência mundial global de notificações em casos de pessoas recém-diagnosticadas com TB, [2016–2020] (Global Tuberculosis Report WHO, 2021, p.4)



Um padrão de aumento das notificações de casos de TB até 2019 foi seguido de uma queda acentuada em 2020, de forma evidente nas cinco das seis regiões da OMS (Gráfico 2), com grandes reduções absolutas e relativas nas regiões de Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental. Verifica-se ainda que na Região Europeia da OMS, houve também uma clara queda das notificações (refletindo um declínio subjacente na incidência de TB), sugerindo a OMS que detecção e notificação de casos de TB nesta região, foram também afetados pela pandemia de COVID-19 (WHO, 2021).

Gráfico 2: Tendências das notificações de casos em pessoas recém-diagnosticadas com TB por região da OMS, [2016–2020] (Global Tuberculosis Report , WHO, 2021, p.5)



Destaca-se que ainda de acordo com o relatório Global da OMS 2021 sobre a TB, o acesso aos serviços de saúde, tonou-se num desafio para as próximas décadas, principalmente devido à pandemia de Covid-19, alertando que as metas globais de prevenção e tratamento pactuadas na histórica Assembleia Geral da ONU em setembro de 2018 serão muito provavelmente perdidas se não forem implementadas medidas corretivas, ações e investimentos urgentes, pelos países.

A pandemia de COVID-19 trouxe à luta contra a TB, uma reversão de anos no progresso da prestação de serviços essenciais e provocou um aumento da carga global da doença. As últimas estimativas de doenças globais revelam uma tempestade perfeita, provocada pela pandemia, com o aumento das doenças crónicas, falhas na saúde pública e do processo de vigilância epidemiológica. Em suma, as metas globais de TB encontram-se desalinhadas, consequência do período pandémico provocado pelo COVID-19, embora a OMS refira existirem histórias de sucesso regionais e nacionais, pelo que o papel dos enfermeiros na defesa da saúde pública deve ser reforçado. (WHO, 2021)

A prioridade no período pós-pandemia, segundo a OMS, passa por restaurar o acesso e a prestação de serviços essenciais de TB, de modo que os níveis de deteção e tratamento de casos de TB possam ser recuperados. A TB continua ainda a ser responsável por uma alta taxa de mortalidade e morbilidade a nível mundial, e por isso é considerada como um problema de saúde

pública, no entanto ela é curável e evitável. Urge intervir na diminuição dos fatores de risco que a pandemia aumentou, nomeadamente a coinfeção por VIH, a imigração, os refugiados, os sem-abrigo, o alcoolismo e a toxicodependência, a desnutrição, a diminuição no acesso à saúde. (WHO, 2021)

1.3 A TB EM PORTUGAL

O controlo das doenças infecto contagiosas em Portugal já tem um longo caminho percorrido no nosso país, uma vez que desde 1949 foi criada a obrigatoriedade de declaração de algumas doenças (como por exemplo a TB, a lepra ou a sífilis), e cuja notificação conduziria a medidas de controlo de infeção como isolamento de indivíduos, o tratamento e o rastreio na comunidade. A TB tem vindo a diminuir em Portugal, encontrando-se a incidência abaixo do limite definido como baixa incidência desde 2015 (<20/100 000 habitantes). Os últimos relatórios da DGS, revelam que a concentração de casos ocorre principalmente nos grandes centros urbanos, com associação a diferentes co-morbilidades, e que exige uma atuação conjunta da saúde e estruturas sociais.

O XXI Governo Constitucional de Portugal, no seu programa para a saúde, estabeleceu como prioridade, promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública, salientando que para haver ganhos em saúde, o país teria que intervir nos vários determinantes de forma sistémica, sistemática e integrada. O reforço da dinâmica na resposta aos principais problemas de saúde da população portuguesa, ocorreu através da criação do [Despacho n.º 6401/2016 de 16 de maio](#), alterado pelo [Despacho n.º 1225/2018, de 5 de fevereiro](#), do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, com a criação de doze programas de saúde prioritários onde se incluía a TB. A adoção das recomendações da OMS, através do reforço normativo e legislativo, em Portugal, instigou um maior controlo e qualidade no tratamento da TB, assente no Programa Nacional de Luta Contra a TB (PNLCT) e aplicando a estratégia Directly Observed Therapy Short Course (DOTS). Os cuidados de saúde primários tornaram-se a referência e o pilar quer no tratamento da doença, como no rastreio de contactos e a responsabilidade do tratamento passou a ser assegurada nos Centros de Diagnóstico Pneumológico (CDP), sob supervisão dos serviços de saúde pública.

A prestação de cuidados médicos e de enfermagem, foram desenhados por este programa prioritário de modo a corresponder ao planeamento da política nacional e internacional em TB, tendo-se reforçado a literacia dos profissionais de saúde com a publicação de vários documentos

e normas aplicáveis aos Centros de Diagnóstico Pneumológico, Unidades de Saúde Familiares e Unidades de Saúde Pública respetivamente. (CDP; DGS, PNLCT, 2016). A estratégia Toma Observada Direta (TOD) operacionalizada em Portugal pelos Enfermeiros, encontra-se alinhada com planeamento e com os objetivos da OMS para controlar, prevenir e erradicar a TB em todo o mundo, é constituída por cinco componentes (Anexo 9).

Como indicadores do tratamento da doença e de forma a avaliar o sucesso da implementação do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA e TB, Portugal estabeleceu as metas de saúde para 2020 que se enumeram:

- Diagnosticar 90 % das pessoas que vivem com a infeção por VIH; destas, assegurar que 90% estão em tratamento antirretroviral e, destas, que 90% apresentem carga viral suprimida;
- Manter a taxa de casos de novas infeções pediátricas devido à transmissão vertical ≤ 50 casos/100.000 nados vivos e a taxa de transmissão vertical do VIH $< 2\%$;
- Reduzir a incidência da TB para 15/100.000 habitantes;
- Alcançar o sucesso terapêutico em 90% dos casos de TB em tratamento;
- Diagnosticar a infeção por VIH em 90% dos doentes com TB. (DGS, 2017)

Salienta-se o alerta recente da OMS sobre os migrantes, que podem contribuir para o aumento, surgimento ou propagação de doenças, alerta premente face à atualidade mundial, desde refugiados Sírios como mais recentemente Ucrrianos. Deste modo e com o objetivo de prevenir e controlar a expansão das doenças no contexto internacional com a mínima interferência na circulação de pessoas e no comércio, Portugal adotou o Regulamento Sanitário Internacional, publicado em Portugal pelo Aviso nº 12/2008, no Diário da República, 1ª série, nº 16, de 23 de janeiro de 2008. Recentemente, com a base 35 da Lei de Bases da Saúde, aprovada em anexo à Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, foi reforçado o papel, que as Unidades de Saúde Pública têm na defesa sanitária das fronteiras de Portugal, através da implementação de medidas necessárias para prevenir a importação ou exportação das doenças, como exemplo a TB.

De acordo com o último Relatório de Vigilância e Monitorização da TB em Portugal com dados definitivos de 2018/2019 (2020), temos vindo a assistir a um aumento do número de dias entre o início dos sintomas e o diagnóstico, o que sugere uma menor suspeita de infeção por TB. É importante referir ainda que no último relatório anual de acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas publicado no ano de 2019, se alerta para um aumento da demora mediana entre o início de sintomas e o diagnóstico de TB, sugerindo que

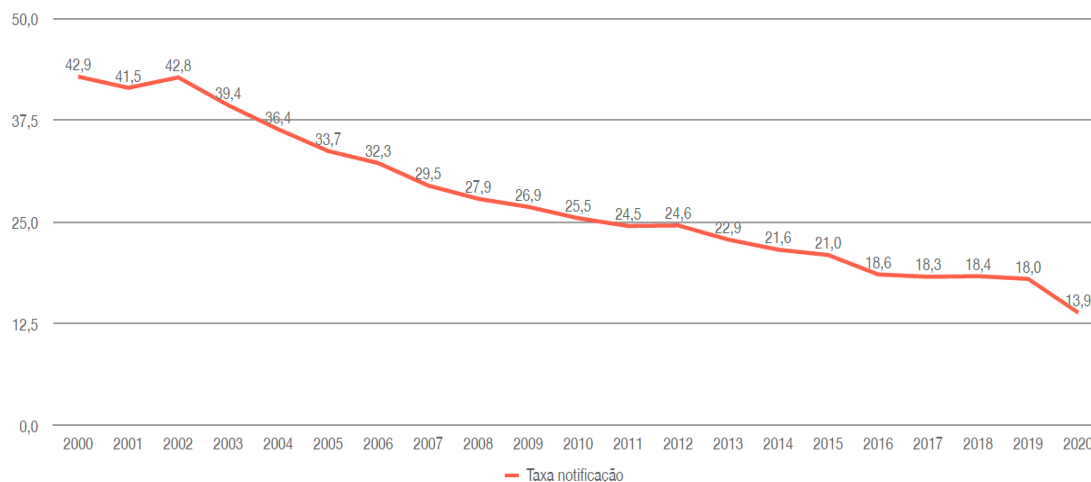
esta diminuição pode estar relacionada a fatores atribuíveis aos utentes ou aos serviços de saúde, que apresentam um menor índice de suspeição da doença TB. Estes dados podem ser agravados nos próximos anos devido à diminuição no acesso à saúde, migrantes (rastreios e tratamento), pandemia por COVID-19 e guerra.

1.4 A BCG E ESTRATÉGIA DE VACINAÇÃO EM PORTUGAL

Como referido, anteriormente, no ano 1974 a vacina BCG foi introduzida no programa de imunização da OMS, sendo para já a única vacina aprovada pela OMS que previne as formas severas da doença, como a TB miliar ou a meningite tuberculosa na infância. Esta vacina, a BCG provoca uma resposta imunológica relacionada com o desenvolvimento de antígenos nas células T memória que atuam após infeção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, no entanto não impede a infeção por TB, mas tem um papel decisivo nas formas graves da doença (DGS,2016).

Em Portugal tem-se verificado uma redução progressiva e sustentada da incidência de TB, tendo sido atingido em 2014, o limiar (< 20/100 000 habitantes). Tal como se pode verificar no Gráfico 3, no ano de 2014, a incidência foi abaixo dos 21 casos por 100,000 habitantes o que colocava Portugal como um país de baixa incidência. Concomitantemente, houve um decréscimo considerável da meningite tuberculosa nas crianças com idade inferior a 5 anos.

Gráfico 3: Evolução da taxa notificação em Portugal, adaptado do SVIG-TB, 2020



Foi no ano de 2016, que Portugal adotou a recomendação da OMS e a UNICEF para países com baixa incidência, que cumpram os critérios de controlo da TB, passando a utilizar uma estratégia de vacinação de grupos de risco, formalizada com a entrada em vigor da norma nº 006/2016 de 29/06/2016 da DGS. Deste modo, com a entrada em vigor desta norma, aplicou-se a vacinação BCG, apenas às crianças inseridas em grupos de risco, identificados no anexo 10.

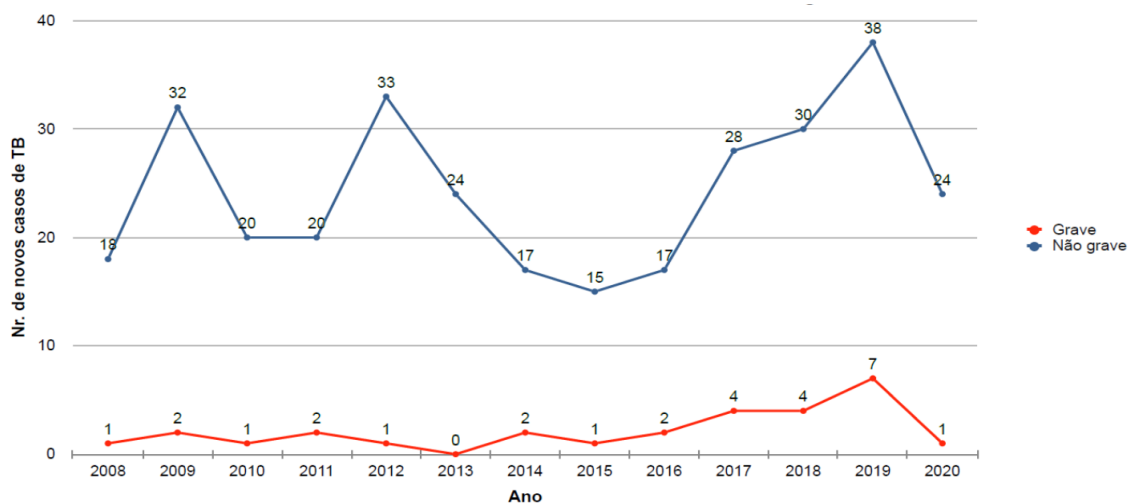
Salienta-se que esta mudança na estratégia vacinal da BCG ocorreu após problemas na distribuição vacinal por parte do laboratório Statens Serum Institut da Dinamarca. Posteriormente a norma da DGS de 2016, foi atualizada pela norma nº 010/2018 de 17/04/2018, que reforça que a situação de risco das crianças se pode alterar a qualquer momento, e que mesmo uma criança já avaliada como não elegível, deve ser reavaliada em todas as oportunidades pela equipa de saúde familiar ou por outro profissional saúde (exemplo: CDP, consultas do viajante, consultas de rotina).

É importante referir que o discente, enquanto elemento da Comissão Técnica Nacional (CTN) da ACSS e representante de uma entidade, submeteu no ano de 2018, três propostas de indicadores que foram aprovados por unanimidade na [Ata Nº 17 de 05.06.2019](#) da CTN, tendo sido posteriormente construídos BI de indicadores que passaram a ser incluídos na contratualização dos cuidados de saúde primários (anexo11). Tornou-se assim possível monitorizar o cumprimento da norma que define os critérios de elegibilidade para a vacina e onde os enfermeiros desempenham um papel ativo, ao promoverem comportamentos de saúde e a adesão vacinal.

Verificou-se, porém, que a partir do ano de 2015, o número de casos de TB em crianças aumentou, no grupo etário < 6 anos, segundo o Relatório de vigilância e monitorização da TB (2020, p. 22), tendo sido notificados 34 casos de TB em 2018, para este grupo etário, o que corresponde a uma taxa de incidência de 6,62 casos/100 mil crianças e no ano de 2019 este número aumentou para 45 casos, correspondendo a um aumento na taxa de incidência de 8,66 casos/100 mil crianças. Constatou-se assim que para o triénio 2017-2019, se verificou uma tendência crescente no número total de casos de TB neste grupo etário, sendo que muitas destas crianças não tinham a vacina de BCG, e apresentavam critérios de elegibilidade para vacinação.

No ano de 2019, em Portugal, cerca de 33,3% das crianças estavam vacinadas com BCG e tal como se pode verificar no gráfico seguinte, sete crianças apresentaram com formas graves da doença, quatro casos corresponderam a formas meníngeas e 2 crianças estavam vacinadas com BCG.

Gráfico 4: Evolução de novos casos de TB em Portugal, nas crianças com idade <6 anos [2008-2020], adaptado, SVIG-TB e SINAVE 2020

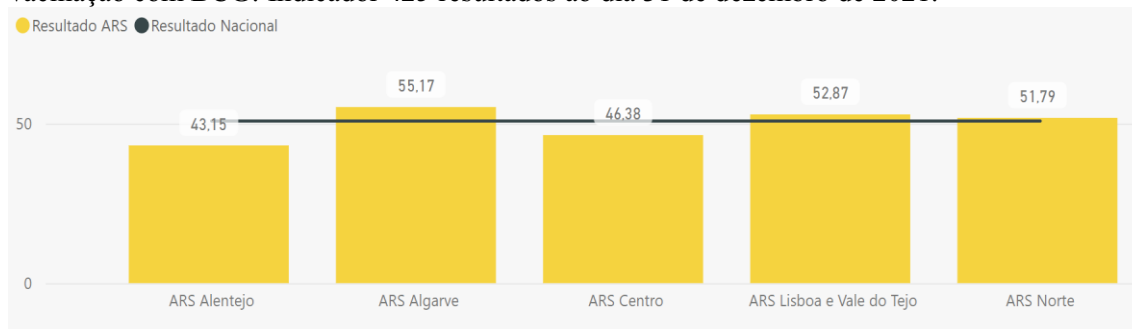


Salienta-se ainda que as comunidades de risco, previstas na norma nº 006/2016 de 29/06/2016 da DGS foram definidas pela equipa coordenadora regional do PNLCT da região Norte, que identificou as comunidades de risco por freguesia, mantendo-se esta definição inalterada, até ao ano de 2021. Para a definição dos critérios de comunidades de risco para região norte, consideraram-se dois critérios quantitativos, a taxa de notificação média anual e o número médio anual de casos de TB, de forma a minimizar o efeito dos pequenos números. Como fonte de informação utilizaram-se os dados do SVIG-TB e seguintes critérios:

- Taxa de notificação média anual de TB (2010-2014) igual ou superior a 40/100.000 habitantes, e;
- Número médio anual de casos de superior ou igual a 3,5.

No entanto, e conforme se evidencia na Figura 1 o resultado do indicador de contratualização número 425 em 2021, apresentava uma média nacional 49,87%, ou seja, o resultado deste indicador demonstra uma não avaliação da elegibilidade para BCG e um padrão de documentação distante dos valores preconizados pela norma nº 010/2018 e pela CTN. Assim, os Enfermeiros que operacionalizam o PNV devem aproveitar todas as oportunidades de contato de forma a realizar a avaliação da elegibilidade destas crianças para a vacina de forma a prevenir formas graves de TB, conforme evidenciando anteriormente.

Figura 1: Proporção de crianças com idade < 6 anos, com avaliação de elegibilidade para vacinação com BCG: Indicador 425 resultados ao dia 31 de dezembro de 2021.



1.5 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM TB

Em Portugal a monitorização e follow-up de casos e sua morbidade por TB podem ser obtidos através dos seguintes sistemas de informação e vigilância:

1-Sistema Nacional de Vigilância da TB (SVIG-TB), divulgado pela Circular Normativa 6/DT de 13 de março de 2001 da DGS cuja informação é gerada por recolha direta dos serviços de saúde prestadores dos cuidados de saúde que notificam para uma rede composta por um número de centros de notificação em regime de papel, que por sua vez procede ao registo informático e posteriormente é sujeito ao processo de agregação de dados nacionais. Este é um sistema de informação intrínseco ao PNLCT, com 3 objetivos pragmáticos fundamentais:

- Difusão e partilha do conhecimento, nomeadamente sobre métodos de controlo da TB;
- Enquadramento de boas práticas de gestão do processo, nomeadamente no processo de diagnóstico e do tratamento;
- Implementação e monitorização de estratégias, designadamente os componentes técnicos da Estratégia DOTS, da prevenção e tratamento da TB MR, da expansão de novos testes, da vigilância molecular e da monitorização das Normas e Orientações da DGS.

A notificação dos novos casos, dos retratamentos e dos dados de acompanhamento de cada episódio de doença, são efetuados por um conjunto de 2 formulários, preenchidos e entregues em papel:

- **Formulário 1** (Anexo2) - Registo de um caso de TB, caso novo ou retratamento
- **Formulário 2** (Anexo3) - Dados complementares ao registo de caso e declaração do termo do tratamento

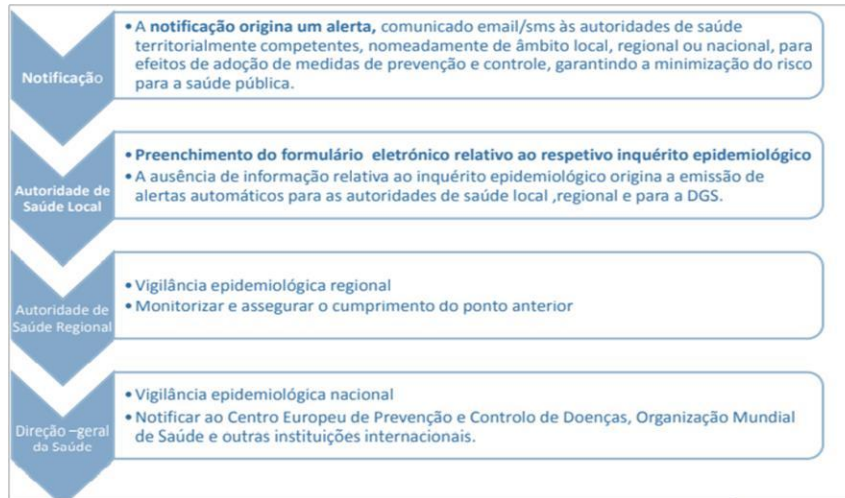
No sistema de informação do SVIG-TB, a extração destes dados não ocorre de forma automatizada do SClínico®|CSP, com custos diretos e indiretos na obtenção de dados, sendo preenchido nos modelos de papel, pelo médico responsável pelo tratamento. O SVIG-TB tem sido crucial na orientação das políticas nacionais de saúde pública no caminho da eliminação da TB em Portugal, no entanto, ainda há espaço para melhorias, conforme referido no estudo de Seabra et al (2021), devendo existir uma reflexão aprofundada sobre as deficiências e potencialidades da SVIG-TB na orientação do PNLCT em Portugal.

2- O **SINAVE** (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica) desmaterializou a notificação obrigatória de doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, permitindo aos médicos ou laboratórios notificar em tempo real a ocorrência de uma doença transmissível às USP, que sob coordenação das autoridades de saúde local, implementam as medidas de prevenção, controlo, limitação da disseminação das doenças e a ocorrência de casos adicionais. Salienta-se que o SINAVE existe sob a forma de vários perfis (anexo 12) de acordo com a [Portaria nº 22/2016 de 10 de fevereiro](#), que aprova o regulamento de notificação obrigatória de doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública.

Este sistema informático de vigilância em saúde pública, atualmente em uso em Portugal, identifica as situações de risco, recolhe, atualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde, contribuindo ainda para que seja possível preparar planos de contingência face a situações de emergência ou de calamidade pública.

O fluxo de informação inicia-se com os médicos a notificar o caso para a USP e seus profissionais, que sob coordenação dos delegados de Saúde da área de residência do caso; iniciam o Inquérito epidemiológico ao nível local, existindo posteriormente uma validação regional e nacional pela DGS, conforme se demonstra na figura 2.

Figura 2- Sistema de alertas e vigilância epidemiológica do SINAVE (adaptado)



3- O Sistema Nacional de Vigilância da Resistência aos Anticilares (**VigLabTB**), divulgado pela [Circular Normativa nº 9/DT de 29 de Maio de 2000 da Direcção-Geral da Saúde](#) teve o seu início em Abril de 2000, e tem como finalidade conhecer e monitorizar o padrão de resistência das estirpes de *Mycobacterium tuberculosis* isoladas em Portugal. É um sistema de vigilância de base laboratorial e o fluxo de informação tem início nos laboratórios que executam os testes de suscetibilidade aos anticilares, a agregação, análise e divulgação dos dados a nível nacional é feita pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA, 2021).

4- O **SClínico@CSP** é um sistema de informação, desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), que resultou de uma evolução de duas aplicações anteriores usadas médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde: o SAM (Sistema de Apoio ao Médico) e o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). Os vários perfis encontram-se detalhados no Apêndice 0.

5- A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (**CIPE®**) é uma linguagem que permite padronização da documentação de enfermagem no momento da prestação de cuidados. É um instrumento de informação para descrever a tomada de decisão em enfermagem e, que, representa a complexidade dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem que suportam essa tomada de decisão. Os catálogos CIPE® colmatam uma necessidade prática na construção de sistemas de informação de saúde ao descreverem os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem apropriadas para áreas particulares de cuidados.

6- Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH): registo dos episódios de internamento hospitalar para fins administrativos e de financiamento. A TB pode se registada como um diagnóstico principal ou secundário.

7- Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC-2) é um sistema de codificação clínica desenvolvido pelo comité de classificações da WONCA (Organização Mundial de Médicos de Família), que detém os direitos de autor desta classificação. A Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar é a detentora dos direitos de utilização da ICPC-2 em Portugal. A TB encontra-se codificada no ICPC-2 com o código A70 e apresenta Códigos ICD10 : A15, A16, A17, A18, A19, B90, N74.0, N74.1. Os critérios para codificação são a conversão para um teste positivo de tuberculina; ou demonstração de Mycobacterium Tuberculosis por microscopia ou cultura; ou manifestação característica na radiografia do tórax; ou manifestação histológica característica por biópsia. Inclui todo o tipo de infeções de TB em qualquer parte do corpo, efeitos tardios.

1.6 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA TB

No âmbito do PNLCT, foi criado um Manual de Boas Práticas de Enfermagem em TB (DGS,2013), que pretendeu uniformizar procedimentos, intervenções e linguagem para os enfermeiros, tendo em conta as normas e publicações da DGS, tendo contribuído para uma melhor gestão da TB em Portugal.

Os enfermeiros no cumprimento da estratégia DOTS são preponderantes e são o profissional de saúde com maior proximidade e contato funcional com o utente, assumindo-se como mediadores do regime terapêutico e promovendo comportamentos de adesão, pelo que têm um enorme potencial e contributo, para que o sucesso terapêutico seja assegurado (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008). O enfermeiro presta cuidados de saúde individualizados centrados na pessoa, estes identificam diagnósticos de enfermagem, a partir de uma colheita de dados que se convertem de acordo com a evidência, como critérios de diagnóstico, permitindo a atribuição de juízos clínicos em focos de enfermagem e a identificação e prescrição de intervenções que depois permitem avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Nesta linha de pensamento, a “tomada de decisão do enfermeiro é melhorada, bem como a qualidade do planeamento, ao cumprir as fases de planeamento, uma vez que permite a avaliação da eficácia das intervenções efetuadas” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008, p. 38).

A TOD é uma das etapas da estratégia DOTS, mas o seu cumprimento representa mais do que uma simples administração observada de terapêutica. O enfermeiro de forma intencional deve aproveitar a oportunidade da TOD, de modo a avaliar os diversos fatores:

- Identificar contactos de risco que devem ser rastreadas;
- Esclarecer questões relacionadas com a organização do tratamento da TB na comunidade;
- Identificar as características da pessoa/família/cuidador do indivíduo com TB;
- Detetar de forma precoce os efeitos adversos da terapêutica;
- Promover a educação para a saúde e gestão do regime terapêutico (GRT);

Os dados avaliados e registados pelos enfermeiros percorrem um caminho até ao conhecimento, que segundo Pereira, Filipe (2009, p.53) faz-se em “duas dimensões: ao nível da tomada de decisão clínica e ao nível da gestão organizacional da informação que, resultando da assistência, é documentada nos sistemas de informação em Enfermagem”. Torna-se assim necessário identificar a contribuição que os enfermeiros a exercer nos cuidados de saúde primários e na saúde pública, oferecem para o controlo da TB, de forma que seja possível medir o seu trabalho, integrá-lo nos sistemas de informação TB existentes, criar planos de melhoria e planos individualizados de tratamento por cada utente, almejando assim o objetivo de melhorar a qualidade de cuidados em saúde e alcançar o sucesso terapêutico. Nesta linha de pensamento e com base nos elementos da estratégia DOTS, a atividade do enfermeiro no combate à TB é enumerada no Anexo 13, sendo posteriormente registados os cuidados de enfermagem, nos sistemas de informação em uso em Portugal.

1.7 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Um diagnóstico de enfermagem representa o “julgamento clínico sobre as respostas reais ou potenciais dos indivíduos, famílias ou comunidades, aos problemas de saúde e processos (transições) de vida” (NANDA, 2003, p. 263). A implementação CIPE® em Portugal deu um contributo significativo para a obtenção de dados sobre a prestação de cuidados de saúde, uma vez que é uma terminologia padronizada, esta consegue gerar dados fiáveis e válidos sobre os cuidados de Enfermagem. Verifica-se que “os resultados dos cuidados prestados aos doentes ou clientes podem ser avaliados relativamente aos diagnósticos e às intervenções de Enfermagem, de modo a que aquilo que os Enfermeiros fazem e aquilo que faz diferença nos resultados do

doente ou cliente seja avaliado quantitativamente e comparado entre pontos de prestação de cuidados em todo o mundo” (ICN, 2011, p. 14).

Por outro lado, o exercício profissional dos enfermeiros inclui intervenções “iniciadas por outros técnicos da equipa, as intervenções interdependentes, por exemplo, prescrições médicas e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro, ou seja, as intervenções autónomas” (OE, 2003, p. 146). A dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros, refere-se à tomada de decisão clínica de enfermagem. A tomada de decisão ou a dimensão autónoma da enfermagem é “fundamentada através da dinâmica de avaliação e nos diagnósticos de enfermagem, havendo lugar a prescrições, implementação de intervenções autónomas, e uma avaliação dos resultados obtidos” (Pereira, 2009, p.164). Nesta linha de pensamento e conforme referido, os enfermeiros produzem dados sobre as principais necessidades em TB, assegurando cuidados de enfermagem aos utentes, com ganhos em saúde potenciais que resultaram desses cuidados, pelo que é necessário analisar a informação registada, com o intuito de compreender a informação e validar a possibilidade de criação de indicadores em saúde com base nessa documentação.

Em Portugal, o PNLCT reforça o papel que os enfermeiros assumem na Gestão do Regime Terapêutico (GRT), nos Comportamentos de Adesão(CA) e no Autocontrolo da Infecção (ACI), através da implementação da estratégia DOTS. Tendo presente este valor reconhecido dos enfermeiros na TB é fundamental monitorizar e avaliar os registos de enfermagem de forma a analisar a qualidade de dados, com o intuito de estes poderem ser incluídos na própria avaliação do PNLCT. É importante referir que os registos de enfermagem em SClínico® obedecem à premissa de serem mensuráveis, avaliados e extraídos dos sistemas de informação centralizados no utente. Reforça-se ainda que na sua avaliação e prática clínica, o enfermeiro tem autonomia, para identificar diagnósticos de enfermagem, e utilizá-los como instrumento de trabalho, na elaboração de planos de cuidados adaptados aos utentes, como no caso da TB ou noutras necessidades encontradas.

A enfermagem enquanto disciplina e ciência encontra-se delimitada por aspetos que se ligam à sua prática, à formação, política, gestão e, numa lógica plural multidisciplinar e alargada, com aquilo que é o conhecimento de outras disciplinas, que com ela se relacionam. (Meleis, 2005, p.104). Nesta linha de pensamento, em vários estudos realizados sobre os diagnósticos de enfermagem na TB, verificou-se que a teoria das Necessidades Humanas Básicas foi o modelo teórico do processo de enfermagem mais utilizado, e das linguagens padronizadas de enfermagem, a mais utilizada foi a CIPE®, seguida pela classificação da NANDA (Silva Santos, M., Santos, L., Mesquita, D., Andrade., J., Lemos, L. M. D., & Pinto Silva, F. J. (2021). Na análise

das autoras anteriores, destaca-se a existência uma predominância de artigos sobre estudos de caso na TB ou sobre a prática de enfermagem relacionada com o tratamento aos utentes, não existindo muita literatura publicada sobre a importância dos diagnósticos de enfermagem na TB nem sobre a sua codificação, algo que se pretende conhecer e alicerçar à abordagem comunitária proposta pelo MAIEC (Melo, 2020).

Em Portugal surgiu no ano de 1999 a versão beta da CIPE®, constituída por componentes como: Fenómenos de Enfermagem, Ações de Enfermagem e Resultados de Enfermagem, todos constituídos por modelos de múltiplos eixos, num total de oito eixos. Desenvolveram-se na CIPE®Beta 2, as definições para os diagnósticos, resultado e ações de enfermagem, e ainda as linhas de orientação para formar um diagnóstico, um resultado e uma intervenção de enfermagem:

- Fenómenos de Enfermagem: aspeto da saúde relevante para a prática de Enfermagem.
- Diagnóstico de Enfermagem: termo atribuído por um Enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de Enfermagem. Um diagnóstico de Enfermagem é composto pelos conceitos contidos nos eixos de classificação de fenómeno.
- Resultados de Enfermagem: a medida ou estado de um diagnóstico de Enfermagem em pontos temporais após uma intervenção de Enfermagem.
- Ações de Enfermagem: comportamento dos enfermeiros na prática.
- Intervenção de Enfermagem: ação tomada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem de modo a produzir um resultado de Enfermagem. Uma intervenção de Enfermagem é composta pelos conceitos contidos nos eixos de Classificação de Ação. (ICN, 2011)

Os códigos de enfermagem registados, no SClínico®|CSP utilizam a linguagem da CIPE®Beta2 e permitem classificar diagnósticos, fenómenos e intervenções, específicos de determinados tipos de consulta de enfermagem. Os tipos de consultas de vigilância realizadas por enfermeiros atualmente em monitorização pela ACSS, estão descritas no Anexo 14.

Para cada tipo de consulta de enfermagem, em Portugal, existem códigos CIPE® de diagnósticos, dos fenómenos e intervenções específicas desse tipo de consulta, que se encontram caracterizados em termos de contratualização, quer para os cuidados de saúde primários, como para meio hospitalar e que constam em catálogos públicos com acesso ao público, publicados

pela ACSS. A consulta de enfermagem em TB foi enquadrada pela ACSS como uma “vigilância em outras áreas” (Anexo 1), o que conseqüentemente leva a uma inexistência de meta informação específica em enfermagem para o processo de vigilância, tratamento e rastreios em TB (ACSS, 2017).

O processo nacional de informatização dos registos de Enfermagem conta com mais de duas décadas, tendo a Ordem dos Enfermeiros(OE) assumido a responsabilidade de definir a especificação dos dados estruturados, para inferir os diagnósticos e as intervenções de Enfermagem. Mais recentemente, em 2019, a OE aprovou a versão 1.2019 da Ontologia de Enfermagem, onde constam todos os conceitos referentes a diagnósticos e a intervenções, mapeados para a versão 2019 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), mas que ainda não constam no SClínico®|CSP, perfil de enfermagem. A aprovação desta nova Ontologia de Enfermagem, e a sua manutenção pela Ordem dos Enfermeiros, permitirá uma evolução dos sistemas que venham a ser utilizados em Portugal, o que poderá constituir uma janela de oportunidade para uma melhoria da documentação de enfermagem em geral e especificamente na TB.

Realça-se ainda o papel que os enfermeiros de família, os enfermeiros especialistas em Saúde Pública que exercem nas USP e os enfermeiros dos CDP, prestam na operacionalização de estratégias de controlo e erradicação da doença TB, através de diversas intervenções na esfera da prevenção, diagnóstico e tratamento. Os rastreios de contacto, atividade realizada pela USP em estreita colaboração com os CDP, são um exemplo dessa intervenção ímpar, na prevenção secundária e controlo da doença, ao detetarem casos de TB doença, mas também de TB latente.

Destaca-se ainda que o ICN no ano de 2015 emitiu orientações e lançou uma APP sobre TB, com o intuito de ajudar os enfermeiros na sua missão de detetar casos de TB, destacando-se o documento TB Guidelines - for Nurses in the Care and Control of Tuberculosis and Multidrug-Resistant e a APP [Nursing DR-TB Guide](#).

No ACeS onde se realizou o estágio do discente existe o Grupo Refletir Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários, que é constituído por um conselho executivo, representantes das Unidades Funcionais do ACeS e peritos. Este grupo foi criado no ano de 2005, tem como um dos objetivos normalizar e uniformizar a documentação de enfermagem no ACeS. O GRECSP reúne periodicamente, tendo sido possível a criação de um padrão de documentação para várias áreas clínicas, como por exemplo a TB, existindo circulares com o padrão de documentação definido para cada área.

1.7.1 GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO EM TB

A TB e a toma diretamente observada mantem-se em vigor em Portugal, para todos os casos com microscopia positiva, recomendando-se sempre na fase inicial do tratamento e na fase de manutenção, sendo executada pelos enfermeiros. Esta intervenção realizada pelos enfermeiros obteve resultados descritos ao nível mundial, nomeadamente: elevadas taxas de conversão da microscopia no fim da fase inicial; altas taxas de cura; baixa prevalência de bacilíferos crónicos; diminuição da transmissão da infeção; prevenção da resistência aos fármacos (OMS, 2021).

O tratamento do utente com TB exige mudanças no ciclo de vida dos doentes, provocando alterações nos comportamentos diários, nos comportamentos de saúde e na adesão terapêutica que obriga a regimes rigorosos com supervisão por profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. A forma de reduzir o risco de morbilidade, co-morbilidade e mortalidade surge através da promoção da saúde, tal como referido na Carta de Ottawa (1986), pelo que o investimento na criação de indicadores para que as populações e m TB deve ser uma prioridade para permitir controlar a exposição a fatores de risco e promover um melhor estado de saúde.

Não existe um instrumento de medida universalmente aceite, que avalie os comportamentos de adesão terapêutica (WHO, 2003). Existem, no entanto, alguns métodos diretos, onde se incluem a avaliação dos metabolitos dos medicamentos, no sangue ou na urina, ou o uso de marcadores específicos ou ainda a observação direta do doente como é o caso da TOD na TB. Os enfermeiros, na TOD avaliam se o doente tomou ou não a medicação. A definição de uma taxa de adesão dos doentes a determinado medicamento ou grupo de medicamentos é habitualmente expressa em percentagem, da dose tomada em relação à dose prescrita, num determinado período de tempo (WHO 2003). Na TB e seu tratamento farmacológico os princípios preconizados pela DGS, no Manual de TB Micobactérias não tuberculosas (2020, p. 15) para o tratamento da TB pulmonar, assentam em:

- Terapêutica combinada;
- Duração mínima de 6 meses (56 dose inicial + 125 dose de manutenção =182 tomas);
- Toma única diária em regime de toma observada diretamente (DGS, 2021).

Na gestão do regime terapêutico (GRT), os cuidados centrados na pessoa e as intervenções de enfermagem encontram-se centradas no utente e enquadradas numa política de saúde e numa equipa de saúde multidisciplinar, cujos resultados em saúde podem ser melhorados

indo ao encontro da satisfação dos utentes e promovendo alterações de comportamento que traduzam capacitação na pessoa para o autocuidado na GRT. A família, a comunidade e as organizações de doentes podem e devem ser entendidos também como parceiros privilegiados na gestão da doença crónica e na promoção da adesão aos regimes terapêuticos (ICN e Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A GRT é uma área de interesse para a enfermagem e para o tratamento da TB, uma vez que estes profissionais têm um papel fundamental nas transições que as pessoas com esta doença vivenciam, e porque estão presentes em todo o tratamento e possuem as competências necessárias ao reconhecimento e intervenção que facilite o indivíduo a passar de um estado de instabilidade, para um de estabilidade (Meleis, 2010).

A adesão ao regime terapêutico em TB tem também uma importância acrescida uma vez que um utente não aderente compromete o sucesso terapêutico, a saúde dos indivíduos e pode contribuir para a criação de resistências aos antibióticos, pelo que este diagnóstico tem sido alvo da atenção pelos enfermeiros em particular, não sendo, no entanto, caracterizado nem monitorizado no sistema de informação SVIG-TB.

Os aspetos inerentes à adesão ao regime terapêutico, são assim de extrema importância para os enfermeiros, uma vez que os comportamentos de não adesão, potenciam um aumento da probabilidade do insucesso do regime terapêutico e contribuem para o aparecimento de complicações que conseqüentemente, levam a um aumento das taxas de morbilidade e mortalidade e ainda a um aumento dos gastos com a saúde (WHO, 2003)

Existem várias teorias explicativas da adesão ao regime terapêutico, que tentam identificar os fatores que podem potenciar e influenciar as pessoas, no processo de adesão tomada de decisão, e na adesão às recomendações dos profissionais de saúde. Os estudos sobre a adesão, de acordo com Leventhal e Cameron (1987), acompanham uma das cinco principais orientações teóricas: comportamental, biomédica, comunicacional, cognitiva e autorregulação.

► **A teoria comportamental** destaca a importância do reforço positivo e negativo e sua influência no comportamento dos utentes. A aplicação desta teoria será mais ajustada quando se pretender o treino e a aprendizagem de capacidades de forma a cumprir as atividades necessárias ao regime terapêutico. Os estímulos, apresentam nesta teoria relevo para desencadear comportamentos e que as recompensas reforçam até à sua automatização, após repetição suficiente (Machado, 2009).

► **A teoria biomédica** por outro lado, propõe que o utente seja apenas um elemento passivo e como tal apenas um mero executor dos regimes prescritos pelos profissionais

de saúde, que devem ser aceites e obedecidos tendo em conta o diagnóstico e a terapêutica prescrita. Nesta teoria o utente não participa ativamente nas decisões que lhe dizem respeito (Machado, 2009). O processo de não adesão é explicado nesta teoria como sendo uma consequência da personalidade do doente.

► A **abordagem comunicacional** que visa incentivar os profissionais de saúde a melhorar as suas competências de comunicação com os doentes. Estas relações, por si só, não são suficientes para efetuar mudanças nos comportamentos, no entanto, Machado (2009) refere que esta abordagem promove o aumento da satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de saúde prestados. Esta autora Machado (2009) acrescenta que de acordo com o “modelo da hipótese cognitiva da adesão de Ley, desenvolvido em 1981, o processo de adesão pode-se prever através da combinação da satisfação do doente em relação à consulta, com a compreensão da causa extensão e tratamento da sua doença e com a capacidade de recordar a informação fornecida pelos profissionais de saúde” (Machado, 2009, p. 32).

► Na **perspetiva cognitiva** existem várias teorias e modelos como: “a teoria da aprendizagem social de Bandura, o modelo de crenças de saúde, a teoria da ação racional de Fishbein, que depois deu origem à teoria do comportamento planeado e a teoria da motivação protetora de Rogers”. (Machado, 2009, p. 32). Os autores Leite & Vasconcelos, (2003), referem que foram realizados vários estudos acerca da adesão à terapêutica e que demonstraram a influência que as crenças e as perceções do indivíduo exercem sobre a toma da medicação, sendo frequente os doentes pararem de tomar a medicação, por a considerarem ineficaz ou com efeitos secundários desagradáveis.

Cabe ao enfermeiro a acompanhar utentes com TB, compreender a forma como a pessoa mobiliza os seus recursos para que consiga alcançar os objetivos traçados para o sucesso terapêutico em TB, deve este desenvolver terapêuticas que vão ao encontro às necessidades identificadas. No âmbito da GRT o status diagnóstico com mais significado para a prática clínica dos enfermeiros em TB é o de GRT comprometido, pois sempre que um enfermeiro em TB identifica este status de diagnóstico refere-se às situações em que o utente apresentam necessidade de:

- Alterar hábitos de vida e/ou comportamentos;
- Alterar as suas crenças ou perceções;
- Adquirir conhecimentos/capacidades para prevenir complicações;

- Adquirir conhecimentos sobre o seu problema de saúde;
- Adquirir conhecimentos/capacidades sobre o seu regime medicamentoso;
- Adquirir conhecimentos/capacidades sobre o seu tratamento.

Salienta-se que a OMS (2003) identificou cinco principais grupos de fatores que interferem com a adesão ao regime terapêutico: fatores individuais relativos à pessoa, fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde, fatores relacionados com a condição de saúde da pessoa, fatores relacionados com o tratamento prescrito e fatores sociais, económicos e culturais.

Nos processos de transição do utente o enfermeiro desempenha um papel importante na estratégia de combate à doença, pois “surge na linha da frente no concretizar de um tratamento, e ao realizar uma abordagem centrada no doente” (OE, 2013, p.12). Em TB e na operacionalização da TOD, os profissionais de saúde e os enfermeiros em particular, podem prevenir alguns efeitos secundários induzidos pelos fármacos, como a neuropatia periférica causada pela isoniazida que ocorre mais frequentemente em mulheres grávidas e pessoas nas seguintes condições: infeção pelo VIH, abuso de álcool, malnutrição, diabetes, doença hepática crónica, por exemplo.

No sistema de informação em uso em Portugal, é utilizada a CIPE® na sua Versão Beta 2, sendo que a definição de GRT surge como sendo um comportamento de adesão que visa executar as atividades cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária. (ICN, 2003).

Deste modo e estabelecendo a ponte entre a definição CIPE® e a TB pode-se afirmar que o enfermeiro realiza através da adesão ao regime terapêutico, a GRT e que se deve traduzir num comportamento de adesão com características específicas, o que implica cumprir o programa de tratamento instituído, prevenir complicações e executar atividades que devem ser satisfatórias para atingir os objetivos acordados, no tratamento ou prevenção da doença. A parametrização CIPE®, em Portugal presente no SClínico®|CSP encontra-se enumerada em Apêndice 2, detalhando-se o catálogo de codificações existentes em Portugal, a 31 de dezembro de 2022.

Em TB a eficácia na GRT é essencial para obter uma melhor adesão ao tratamento, ou seja, o sucesso terapêutico, com o menor número de complicações possíveis decorrentes da evolução da doença, evitar resistências e custos em saúde. O conceito de GRT apresenta uma proximidade com a autogestão da doença, devendo os utentes com TB ser empoderados no desenvolvimento de comportamentos de manutenção da sua saúde e tratamento da doença, ao

mesmo tem que se promove o equilíbrio nas relações familiares, profissionais e sociais do utente. Este conceito é reforçado no manual de enfermagem toma de observação direta em doentes com TB (2016, p. 15), o se refere que “enfermeiro deve compreender as barreiras de adesão ao regime de tratamento e reduzir ou eliminar as mesmas e deve adotar uma abordagem centrada no doente, que permita a facilidade do acesso ao tratamento, decidindo com o mesmo a hora e locais mais convenientes para a TOD”.

Face ao exposto, constata-se que o fenómeno da adesão ao regime terapêutico é mutável e pode variar de acordo com o comportamento da pessoa, no que se refere à toma de medicação e sua continuidade, no seguimento de uma dieta ou à alteração de hábitos e estilos de vida, entre outras avaliações, de forma a avaliar se corresponde ao que lhe é recomendado pelos profissionais de saúde, foram amplamente estudadas nos últimos anos e foi mesmo tema de um encontro da Organização Mundial de Saúde em 2001, tal é a magnitude do problema da não adesão e a sua importância nos cuidados de saúde.

1.7.2 AUTOCONTROLO DA INFEÇÃO EM TB

De acordo Pereira, (2009, p.173), os “processos de vida podem ser entendidos como sinónimos das modificações na saúde, ambiente ou relações que exigem dos indivíduos, enquanto agentes intencionais, alterações nos seus papéis e comportamentos. Na TB, são exemplos de desafios a adesão e cumprimento execução de determinado esquema terapêutico, no seu quotidiano por parte dos utentes, ou a necessidade de aquisição de novos conhecimentos para lidar com a doença ou compreender o processo de rastreio. Perante a doença TB surge a necessidade do utente se adaptar à nova realidade, às alterações na sua saúde e nem sempre isso é feito de forma eficaz, o que tem implicações no sucesso do tratamento, principalmente em planos de tratamento prolongados e na prevenção das suas complicações.

O termo Autocontrolo: Infeção surge na CIPE® versão Beta2 e é utilizada pelos enfermeiros no SClínico®|CSP, sendo definida como sendo um tipo de autocontrolo com as seguintes características específicas: disposições tomadas para limitar em si próprio os comportamentos que levam à transmissão de infeções, controlar ou monitorizar sinais e sintomas de infeção, proceder ao tratamento da infeção.

Nesta linha de pensamento, o enfermeiro ao assegurar os cuidados à pessoa com TB deve promover o empoderamento dos utentes, facilitando a aquisição de competências e a promoção de comportamentos que levem a uma diminuição na transmissibilidade da doença. Tal como

referido no enquadramento anterior é necessário planear e investir em estratégias que permitam ultrapassar as dificuldades pelas equipas de saúde, desde o início do diagnóstico até ao controlo da doença, promovendo a adesão terapêutica eficaz, mas sem descurar as situações de comorbilidade, estado mental do utente e o tratamento contínuo de doenças, infecciosas ou não.

O enfermeiro enquadrado na equipa de saúde deve assim aplicar as medidas de prevenção e de controlo da TB através da colaboração no processo de diagnóstico precoce da doença e no tratamento do utente, até à sua alta clínica e cura. No entanto, outras medidas de prevenção importantes, em que o enfermeiro é autónomo não podem ser descuradas, nomeadamente na vacinação por BCG e a sua correlação com a adesão vacinal, ou no tratamento da infeção latente e o controle de contactos de risco.

O enfermeiro ao acompanhar a família e o utente ao longo das suas transições, e ao longo do seu ciclo vital contribui para a promoção no caso da TB dessas competências de autocontrolo da infeção, nomeadamente:

- No reforço da adesão vacinal ao dar cumprimento à norma nº 010/2018 de 17/04/2018 que identifica as crianças de risco para vacinação com a vacina BCG, sendo a vacinação de crianças com BCG recomendada a grupos de risco, ou seja, menores de 6 anos de idade, uma vez que previne formas graves da doença;
- O enfermeiro tem o dever ético e deontológico de pugnar pela prevenção da resistência aos antibióticos, que é assegurada quando este dá cumprimento à estratégia TOD e garante a administração e registo dos fármacos prescritos nos sistemas de informação em uso, devendo ainda proceder ao registo e avaliação de reações adversas.
- Na prevenção da TB ao nascimento, ao realizar o diagnóstico precoce e/ou tratamento oportuno do tratamento da TB, na mãe grávida de forma a diminuir o risco de transmissão ao feto e ao recém-nato, assim como a outros contactos, diminuindo, o risco de transmissão pós-natal.
- O enfermeiro contribui e participa nas atividades de educação permanente que a equipa de acompanhamento de utentes com TB assegura, quer na prevenção da doença, ao longo do tratamento da doença, no rastreio de contactos e nas ações de vigilância epidemiológica e controle das doenças, nomeadamente o VIH.
- A vigilância epidemiológica das doenças infecciosas, nomeadamente a TB é uma área de intervenção prioritária, que tem entre os seus vários objetivos, monitorizar a evolução da doença, identificar e investigar surtos e desenvolver respostas de saúde pública face à ocorrência de ameaças graves para a saúde da população. Os enfermeiros ao exercerem

numa USP, realizam a vigilância epidemiológica em estreita colaboração com as autoridades de saúde. A sua colaboração é fundamental no processo de rastreio de contactos de doentes com TB, que deverá ser realizada até os 15 dias após o diagnóstico do caso de doença, devendo ser rastreados todos os contactos próximos, como aqueles que, tendo apenas contacto esporádico com o caso apresentem algum estado de imunodepressão, que os coloque em risco acrescido de desenvolver doença, sendo exemplo: as crianças com menos de 6 anos de idade, doentes com medicação imunossupressora ou infeção VIH. (DGS, 2013)

- O processo de avaliação do conhecimento dos utentes em TB que o enfermeiro realiza, avalia e regista nos sistemas de informação é fulcral para assegurar o sucesso desejado, que é assegurado pelos enfermeiros na TB pela avaliação inicial, contínua e final aos utentes em regime de tratamento, ou com medidas de prevenção e controle da doença. Este deve ainda colmatar as faltas de informação, corrigindo através de estratégias várias as faltas de interesse em aprender, e deve adotando estratégias perante casos com limitação cognitiva ou interpretação errada da informação.

A parametrização CIPE®, em Portugal presente no SClínico®|CSP, referente ao Autocontrolo da Infeção encontra-se nos em Apêndice 3, onde se detalha o catálogo de codificações existentes em Portugal, a 31 de dezembro de 2022.

1.7.3 COMPORTAMENTO DE ADESÃO EM TB

Em TB, as dificuldades de adesão ao regime de tratamento, de acordo com o manual de enfermagem toma de observação direta em doentes com TB (2016) podem estar relacionadas a vários e complexos fatores, desde os socioeconómicos, os relacionados com o sistema de saúde ou equipa multidisciplinar, os relacionados com o estado mental do utente, os relacionados com a terapia e os relacionados com o próprio doente.

Estes fatores de adesão (anexo 15) devem ser do conhecimento da equipa de saúde em TB, identificados e compreendidos, de modo a traçar um plano de tratamentos e acompanhamento individualizado e adaptado ao utente, devendo-se ainda identificar os diagnósticos e os motivos da não adesão, de modo a desenvolverem-se as intervenções apropriadas e adaptadas a cada doente.

A adesão na CIPE® é definida como um status positivo “ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios,

empenhado num conjunto de ações ou comportamentos” (ICN, 2011, p.35). O utente “cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento” (ICN,2011. p.365). O significado do termo adesão em português, difere quando comparamos a outros países em que surge com variações de significado, como aderência, concordância, cumprimento, sendo disso exemplos o termo espanhol cumplimiento, ou o inglês como” compliance, adherence”, e língua francesa surge como observância, “observance”.

No sistema de informação em uso em Portugal, a CIPE® na sua Versão Beta 2, o comportamento de adesão é definido como sendo um tipo de comportamento de procura de saúde com as seguintes características específicas: ação auto-iniciada para promover o bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. (ICN,2001).

Os enfermeiros no tratamento da TB e na execução da TOD, avaliam se o utente tem ou não o compromisso, ou seja, se adere ou não na adesão ao tratamento, sendo que esta avaliação deve ser monitorizada pois contém informação útil para a gestão do PNLCT, uma vez que o sucesso terapêutico e a sua taxa de esforço para o conseguir pode ser mensurável e quantificável desta forma. Ainda na TB o enfermeiro, deve saber reconhecer os diversos fatores que podem influenciar a adesão terapêutica, compreender o alcance das suas intervenções, avaliá-las e de modo a potenciar a adesão, adotando estratégias combinadas ao nível cognitivo, comportamental, afetivo, social, entre outros, mas sempre centradas no indivíduo.

A adesão terapêutica surge assim no utente como um comportamento individual do doente, que corresponde às recomendações acordadas entre este e o prestador de cuidados de saúde, sejam os comportamentos referentes à toma de medicação, do regime alimentar e/ou alteração de estilos de vida. O comportamento de adesão em TB promove assim a adesão terapêutica, devendo ser de natureza consensual e estabelecida entre profissional de saúde de os utentes, sendo necessário distinguir dois conceitos, o de adesão (adherence) e o de cumprimento (compliance) terapêutico. O último termo sugere, porém que o doente siga passivamente as orientações clínicas que lhe são prescritas, não sendo o recomendado atualmente pela comunidade científica, que defende o empoderamento do utente. (WHO, 2003).

A relevância da adesão terapêutica surge ainda relacionada em duas dimensões a clínica e a económica, sendo que a importância clínica da adesão terapêutica resulta da premissa de que existe uma prescrição terapêutica e que o utente cumpre as orientações e posologia acordada. A

ponte entre a adesão terapêutica e efetividade terapêutica é a meta desejada a atingir em TB, resumindo a terapia e os fármacos só funcionam, se os utentes os tomarem.

Na vertente económica, Osterberg et al. (2005) citando outros estudos, refere que uma fraca adesão terapêutica resulta num acréscimo de 10% nas admissões hospitalares e num acréscimo de 23% de cuidados domiciliários. O trabalho do enfermeiro na TOD ao garantir a supervisão de todo o tratamento em TB e evitar as intercorrências que favoreçam o abandono, a recidiva, a falência e a TB resistente, inclui ambas componentes, a terapêutica e económica.

De acordo com o Tuberculosis Coalition for Technical Assistance (2006), existem alguns fatores conhecidos que influenciam a adesão ao tratamento em TB e nalguns dos quais o enfermeiro pode ter intervenção. Assim, o sucesso do tratamento em TB, segundo o programa nacional é quantificado pela soma de casos que tiveram alta por cura comprovada e cura não comprovada. O insucesso do tratamento é medido através dos casos de abandono, óbito e falência do tratamento que para além de causar danos individuais, põe em risco a saúde pública, levam a um prolongamento da infecciosidade, aumentando a probabilidade de transmissão da doença e aumentam os custos diretos e indiretos em saúde.

Tabela 1: Fatores que influenciam a adesão em TB (adaptado de Tuberculosis Coalition for Technical Assistance (2006). International Standards for Tuberculosis Care (ISTC))

TB	Fatores que Afetam a Adesão
Fatores Socioeconómicos	Idade, género, escolaridade, etnia, cultura, crenças sobre a doença e o tratamento
Fatores relacionados com sistema/equipa de saúde	Relação doente/profissional; experiência dos profissionais; gestão do horário do trabalho
Fatores relacionados com a condição do doente	Presença/ausência de sintomatologia; uso de drogas; saúde mental; literacia em saúde
Fatores relacionados com o tratamento	Complexidade do esquema terapêutico; efeitos adversos; toxicidade
Fatores relacionados com o doente	Esquecimento; stress; motivação; crença na eficácia do tratamento

O comportamento de adesão é um foco de atenção utilizado pelos enfermeiros há muitos anos, para descrever necessidades de cuidados de enfermagem, à pessoa, família ou comunidade, que é codificada no ano 2021 em Portugal no sistema informático SClínico®|CSP, tendo por base a versão Beta 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Em Portugal, os registos são assegurados pelos enfermeiros no SClínico®|CSP que resultam da parametrização CIPE®, sendo que relativamente ao foco CA, no Apêndice 4, detalha-se o catálogo de codificações existentes em Portugal, a 31 de dezembro de 2022.

De acordo ainda com o documento Tuberculosis Coalition for Technical Assistance (2006. p29), qualquer profissional que trate um utente para a TB está a assumir uma importante

responsabilidade para o bem da saúde pública. Neste sentido, de forma a cumprir esta responsabilidade, o médico e enfermeiro devem prescrever um regime apropriado, e registar em sistemas de informação, de forma a que seja possível avaliar a adesão do paciente ao regime e abordar a não adesão, quando ocorre.

Monitorizar este processo através dos registos de enfermagem permitirá conhecer, monitorizar, promover e melhorar a adesão ao regime até que o tratamento esteja concluído.

1.8 A OMS, O MAIEC E A GESTÃO COMUNITÁRIA NO CONTROLO DA TB

A OMS tem tido um papel determinante no desenvolvimento das políticas nacionais de saúde, num percurso em que é dado cada vez mais relevo aos problemas sociais e às desigualdades, assinalando e recomendando formas de ultrapassar e mitigar estas severas ameaças ao desenvolvimento dos países e das populações, nomeadamente:

► A primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 21 de novembro de 1986, aprovou a Declaração de Alma-Ata, onde se reafirmou a definição de saúde da OMS. (OMS, 1978);

► Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), de que a OMS é uma agência, reforçou a importância central da saúde como direito humano fundamental e apontou quatro condições mínimas para que um Estado assegure o direito à saúde da sua população: disponibilidade financeira, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade do serviço público de saúde do país. (Meslin, et al., 2016)

► Na Declaração de Adelaide, de 2010, a OMS apontou os mecanismos que possibilitam aos governos dos diversos países desenvolver políticas de saúde que comprometam todos os níveis da governação, incorporando a saúde e o bem-estar como componentes centrais no desenvolvimento de todas as políticas.

► Na Declaração do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde, adotada pela OMS em 2011, reforçou o papel dos determinantes Sociais da Saúde e da necessidade de adotar políticas que visem a diminuição das desigualdades em saúde e da importância que estas ações têm para o desenvolvimento e bem-estar global dos países. (WHO, 2013)

► Na Declaração de Helsínquia, em resultado da 8ª Conferência Global em Promoção da Saúde em 2013, a OMS reforçou esta componente sistémica e a importância das interações estratégicas das políticas de saúde, recomendando aos países membros uma abordagem da saúde em todas as políticas. (WHO, 2013)

► Em conjunto com outras agências da ONU, a OMS reconhece que a saúde humana não é independente da saúde animal e das condições ambientais, desenvolvendo a abordagem de Uma só Saúde (One Health) (Deem, Lane-deGraaf, & Rayhel, 2019)

► Neste alinhamento conceptual, o Comité Regional para a Europa da OMS, reunido em Malta em 2012, aprovou o Plano de Ação para o Reforço das Capacidades e Serviços de Saúde Pública (World Health Organization Europe, 2012) e a resolução EUR/RC62/R5 Health 2020 – The European policy framework for health and well-being (Regional Committee for Europe, 2012). Estes documentos constituem os pilares para a política europeia na área da saúde e definem as 10 operações essenciais da saúde pública a serem adotadas pelos países europeus com o apoio da OMS, que de seguida se refere estabelecendo pontos de contacto com o MAIEC.

As complexidades dos problemas de saúde de uma comunidade exigem ao enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública o desenvolvimento de um conjunto de competências para realizar uma avaliação do seu estado de saúde e estabelecer programas e projetos de intervenção em conformidade. O MAIEC de Pedro Melo destaca-se, na enfermagem, ao integrar um processo de empoderamento comunitário na tomada de decisão clínica dos enfermeiros, integrando como subdomínios de diagnóstico a Participação Comunitária, a Liderança Comunitária e o Processo Comunitário.

Este modelo potencia o empoderamento comunitário como processo central de abordagem das comunidades e privilegia a resposta às 10 operações essenciais em saúde pública (Anexo 6), mas numa perspetiva de enfermagem de Saúde Pública. Neste sentido a tomada de decisão clínica em Enfermagem, é “enformada num paradigma orientado para o empoderamento comunitário, exigindo um processo consciente e intencional de diagnóstico e intervenção para aumentar o poder das comunidades.” (Melo, 2020, p. 49). A construção do MAIEC, surgiu de um processo de investigação assente num paradigma construtivista, que envolveu os atores que, em Portugal, diariamente tomam decisões sobre a saúde das comunidades: os enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária (Melo et al., 2018; Melo, 2016).

No MAIEC, para além do papel inerentemente atribuído à saúde pública de avaliar os dados e os registos de mortalidade e de doença na sua região, bem como a rede de apoio social existente, existe uma promoção para a inclusão dos diagnósticos de enfermagem de modo a obter uma visão integrada, essa mesma que se pretende obter na doença TB. Este modelo apresenta cinco postulados, que orientam a conduta do utilizador deste referencial para a avaliação e intervenção em qualquer comunidade, sempre centrada na sua potencialização e tendo o

empoderamento comunitário como processo e como resultado (Melo, 2016; Melo, Gomes da Silva, & Figueiredo, 2018)

A criação do modelo foi baseado no Modelo Contínuo de Empoderamento Comunitário, proposto por Laverack (Laverak, 2008), “nos pressupostos e postulados do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2012), que enformam a abordagem sistémica, neste caso, da família, como unidade de cuidados, mas adaptados para a comunidade como unidade de cuidados” (Melo, 2020 p. 49). Reforça-se ainda que o MAIEC se encontra integrado no Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa e as suas definições, organizam-se em torno do processo de empoderamento comunitário, indo assim ao encontro da primeira operação essencial em Saúde Pública, que preconiza e valoriza o papel saúde pública enquanto observatório de saúde. A abordagem da comunidade como cliente, de acordo com o MAIEC, assenta numa matriz de decisão clínica e integra as áreas de atenção dos enfermeiros, centradas na comunidade como uma unidade de cuidados (Melo et al. 2018), bem como os diagnósticos e intervenções de enfermagem, associadas à CIPE.

Reitera-se a ponte existente entre as 10 operações essenciais em Saúde Pública e o MAIEC, uma vez que ambos reforçam a importância em ter sistemas de informação e de vigilância em saúde pública robustos e permanentemente atualizados, para permitir uma melhor prática em saúde pública. O MAIEC acrescenta o papel da atividade de diagnóstico e de avaliação dos resultados em enfermagem, na Saúde Pública, orientando esses cuidados para a comunidade e para o Empoderamento Comunitário e indo de encontro a cada operação essencial da saúde pública, que a OMS definiu:

1- A primeira operação que incumbe à saúde pública é o da observação, sendo mencionado no MAIEC a importância da promoção, da vigilância e acompanhamento do estado de saúde da comunidade, de forma a identificar quais são os problemas que afetam esse mesmo estado de saúde;

2- A segunda operação, corresponde à vigilância e a resposta às emergências de saúde pública, algo também previsto no MAIEC, que potencia e privilegia a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem que complementam e integram a informação em saúde, do utente e comunidade.

3- O MAIEC contempla e responde, à terceira operação essencial em saúde pública que consiste na identificação e na investigação das ameaças à saúde da comunidade. A ponte entre a operação e o modelo surge com a saúde pública a coordenar a vigiar doenças ou

agentes que possam colocar em risco a saúde da comunidade, mas que só serão integradoras se incluírem a informação dos diagnósticos de enfermagem que o modelo defende.

4- Melo (2020), salienta que a comunicação é um aspeto central para o resultado das intervenções e que a promoção de processos participativos ou colaborativos das comunidades necessitam de uma escolha da mensagem, caso contrário quando isso não acontece, pode destruir o processo de melhoria da volição de uma comunidade para aquele projeto. Esta definição que o modelo integra, dá cumprimento à quarta operação essencial: informar e educar a população e dar-lhe as ferramentas necessárias para saber decidir a respeito da sua saúde, assim como à quinta operação: o papel da SP na prevenção da doença e da identificação precoce de certas doenças, ao transmitir corretamente a mensagem.

5- A sexta operação consiste no desenvolvimento de políticas e de planos que suportem os esforços individuais e da comunidade em saúde através da criação de planos locais de saúde, de planos de contingência, o levantamento e mobilização dos recursos necessários à execução desses planos, previstos no MAIEC com a necessidade de existirem de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

6- O cumprimento da oitava operação essencial: promover a sustentabilidade dos serviços de saúde, maximizando o seu impacto, a sua eficiência, a integração dos cuidados prestados por diversos níveis de serviços, estão previstos no MAIEC ao defender a continuidade e estabilidade do financiamento, através da aplicação da matriz de decisão clínica.

7- Melo (2020) esclareceu que o processo de Planeamento em Saúde, com o foco centrado na tomada de decisão clínica em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, atende aos desafios atuais, para responder aos fenómenos de saúde e doença das comunidades e populações, a partir da CIPE e dos aplicativos informáticos disponíveis nos Cuidados de Saúde Primários. Com esta definição assegura-se a resposta à decima operação: investigar novas visões e soluções para os problemas de saúde da comunidade.

Considera-se assim que uma aplicação do MAIEC, converge para a característica essencial da Saúde Pública, que consiste no facto de as medidas de saúde pública abrangerem a população como um todo e não cada pessoa individualmente.

CAPÍTULO 2 – PROJETO DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção é a etapa essencial do estágio final e do relatório, do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária. Cumpre informar que este projeto se centra na área da VEDE, pretende estudar as intervenções, diagnósticos e focos de atenção dos enfermeiros, enquanto elementos de uma equipa multidisciplinar em saúde, na consulta em TB. Pretendeu-se analisar o padrão de documentação obtido a partir do SClinico®|CSP e compreender o nível de empoderamento da Comunidade ACeS, na VEDE em TB. Destacam-se os objetivos do Serviço Nacional de Saúde, aos quais se procurou dar resposta, a monitorização contínua dos cuidados prestados e a melhoria da qualidade dos mesmos, que só são efetivamente medidos se integram a informação dos diagnósticos de enfermagem, que deve estar acessível a todos os profissionais de saúde, gestores e ao cidadão, integrando assim a visão de transparência preconizada pelas políticas de saúde em vigor.

O planeamento em saúde é definido como um conceito que consiste num conjunto de funções, planear, organizar, dirigir e controlar (Melo, 2020). Esta definição encontra-se alinhada com Imperatori (1993), ao indicar que o planeamento em saúde é um processo dinâmico com várias etapas: o diagnóstico em saúde, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas e projetos, a preparação da execução e por último, a avaliação.

Neste capítulo pretende-se explicar todo o projeto de intervenção comunitária realizado pelo discente, cumprindo de forma organizada as etapas do planeamento em saúde.

2 ENQUADRAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

A realização do projeto de intervenção decorreu numa USP no Norte de Portugal, no ano de 2021, com a intenção e premissa de aplicar as competências já adquiridas de especialista em Enfermagem Comunitária, à aquisição das competências específicas de mestre.

Realça-se que a USP onde foi realizado o estágio, tem em funcionamento, um Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem (ODE), cujo regulamento foi aprovado no ano de 2019 (Anexo 5), pelo Conselho de Administração, tendo sido um fator facilitador na obtenção dos dados e na aprovação da Comissão de Ética (Apêndice 15). Cumpre referir que as USP asseguram o cumprimento das operações essenciais em Saúde Pública e que na região Norte

desde 2011, existem Planos Locais de Saúde (PLS), que são monitorizados e avaliados periodicamente. Neste sentido, todos os ACeS /ULS da região Norte possuem um PLS, para os anos 2011- 2016 e alguns já têm uma extensão para o ano de 2020, não sendo o caso da USP, onde decorreu o estudo, que devido à Covid-19, não conseguiu efetuar a atualização do documento. A frisar que o PLS e o diagnóstico da situação de saúde, são os documentos que permitem identificar as principais necessidades de saúde da população, definem os objetivos de saúde e as recomendações para uma intervenção intersectorial.

Enquadra-se que a USP onde decorreu o estágio, foi foco de intervenção noutros estágios anteriores de mestrado, alinhado com o projeto de investigação do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da UCP. Neste sentido, pretendeu-se dar continuidade aos processos desenvolvidos anteriormente, apesar das limitações impostas pela pandemia Covid-19, que deslocou recursos para a vigilância epidemiológica e para o rastreio de contatos, tornando-se a principal atividade da USP e outras unidades funcionais, durante o período de estágio. De referir outra atividade, a vacinação contra a Covid-19, que também deslocou recursos humanos das USF/UCSP/CDP sendo por isso também fator de limitação ao projeto.

Foi objetivo, com este projeto e diagnóstico, demonstrar e reforçar a importância do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem (ODE) neste ACeS. Face ao exposto, o estágio foi inicialmente projetado para dar cumprimento a todas as etapas do planeamento em saúde, mas face aos constrangimentos indicados da pandemia por COVID-19, não foi possível prosseguir com a implementação de algumas das estratégias conforme estava inicialmente programado. Neste sentido, para assegurar dar cumprimento às obrigações do planeamento em saúde, foram desenvolvidos instrumentos para dar resposta aos problemas encontrados e às estratégias definidas, que serão implementados pelo ACeS, futuramente. O discente destaca, que o conselho clínico, assumiu que a continuidade do projeto será assegurada, pela equipa da USP, CDP e ODE, sendo que as atividades planeadas e definidas serão implementadas no período pós-pandémico, de forma a promover a monitorização contínua dos ganhos em saúde em TB.

Reforça-se que devido à pandemia houve necessidade de utilizar métodos de trabalho por via eletrónica e foram realizadas várias reuniões de trabalho com peritos e serviço de informática por videoconferência. Face ao exposto enumeram-se os objetivos definidos na realização do diagnóstico, nomeadamente:

- Identificar o nível de empoderamento da comunidade ACeS na vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem em TB;

- Caracterizar do ponto de vista epidemiológico a população com TB no concelho (considerando os dados dos formulários 1 e 2 do PNLCT) e a documentação de Enfermagem no SClínico®|CSP, no período [2016-2021];
- Analisar a concordância entre os registos com diagnóstico médico de TB (A70) e a associação do P.N.L.C.T. Acompanhamento de Doentes Com TB (PNLCTADT) nos registos de Enfermagem (C006.99), documentados no SClínico®|CSP, no período [2016-2021];
- Analisar a prevalência de registo do fenómeno de enfermagem, Gestão do Regime Terapêutico ativo, nos utentes com diagnóstico médico de TB (A70) e com PNLCTADT, documentados no SClínico®|CSP, no período [2016-2021];
- Analisar a prevalência de registo do fenómeno de enfermagem, Comportamentos de Adesão (CA) ativo, nos utentes com diagnóstico médico de TB (A70) e com PNLCTADT, documentados no SClínico®|CSP, no período [2016-2021];
- Analisar a prevalência de registo do fenómeno de enfermagem, Autocontrolo: Infecção (ACI) ativo, nos utentes com diagnóstico médico de TB (A70) e com PNLCTADT, documentados no SClínico®|CSP, no período [2016-2021];
- Analisar os registos de enfermagem, nos utentes com diagnóstico médico de TB (A70), de modo a caracterizar e monitorizar os princípios de tratamento de TB;
- Identificar a prevalência dos diagnósticos de Enfermagem associados aos focos acima descritos, documentados no SClínico®|CSP, no período [2016-2021];

Cumprido o discente referir que todo o articulado do Regulamento Geral de Proteção de Dados, bem como da Lei de Informação de Saúde (Lei n.º 12/2005 de 26 de janeiro; alterada pela Lei n.º 26/2016 de 22 de agosto), foram cumpridos nos processos de diagnóstico, nomeadamente com a anonimização e a confidencialidade de todos os dados sensíveis e intervenientes envolvidos.

2.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Considera-se que um correto diagnóstico da situação é a primeira etapa para um correto planeamento em saúde, pois este sustenta e justifica as diversas etapas do projeto de intervenção. Cumprido referir que o diagnóstico de enfermagem de saúde comunitária deve ser articulado com o diagnóstico de enfermagem de saúde pública e com os diagnósticos e planos de saúde pública existentes (Melo, 2020, p. 11). Alinhado com a definição anterior, cumprido referir que os

diagnósticos de situação, neste ACeS foram realizados de forma a dar resposta a três áreas interrelacionadas de diagnóstico, o de saúde pública, o de enfermagem comunitária e o de enfermagem de saúde pública, na área da TB, nomeadamente:

- 1- Identificar o nível de empoderamento da Gestão Comunitária, da comunidade ACeS, para promover a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem em TB (dimensão 1).
- 2- Identificar os registos efetuados em SClínico®|CSP em TB, e analisar a prevalência dos diagnósticos médicos e de enfermagem em TB, seu padrão de registos e correlações existentes (dimensão 2).
- 3- Promover a continuidade do ODE, promovendo a VEDE, dando continuidade a estudos de investigação anteriores, numa ótica de continuidade do Projeto MAIEC/USP (Santos, 2019) e Miranda (2020);

Cumprir referir que o diagnóstico, mencionado no ponto 1 e 2, será descrito nos pontos seguintes e que a prossecução da continuidade do ODE e dos estudos anteriores, foi realizada através da análise e apresentação do histórico do projeto MAIEC e da VEDE, ao ODE aos peritos, e ao CDP, onde se resumiu os dois estudos anteriores, realizados por alunos de mestrado (apêndice 18):

- Diagnóstico de situação do Empoderamento Comunitário para a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem no ACeS;
- Epidemiologia centrada nas pessoas: um processo de especialização.

No primeiro estudo mencionado, foi identificado um baixo nível de empoderamento comunitário nalguns domínios, tal como apresentado no artigo *Assessing Community Empowerment for an Innovative Epidemiologic Approach. Healthcare* (2020). Destaca-se a construção de uma grelha de ponderação, baseada nos critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade propostos pelo Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento e Organização Pan-Americana de Saúde, adaptados por Melo (2020). No MAIEC, a Gestão Comunitária é considerada o foco central de atenção do enfermeiro e engloba três dimensões, com os critérios de diagnóstico que se encontram resumidos no Apêndice 6 (Melo, 2020 e Melo, Silva e Figueiredo, 2018).

Após o diagnóstico e priorização de Santos (2019), o investigador Miranda (2020) estudou o foco de enfermagem GRT nas pessoas com Hipertensão Arterial, tendo sido posteriormente publicado o artigo *Nursing Epidemiological Approach of Hypertension*

Management in a Public Health Service from the Northern Region of Portugal. Healthcare (Melo, et al., 2021).

Pretendeu-se com este tipo de análise, realizar a anamnese histórica do ODE no ACeS, de forma a enquadrar o projeto de intervenção do discente, face aos resultados anteriores. De seguida apresentam-se os resultados do diagnóstico de situação, encontrados nas várias dimensões em estudo.

2.1.1 DIMENSÃO 1 - NÍVEL DE EMPODERAMENTO DA GESTÃO COMUNITÁRIA EM TB

De forma a avaliar e identificar o nível de empoderamento da Gestão Comunitária, na comunidade ACeS, para promover a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem em TB, definiu-se através de consenso de peritos (ODE e CDP) a construção de um questionário disponível para consulta no Apêndice 9, tendo como referência a matriz de decisão clínica do MAIEC, Apêndice 6. Foram definidos os critérios de diagnóstico, tendo por base as perguntas criadas, às quais se enquadraram as dimensões do MAIEC que se detalha no Apêndice 7, tendo-se associado a problemática da TB e da VEDE. Cumpre referir que a colheita de dados foi realizada através de duas técnicas: o grupo focal e aplicação de um questionário.

O período de estágio, coincidiu com o pico da vaga de casos Covid-19, o que provocou uma elevada mobilidade e absentismo dos profissionais de saúde do ACeS, de forma a assegurar a resposta às atividades de resposta à pandemia. É importante referir que a amostra e técnica de amostragem utilizada, foi do tipo não probabilístico, tendo sido selecionados elementos por conveniência. O critério de inclusão foi, definido em consenso de peritos, tendo sido selecionados os “enfermeiros do ACeS com responsabilidades em TB” (UCC, USP e CDP), aos quais se aplicou o questionário detalhado no apêndice 9 (n=16 profissionais).

Importante referir que, os dados provenientes do questionário foram analisados e tratados utilizando o Excel® 2021, sendo que a apresentação dos resultados se encontra subdividida em duas, a caracterização da amostra (Grupo I) e os resultados referentes da matriz de decisão clínica do MAIEC.

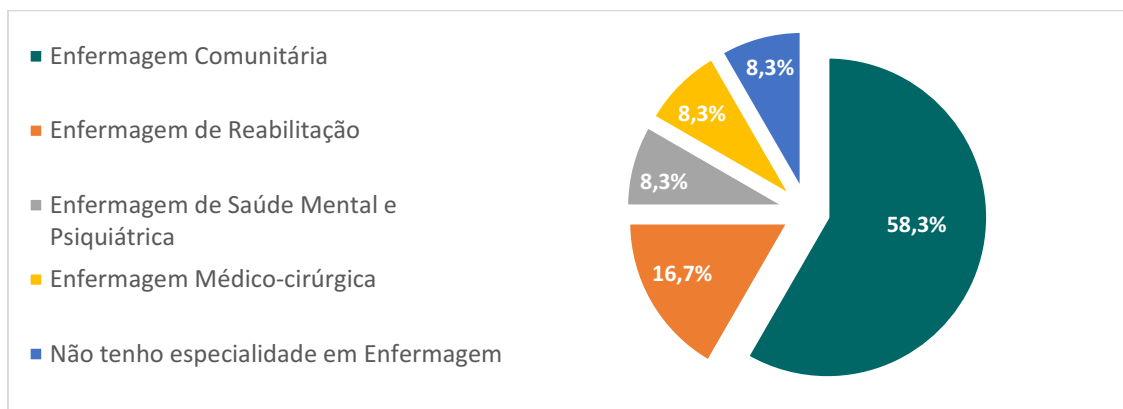
2.1.1.A: GRUPO I - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Conforme referido a amostra foi constituída por enfermeiros do ACeS com responsabilidades em TB, tendo respondido ao questionário online realizado no Office Forms®

doze enfermeiros, dos 16 enfermeiros convidados a participar, obtendo-se uma taxa de resposta de 75%. Reforça-se a existência de isolamentos profiláticos por Covid-19, nos elementos que não responderam. Da amostra obtida, dez indivíduos eram do sexo feminino (83%) e dois do sexo masculino (17%). A idade média encontrada foi de 43,25 anos, tendo o elemento mais novo 36 anos e o mais velho 52 anos.

Relativamente à sua experiência profissional, os enfermeiros exerciam funções em média há 21,16 anos, estando o elemento com mais antiguidade a exercer há 28 anos e o com menos experiência há 14 anos. Quanto aos anos de experiência de exercício numa unidade do ACeS, constatou-se que, em média exerciam há de 12 anos, sendo o máximo tempo em exercício na unidade de 19 anos e o seu oposto de dois anos.

Gráfico 5: Distribuição dos Enfermeiros pelo tipo de especialidade em Enfermagem



De referir que 91,7% dos enfermeiros tinha uma especialidade, sendo a maioria na área da Enfermagem Comunitária, conforme se observa no gráfico anterior. Verificou-se ainda que não existiam titulares de doutoramento na amostra em estudo e que três eram titulares de mestrado, dois na área de Enfermagem Comunitária e um na área de Ciências de Educação. Pode-se analisar os dados de forma mais detalhada no Apêndice número 10, que foi criado para o efeito.

2.1.1.B : GRUPO II: RESULTADOS MAIEC E VEDE

Após análise das respostas, as mesmas foram analisadas usando como referencial o modelo MAIEC, Apêndice 7, para a avaliação da gestão comunitária nas dimensões de diagnóstico: Processo Comunitário, Participação Comunitária e Liderança Comunitária. Importante referir que se identificaram onze problemas que se encontram detalhados em Apêndice 8, resumindo-se os resultados:

- Liderança Comunitária Comprometida: obteve-se um total de 6 subdiagnósticos identificados, distribuídos nos domínios, crenças (3 subdiagnósticos) e conhecimento (3 subdiagnósticos);
- Participação Comunitária Comprometida: seis subdiagnósticos identificados, distribuídos nos domínios, parcerias (3 subdiagnósticos), comunicação (2 subdiagnósticos), e estruturas organizativas (1);
- Processo Comunitário comprometido: um subdiagnóstico identificado;

É importante referir que os problemas foram alvos de priorização, conforme se encontra descrito no subcapítulo dedicado a essa temática. Desta forma concluiu-se que a Liderança comunitária comprometida, foi o diagnóstico com maior magnitude, transcendência e vulnerabilidade sendo importante referir que a definição desta dimensão diz respeito ao conhecimento sobre vigilância epidemiológica, conhecimento sobre documentação nos focos em análise, crenças sobre o seu contributo para a vigilância epidemiológica, e a volição para participar no processo de desenvolvimento da vigilância epidemiológica. Uma das razões para este resultado poderá ser a dificuldade que a Saúde Pública e o ACeS tiveram em continuar o trabalho do ODE, devido à necessidade de alocar tempo na resposta à pandemia, reforçando estes resultados, a necessidade de dar continuidade ao ODE.

2.1.2 DIMENSÃO 2: REGISTOS EM SCLÍNICO®|CSP EM TB

A vigilância epidemiológica da TB deve permitir monitorizar a evolução da doença numa determinada comunidade e identificar grupos de pessoas que, pelo risco, justificam uma intervenção dirigida. Para este estudo constituiu-se como fonte de dados o SCLínico®|CSP, tendo sido realizado um pedido de aprovação do estudo ao grupo de investigação do ACeS, à comissão de Ética, ao responsável da instituição pela proteção de dados e ao Conselho de Administração e ao serviço de informática, tendo-se obtido o parecer positivo de todas as entidades (Apêndice 15). Realça-se que o serviço CDP em estudo, se encontra certificado pelo sistema de Gestão da Qualidade sustentado em princípios que constituem a base das normas ISO preconizado na Norma de referência – ISO 9001:2008 e que esta unidade funcional, tem sido alvo de auditorias aos processos clínicos de enfermagem, médicos e administrativos, tendo apresentado taxas de conformidade na efetividade dos registos superior a 96%, nos últimos 5 anos.

O pedido de extração de dados SCLínico®|CSP, foi articulado com o Serviço de Informática da Instituição, com o objetivo de concretizar um diagnóstico de situação associado à

VEDE, documentando a prevalência dos diagnósticos de Enfermagem e/ou o padrão de registo dos mesmos, cuja fonte são os registos de enfermagem e médicos existentes, durante o período de [2016-2021]. Esta decisão foi determinada, por um lado, pela implementação da norma da BCG e pela maior atualidade dos dados, resultantes da parametrização nacional do SClínico®|CSP, implementada em 2016, no que concerne aos diagnósticos de Enfermagem baseados na CIPE.

Cumprе descrever que o primeiro passo da análise, passou por um escrutínio das bases de dados extraídas para Microsoft Excel (Microsoft Corporation, 2021), num total de 12 bases de dados distintas, que foi necessário correlacionar e interligar, num total de 55 colunas e 99.410 linhas, num total de 610.074 células (registos). Com estas decisões metodológicas, ficou definida a base de dados com um total de 768 utentes para a análise. Destaca-se que atualmente os registos de enfermagem com fonte no SClínico®|CSP, não são avaliados pelo PNLCT, nomeadamente os focos de atenção, os diagnósticos, as intervenções ou ainda registo de fármacos. As variáveis incluídas no diagnóstico e sua codificação, constam no apêndice 5, onde podem ser analisadas com maior detalhe.

Reporta-se que a extração de dados foi dividida em duas fases: a da avaliação da qualidade dos dados disponíveis, tendo sido agendadas quinze reuniões com peritos de forma a garantir a harmonização da informação, proveniente das doze bases de dados enviadas pelo serviço de informática. Esta estratégia de reuniões com peritos, teve como objetivo garantir a qualidade e uniformidade dos dados e envolveu toda a equipa da USP, do CDP, do ODE, a Enfermeira Supervisora, o discente e investigadores do projeto MAIEC

Na segunda fase, procedeu-se à análise exploratória dos dados com construção de novas variáveis, apêndice 5, a partir dos dados existentes e através do cálculo de frequências absolutas, frequências relativas. Procedeu-se ao tratamento, codificação das variáveis em análise, à identificação de erros de codificação e de duplicações de utentes, realizando-se o cruzamento dos casos das bases de forma à obtenção de uma base de dados única, construída para o efeito.

De referir que serão apresentados os principais dados obtidos e sempre que possível irá realizar-se uma análise dos mesmos, sendo de realçar que se explica no apêndice 12 os critérios de inclusão e exclusão de dados, provenientes do SClínico®|CSP. Sublinha-se que todas as informações apresentadas neste contexto são dados globais do ACeS, sendo possível apresentar os dados por Unidade funcional (USF ou UCSP) e por médico e enfermeiro de família, se solicitado.

2.1.2.A: CONCORDÂNCIA DE REGISTOS MÉDICOS E DE ENFERMAGEM

Identificam-se neste subcapítulo, as diferenças entre a codificação médica e a codificação de enfermagem, descrevendo-se ainda as variáveis demográficas nos utentes com TB, nomeadamente: sexo, idade, naturalidade, nacionalidade, atividade profissional, freguesia, concelho e distrito de residência, e a análise da concordância entre a codificação médica e de enfermagem. No que se refere à codificação médica, procedeu-se à análise da informação, tendo sido solicitado a peritos, se as codificações médicas ICPC-2: A70 registadas em SClínico®| eram corretas. Foram detetados erros de codificação IPCP2-A70, tendo-se sido codificados com A70 utentes com TB latente, com antecedentes pessoais de TB, ou ainda com suspeitas da doença não confirmadas. Reforça-se ainda, que muitos destes erros de codificação médica não apresentavam data de termo, pelo que continuavam a ser contabilizados estatisticamente como um problema médico ativo, tendo sido agendada formação no ACEs, como medida corretiva. Apresenta-se no quadro seguinte a diferença entre os registos A70 encontrados e os validados por peritos, num total de 270 registos A70 iniciais, e 162 validados pelos peritos.

Quadro 1: Diferença entre a codificação médica ICPC-2 A70 e a codificação validada por peritos (Fonte: SClínico®|CSP - período de [2016-2021])

Variável	Categoria	Sexo		
		Feminino	Masculino	Total
Doença TB	ICPC-2: A70	107	163	270
	ICPC-2: A70 (Peritos)	52	110	162
Total = (A70 registados) – (A70 (Peritos))		-55	-53	-108

Após a validação, promoveu-se nova reunião de peritos do ODE, tendo-se obtido consenso de apresentar os dados extraídos do SClínico®|CSP codificados como ICPC2-A70 (peritos). Verifica-se na próxima Tabela 2, uma concordância entre a codificação A70 e o registo de fármacos do grupo farmacológico antituberculosos de 94%, no entanto este valor diminui ao analisar-se a concordância entre as 3 variáveis, codificação médica, a codificação do programa de enfermagem e o registo de fármacos do Grupo Farmacológico Antituberculosos, para 83,3%. Na mesma tabela ao se analisar a concordância entre a codificação médica A70 (peritos) e a codificação de enfermagem com Programa Nacional Luta Contra a TB Acompanhamento de Doentes Com TB (PNLCTADT) o valor sobe para os 85,1%.

Tabela 2: Concordância da codificação médica ICPC-2: A70 (Peritos), com o PNLCTADT e o registo de fármacos Antituberculosos. (Fonte: SClínico®|CSP - período de [2016-2021])

Utentes com codificação	N	%
ICPC-2: A70 (Peritos)	162	
ICPC-2: A70 (Peritos) concordante com registo de fármacos do Grupo Farmacológico Antituberculosos	152/162	94%
ICPC-2: A70 (Peritos) concordante com PNLCTADT	138/162	85,1%
ICPC-2: A70 (Peritos) concordante com PNLCTADT e com registo de medicação antituberculosa	135/162	83,3%

As principais causas identificadas para as diferenças de concordância que o discente e o grupo de peritos consultados reconheceram foram:

► A inexistência de comunicação e integração de registos entre o SClínico® perfil médico e o perfil de enfermagem, sugerindo-se a criação de um sistema de informação único, pois muitos dos registos médicos não são acessíveis aos enfermeiros, assim como o contrário também se verifica;

► A ausência de um sistema de alerta em SClínico®, que sugira ao enfermeiro a ativação de determinado programa sempre que ocorrer a codificação de um problema de saúde pelo médico, devendo existir um alerta ou sugestão de codificação para o médico também, sempre que o enfermeiro ativar no seu perfil determinado programa de saúde, permitindo assim melhorar a concordância de registos, a comunicação e ganhos em saúde e potenciar o trabalho em equipa centrado no utente;

► A não existência de um procedimento de registo, nem de uma norma de orientação clínica conjunta entre a DGS, a Ordem dos Médicos e dos Enfermeiros para a TB.

Na próxima Tabela 3, verifica-se uma taxa de ativação do PNLCTADT, com 203 casos, totalizando mais 41 casos que a codificação médica A70 (peritos), no entanto este valor diminui para 27 utentes, quando se analisa a concordância entre o programa de enfermagem e o registo de fármacos antituberculosos.

Tabela 3: Concordância do PNLCTADT e o registo de fármacos (Fonte: SClínico®|CSP - período de [2016-2021])

Utentes com codificação	N	Diferença A70
PNLCTADT	203	+41
PNLCTADT com registo de fármacos do Grupo Farmacológico: Antituberculosos;	189	+27

É importante referir que segundo o Despacho n.º 15385-A/2016 de 21 de dezembro da DGS, um utente é classificado no SINAVE, como caso possível de TB, se preencher os critérios clínicos:

- Qualquer pessoa que preencha os dois critérios seguintes:
 - Sinais, sintomas e ou imagens radiológicas compatíveis com TB ativa, qualquer que seja a sua localização;
 - Decisão tomada por um médico de administrar ao doente um ciclo completo de terapia antituberculosa.

Tendo como referência os resultados encontrados, sugere-se a criação de uma norma orientadora clínica em TB, uma vez que de acordo com a ACSS, no documento BI dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários (2017), os enfermeiros devem associar o PNLCTADT, no SClínico®|CSP, e realizar uma consulta de Enfermagem em TB, não existindo, porém, nenhum procedimento regional nem nacional sobre como documentar as consultas médicas e de enfermagem neste sistema de informação. Reforça-se que em Portugal, não existe nenhum indicador contratualizado baseados nos registos em SClínico®|CSP em TB. Deste modo, o discente, neste projeto de intervenção criou em conjunto com um perito do ODE, uma proposta de BI para a consulta de enfermagem de vigilância em TB - [SClínico®|CSP (Perfil Enfermagem)], com o intuito de propor a sua implementação local e regional, e após avaliação aplica-la em termos nacionais pelos SPMS e ACSS, que se apresenta no Apêndice 14.

2.1.2.B : CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS, SOCIO-COMPORTAMENTAIS, CO-MORBILIDADES E TOD

A idade média encontrada nos registos em SClínico®|CSP de casos de TB (A70 (Peritos), foi de 52 anos [anos; mín=1 ano; máx=88 anos; Desvio padrão=18,7], com uma moda de 56 anos e uma mediana de 52 anos, destacando-se a existência de 2,5% de crianças com a doença. A distribuição por sexo indicou quase o dobro de casos nos homens. Verificou-se a existência de casos TB em indivíduos nascidos em Portugal (98,2%), sendo que 92% dos doentes residiam no concelho do ACeS, a freguesia com mais casos acumulados foi a freguesia 1 (30,2%). Este dado de incidência de casos de TB por freguesia, torna possível à USP identificar as freguesias de risco de modo a dar cumprimento ao PNV e à norma da BCG mencionada anteriormente.

Os dados referentes à morada e atividade profissional, são atualizados pelos administrativos, sendo necessário provavelmente uma intervenção de modo a solucionar o problema de 73% dos utentes não apresentarem a situação profissional preenchida no SClínico®.

Alerta-se que esta análise, levantou o problema, junto do conselho clínico, sobre como devem ser codificados administrativamente os utentes dos estabelecimentos prisionais, se pela morada onde se encontram ou a que consta no registo nacional de utentes.

Tabela 4: Características demográficas e socio-comportamentais dos utentes com codificação médica, ICPC-2: A70 (Peritos) (Fonte: SClínico@CSP - período de [2016-2021])

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Masculino	110	68%
	Feminino	52	32%
	Total	162	100
Idade	< 6	4	2,5%
	[06-18]	4	2,5%
	[19-64]	111	68,5%
	[65-75]	26	16,0%
	>75	17	10,5%
Total	162	100	
Naturalidade	Nascido em Portugal	158	98%
	Nascido fora de Portugal	4	2%
	Total	162	100
Distrito de residência	Freguesia 1	49	30,2%
	Freguesia 2	39	24,1%
	Freguesia 3	31	19,1%
	Freguesia 4	30	18,5%
	Outro ACeS	13	8,0%
Total	162	100	
Atividade profissional	Profissão não registada	118	73%
	Profissão registada	44	27%
	Total	162	100

Apresenta-se na Tabela 5 seguinte, os fatores socio comportamentais e co-morbilidades correlacionadas com a TB, observando-se que nos utentes com A70 (peritos) o abuso do tabaco foi o mais prevalente, com 89,5%, indo de encontro com dados do PLS.

Tabela 5: Co-morbilidades da população, fatores sócio comportamentais com codificação médica, ICPC-2: A70 (Peritos) (Fonte: SClínico®|CSP - período de [2016-2021])

Variável	n/N	%
Abuso do Tabaco	145/162	89,5%
Neoplasia outros Órgãos	63/162	38,9%
Diabetes mellitus	48/162	29,6%
Doença pulmonar obstrutiva crónica	39/162	24,1%
Abuso do Álcool	35/162	21,6%
Doença hepática	28/162	17,3%
Silicose	27/162	16,7%
Doença inflamatória articular	25/162	15,4%
Infeção-VIH / SIDA	21/162	13,0%
Doença urinária, outra	21/162	11,7%
Abuso de Drogas	14/162	8,6%
Neoplasia do pulmão	11/162	6,8%
Sarcoidose	9/162	5,6%
Linfoma	3/162	1,9%

Para se obter a tabela seguinte, procedeu-se ao tratamento e codificação de mais de 66 mil entradas (Apêndice 17), correlacionando-se 12 listagens de dados e categorizou-se por princípio ativo e grupo farmacológico, todas as entradas registadas de fármacos, de acordo com a classificação dos medicamentos prevista no Despacho n.º 4742/2014. A TOD é essencial para que se consiga obter o sucesso terapêutico em TB, assim comprovou-se que a extração dos fármacos administrados poderá automatizada, permitindo assim valorizar o registo efetuado pelos enfermeiros. Os resultados encontrados pelo discente, nos registos em SClínico®|CSP, atualmente são preenchidos manualmente, no formulário 1 e 2 do SVIG-TB, pelo que se demonstrou com este tipo de análise, a viabilidade em automatizar a extração dos dados em TB, com fonte no SClínico®|CSP, reforçando-se a necessidade de criação de uma NOC.

É importante referir que, em reunião de peritos, e na análise qualitativa dos dados farmacológicos extraídos, verificou-se uma limitação no tipo de extração realizada do SClínico®|CSP pelo serviço de informática, que incluiu apenas as doses de fármacos parametrizadas pelo sistema de informação. No entanto, existem fármacos que não constam em listagem farmacológica, (exemplo: Xaropes), e que têm que ser inseridos manualmente no sistema informático SClínico®|CSP, detetando-se ainda uma necessidade de atualizar a listagem de fármacos no SClínico®|CSP que não foi atualizada desde 2016. Acrescenta-se, porém, que foi possível corrigir esta limitação, em futuras extrações de dados, em conjunto com o serviço de informática e o grupo de peritos, possibilitando assim a criação futura de um automatismo no tipo de fármacos administrados. De referir que a informação do fármaco registado, dose e número de tomas registadas, pode ser detalhado com mais pormenor se necessário, no entanto apresenta-se o resumo dos resultados na tabela seguinte.

Tabela 6: Registo de fármacos por grupo farmacológico (5 principais resultados), nos utentes com ICPC-2: A70(Peritos) (Fonte: SClínico®|CSP - período de [2016-2021])

FÁRMACOS ADMINISTRADOS NO CDP PELOS ENFERMEIROS	N/N	%
1.1.12 - ANTITUBERCULOSOS;	152/162	94%
11.3.1.2 - VITAMINAS HIDROSSOLÚVEIS;	133/162	82%
1.1.10 - QUINOLONAS;	19/162	12%
1.1.7 - AMINOGLICOSÍDEOS;	14/162	7%
6.2.2.3 - INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES;	9/162	6%

Na tabela seguinte, constata-se que para o período [2016-2021] foram encontrados 190 utentes com registo de PNLCTADT e com a intervenção de enfermagem “Supervisionar a autoadministração de medicamentos”. Após consenso de peritos, foram contabilizados todos registos de enfermagem desta intervenção, mas excluindo-se o ano de 2016 e o ano de 2021, de forma a assegurar o início e termo do tratamento da TB, totalizando-se um total de 135 utentes dos 190 iniciais.

Tabela 7: Utentes com PNLCTADT ativo e com a intervenção de enfermagem : “Supervisionar a autoadministração de medicamentos” (Fonte: SClínico®|CSP - período de [2017-2021] => exclusão quem iniciou tratamento neste ano

N. de registos da intervenção Enfermagem *	N=135	mín	máx.	%
[1-20]	11	1	17	8,1%
[21-55]	6	21	38	4,4%
[56-125]	28	56	120	20,7%
[126-181]	35	126	181	25,9%
>181	55	182	370	40,7%
Total Geral	135			

Verifica-se na Tabela anterior que 87,3 % dos utentes cumpriram a fase inicial de tratamento para TB, ou seja, cumpriram as 56 TOD e que 20,7% iniciaram a fase de manutenção, mas não a completaram, tendo se obtido valores de TOD superior a 181, em 40,7% dos casos. Sugere-se futuramente outro tipo de trabalho de investigação, para estudar os valores encontrados.

2.1.2.C : PREVALÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Apresentam-se nas Tabelas seguintes, os resultados da prevalência dos diagnósticos de Enfermagem, nomeadamente na dimensão principal dos focos:

- Gestão de Regime Terapêutico;

- Comportamento de Adesão;
- Autocontrolo da Infecção.

Tabela 8: Prevalência dos focos de enfermagem : GRT, CA, ACI nos utentes com PNLCTADT e A70 (Peritos) (Fonte: SClínico®|CSP - período de [2016-2021])

Fenómeno de Enfermagem	PNLCTADT		ICPC-2: A70 (Peritos)	
	n = 203	%	n= 162	%
Gestão de Regime Terapêutico	179	88,2%	133	82,1%
Autocontrolo da Infecção	195	96,1%	143	88,3%
Comportamento de Adesão	193	95,1%	149	92,0%

A tabela anterior evidencia, uma taxa de documentação nos utentes com PNLCTADT ativo, de 88,2% na GRT, de 96,1% no ACI e de 95,1% no CA. Dos três diagnósticos, a GRT apresenta a menor prevalência de registo quer nos utentes com programa de enfermagem ativo, como nos utentes com ICP-2 ativo. Estes dados parecem alinhados com os resultados obtidos por (Santos, 2019), que realizou o diagnóstico sobre a VEDE, neste ACeS e identificou treze problemas relacionados com a Gestão Comunitária comprometida, sendo que conhecimento sobre o foco GRT não percecionado em 50% dos membros da comunidade, era um dos problemas prioritários.

Importa referir que, pela primeira vez neste ACeS, foi possível extrair e analisar os dados de prevalência dos diagnósticos de enfermagem associados a cada foco analisando-se nos quadros seguintes o padrão de registo encontrado em TB. Este tipo de análise que o discente descreve, mais detalhada, observa o padrão de registo das atividades diagnósticas que serão traduzidas em diagnósticos de Enfermagem codificados, não da dimensão principal da GRT, mas sim das subdimensões que constam na tabela 9. No que concerne aos utentes com registo de PNLCTADT ativo, verificou-se que as taxas de ativação máximas, para os grupos de status do foco [GRT], foram:

- Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso de 41,9% (n=75/179);
- Compromisso de 41,3% (n=74/179);
- Potencial para melhorar o conhecimento sobre dieta de 21,2% (n=38/179);
- Potencial para melhorar o conhecimento sobre hábitos de exercício de 5,0% (n=9/179);
- Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados de 2,8% (n=5/179).

Nos dados encontrados para os restantes status é evidente uma taxa de ativação residual, destacando-se a ausência de codificação no status Potencial para melhorar o conhecimento da

comunidade e o facto de existirem 13,9% de utentes com avaliação diagnóstica traduzida por um status não codificado ou inexistente.

Tabela 9: Prevalência do padrão de documentação no foco: GRT, com PNLCTADT ativo (Fonte: SClinico®|CSP - período de [2016-2021])

Grupo de status :	Status => Gestão do Regime Terapêutico	n= 179	%
Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso	Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso	75	41,9%
	Conhecimento sobre regime medicamentoso	18	10,1%
	Conhecimento sobre regime medicamentoso não demonstrado	3	1,7%
Compromisso	Gestão do regime terapêutico comprometida	61	34,1%
	Sem gestão do regime terapêutico comprometida	74	41,3%
Potencial para melhorar o conhecimento sobre dieta	Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético	38	21,2%
	Conhecimento sobre regime dietético	20	11,2%
	Sem potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético	4	2,2%
Potencial para melhorar o conhecimento sobre hábitos de exercício	Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de exercício	9	5,0%
	Conhecimento sobre regime de exercício	5	2,8%
	Conhecimento sobre hábitos de exercício não demonstrado	3	1,7%
	Conhecimento sobre hábitos de exercício demonstrado	1	0,6%
Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico	5	2,8%
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos alimentares não demonstrado	1	0,6%
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso não demonstrado	1	0,6%
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico não demonstrado	1	0,6%
Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre regime medicamentoso	Conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre regime terapêutico	3	1,7%
	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre regime terapêutico	2	1,1%
Potencial para melhorar a capacidade sobre regime dietético	Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime dietético	2	1,1%
	Capacidade para gerir o regime dietético	1	0,6%
Potencial para melhorar a capacidade de gerir o regime de exercício	Capacidade para gerir o regime de exercício	3	1,7%
	Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime de exercício	3	1,7%
Potencial para melhorar a capacidade de gerir o regime medicamentoso	Capacidade para gerir o regime medicamentoso	4	2,2%
Potencial para melhorar o conhecimento da comunidade	Conhecimento da comunidade sobre regime terapêutico	0	N/a
	Conhecimento da comunidade sobre regime terapêutico, melhorado	0	N/a
	Potencial para melhorar o conhecimento da comunidade sobre regime terapêutico	0	N/a
Sem Status	Sem Status	25	13,9%

Os resultados, espelhados na próxima Tabela 10, mostram o padrão de documentação encontrado nos utentes com registo de PNLCTADT ativo e foco [ACI], verificando-se uma taxa de ativação máxima nos grupos de status:

- Compromisso de 66,2% (n=126/195);

- Potencial para melhorar o conhecimento sobre autocontrolo: infeção de 40,5% (79/195)

Ressalvar a existência de um padrão documentação máximo de 1% no grupo de status: potenciar para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre ACI e da ausência de codificação no status potencial para melhorar o conhecimento da comunidade. Foi ainda encontrado um padrão de documentação máximo de 0,5%, com avaliação diagnóstica traduzida por um status não codificado ou inexistente.

Tabela 10: Prevalência do padrão de documentação nos foco: ACI, com PNLCTADT ativo (Fonte: SClinico®|CSP - período de [2016-2021])

Grupo de status:	Foco: Autocontrolo da Infeção=> Status	n= 195	%
Compromisso	Auto controlo: infeção comprometido	129	66,2%
	Sem auto controlo: infeção comprometido	126	64,6%
Potencial para melhorar o conhecimento sobre auto controlo: infeção	Potencial para melhorar o conhecimento para promover auto controlo: infeção	79	40,5%
	Conhecimento para promover auto controlo: infeção	26	13,3%
	Sem potencial para melhorar o conhecimento para promover auto controlo: infeção	7	3,6%
Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre auto controlo: infeção	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre prevenção de contaminação	2	1%
Potencial para melhorar o conhecimento da comunidade	Conhecimento da comunidade sobre auto controlo: infeção	0	N/a
	Conhecimento da comunidade sobre auto controlo: infeção, melhorado	0	N/a
	Potencial para melhorar o conhecimento da comunidade sobre auto controlo: infeção	0	N/a
Sem Status	Sem Status	1	0,5%

A seguinte, a Tabela 11, mostra que o padrão de registo encontrado nos utentes com registo de PNLCTADT e foco [Comportamento de Adesão] ativo é maior a nível dos diagnósticos relacionados com compromisso, com valores que se cifram com um máximo na ordem dos 59,5%, reduzindo-se ao nível dos diagnósticos relacionados com o potencial para melhorar a dieta 10,4% e com 4,1% no potencial para melhorar hábitos de exercício. O potencial para melhorar o conhecimento para promover a adesão apresentou um máximo de documentação de 5,2%, existindo ainda 1,6% de diagnósticos com avaliação diagnóstica traduzida por um status não codificado ou inexistente.

Tabela 11: Prevalência do padrão de documentação no foco: CA, com PNLCTADT ativo (Fonte: SClinico®|CSP - período de [2016-2021])

Grupo de status:	Foco: Comportamento de adesão=> Status	n= 193	%
Compromisso	Adesão ao regime terapêutico	95	49,2%
	Não adesão ao regime terapêutico	115	59,5%
	Adesão ao rastreio	4	2,1%
	Não adesão ao rastreio	0	N/a

	Adesão ao regime medicamentoso	89	46,1%
	Baixa adesão ao regime medicamentoso	77	39,9%
Potencial para melhorar a dieta	Adesão ao regime dietético	16	8,3%
	Não adesão ao regime dietético	20	10,4%
Potencial para melhorar hábitos de exercício	Adesão ao regime de exercício	8	4,1%
	Não adesão ao regime de exercício	7	3,6%
Potencial para melhorar o conhecimento para promover a adesão	Conhecimento para promover comportamento de adesão	6	3,1%
	Potencial para melhorar o conhecimento para promover comportamento de adesão	10	5,2%
	Sem potencial para melhorar o conhecimento para promover comportamento de adesão	1	0,5%
Sem Status	Sem Status	3	1,6%

É importante referir que após a análise dos resultados obtidos, pelo discente, foram realizadas várias apresentações a toda a equipa da USP, ao ODE e ao CDP, tendo sido discutidas as diferenças de dados encontrados do número de Consultas e Atos de Enfermagem em TB (Apêndice 13) e a definição de consulta preconizada pela ACSS (Anexo 7 e 8)

2.2 PRIORIZAÇÃO DE PROBLEMAS

O discente, efetuou uma análise dos problemas e prioridades do DLS, do PLS, do Plano Nacional de Saúde, assim como dos indicadores de contratualização no portal Bi-CSP da ACSS. Importante referir que no documento PLS do ACeS (2011-2016), foi realizada a priorização dos problemas de saúde do concelho, tendo sido tomados em consideração os critérios de priorização de acordo com a escala Imperatori e Giraldes (1982). Nesse diagnóstico de saúde pública, houve ocorreu um processo de priorização dos problemas de saúde, tendo sido consultados os coordenadores das unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários e todos os responsáveis pelos serviços da organização de saúde e a Câmara Municipal local, que se pronunciaram relativamente a cada problema de saúde identificado, de acordo com os critérios major ou clássicos, tendo a TB sido priorizada na quarta posição, assumindo assim o top 5 de problemas em saúde para o ACeS. Desta forma constatou-se que a TB apresenta uma maior magnitude de casos, neste concelho, que a Região Norte, tendo-se verificado ainda que o risco de adoecer com TB no concelho, foi considerado como um dos mais elevados na Região Norte, embora apresente uma tendência decrescente nos últimos anos, PLS (2011-2016).

Após estudo e análise do diagnóstico de Saúde Pública do ACeS e conforme explanado anteriormente, o discente elaborou um diagnóstico nas duas dimensões (MAIEC e Registos clínicos) identificando o nível de empoderamento da Gestão Comunitária, da comunidade ACeS, para promover a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem em TB de acordo

com o referencial MAIEC e identificando os registos efetuados em SClínico®|CSP em TB, nos anos [2016-2021], onde se analisou a prevalência dos diagnósticos médicos e de enfermagem em TB, seu padrão de registos e correlações existentes.

Após apresentação dos resultados encontrados, convidou-se um grupo de peritos (n=14) para procederem à priorização dos problemas, tendo sido elaborada uma lista dos problemas considerando os resultados percentualmente maiores. De referir que foram identificados pelo discente um conjunto de 19 problemas (Apêndice 11), que, de acordo com a metodologia prevista foram priorizados para uma futura definição de estratégias de intervenção, utilizando-se o método de Hanlon (Anexo 4). Este método segundo Pineault e Daveluy (1987), destina-se à classificação de problemas de saúde e à sua priorização com base em quatro critérios que permitem a tomada de decisão em saúde. Os critérios são: (A) a amplitude ou magnitude do problema; (B) a gravidade do problema; (C) a eficácia da solução (ou a vulnerabilidade do problema); (D) a exequibilidade do projeto ou da intervenção (Tavares, 1990). De acordo com o autor, a ordenação dos problemas é obtida pelo cálculo da fórmula: Valor de prioridade=(A+B) C x D. Os dezanove problemas identificados constam no Apêndice 11, apresentando-se na Tabela seguinte o resultado da priorização realizada, sua descrição e pontuação.

Tabela 12: Grelha de ponderação dos problemas e resultados, após consulta de peritos (método de Hanlon)

	Magnitude (A)	Gravidade (B)	Vulnerabilidade (C)	Exequibilidade (D)	Total Pontuação (A+B) C x D
P1	4	9	1,4	1	18,2
P2	2	6	1,1	1	8,8
P3	4	7	1,3	1	14,3
P4	6	9	1,3	1	19,5
P5	7	7	1,2	1	16,8
P6	8	8	1,2	1	19,8
P7	1	6	1,2	1	8,4
P8	1	4	1	1	5,0
P9	1	6	1,2	1	8,4
P10	1	6	0,9	1	6,3
P11	7	7	1,2	1	16,8
P12	8	5	1,3	1	16,9
P13	6	8	1,3	1	18,2
P14	8	6	1,2	1	16,8
P15	5	8	0,9	1	11,7
P16	5	8	1,2	1	15,6
P17	5	8	1,1	1	14,3
P18	8	6	1,3	1	18,2
P19	9	6	1,4	1	21,0

Enumeram-se por ordem decrescente os diagnósticos priorizados pelo grupo de peritos:

1. P19-Liderança Comunitária Comprometida: perceção de conhecimento não demonstrado sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem em TB em 92% nos enfermeiros;
2. P6- No SClínico®|CSP, nos utentes com PNLCTADT ativo, a taxa de ativação máxima do foco [Comportamento de adesão] no grupo de status "compromisso" foi de 59,5%(n=115/193), para os anos [2016 e 2021];
3. P4- No SClínico®|CSP, nos utentes com PNLCTADT ativo, a taxa de ativação máxima do foco [Autocontrolo da Infecção] no grupo de status "Compromisso" foi de 66,2% (n=129/195), para os anos [2016 e 2021];
4. P1- No SClínico®|CSP, nos utentes com PNLCTADT ativo, a taxa de ativação máxima do foco [Gestão do regime terapêutico] no grupo de status "Compromisso" foi de 41,3% (n=74/179), para os anos [2016 e 2021];
5. P13- Participação Comunitária comprometida: Existência de uma taxa de resposta de 67% nos enfermeiros, que não perceberam a existência de vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem em TB no seu ACeS
6. P18-Liderança Comunitária Comprometida: Existência de uma taxa de resposta de 83% nos enfermeiros, que consideram importante ter formação sobre a documentação da atividade de Enfermagem em TB.

2.3 FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Depois de elaborado o diagnóstico da situação e priorizados os problemas, foi necessário proceder à definição dos objetivos a atingir, para intervir em cada problema, tendo o discente fixado os objetivos para este projeto de intervenção. Importante referir, que segundo, Tavares (1992), esta fase é vital no planeamento de qualquer atividade dos cuidados de saúde, pois permite orientar toda a intervenção dos profissionais de saúde, assim como facilitar a avaliação do projeto executado. A otimização dos objetivos foi realizada de forma a terem características chave: serem pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, e que traduzem mudanças de comportamentos que originem ganhos em saúde (Tavares 1992).

Deste modo, considerando-se o dinamismo do processo de planeamento em saúde e os constrangimentos já referidos, nomeadamente o facto do ACeS ter apresentado uma incidência elevada para Covid-19, o discente optou, que a finalidade, os objetivos gerais, os objetivos específicos e as metas do Projeto, fossem realizados, após auscultação dos coordenadores do

CDP, da Unidade Saúde Pública, das equipas de Enfermagem da USP e CDP e o Conselho Clínico e de Saúde.

Finalidade: Promoção do empoderamento da comunidade ACeS na vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem em TB, de forma a contribuir para uma Epidemiologia centrada nas pessoas, neste ACeS.

No projeto, o discente pretendeu dar resposta aos seguintes **objetivos gerais:**

1. Promover o aumento das taxas de avaliação dos focos e diagnósticos de enfermagem em TB no ACeS;
2. Promover uma melhoria da gestão comunitária da comunidade do ACeS, na vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem, melhorando a liderança comunitária, a participação comunitária e o processo comunitário.

Objetivos Específicos/Metas:

Para uma mais fácil compreensão as metas a atingir estão associadas ao problema respetivo, no domínio a que pertencem.

- I. Diminuir a perceção de conhecimento não demonstrado nos Enfermeiros sobre vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem em TB, de 92% para 52% (ganho de 40%);
- II. Melhorar a proporção da documentação do foco de atenção [Comportamento de adesão] e no grupo de status "compromisso", dos doentes do ACeS com PNLCTADT ativo, de 59,5% para 70% (ganho em saúde de 10,5%);
- III. Melhorar a proporção da documentação do foco de atenção foco [Autocontrolo da Infecção] e no grupo de status "compromisso", dos doentes do ACeS com PNLCTADT ativo, de 66,2% para 76,2% (ganho em saúde de 10%);
- IV. Melhorar a proporção da documentação do foco de atenção foco [Gestão do regime terapêutico] e no grupo de status "compromisso", dos doentes do ACeS com PNLCTADT ativo, de 41,3% para 61,3% (ganho em saúde de 20%);
- V. Reduzir a proporção de enfermeiros com conhecimento não percecionado sobre a existência de VEDE em TB de 67% para 37% (ganho em saúde de 30%);
- VI. Diminuir a perceção de conhecimento não demonstrado sobre documentação da atividade de Enfermagem em TB, de 83% para 43%.

2.4 INDICADORES

Foram ainda planeadas uma série de atividades e tarefas de curto prazo, médio e longo prazo, que este relatório descreve, de forma a serem implementadas, em articulação com os investigadores do projeto MAIEC da UCP, a Saúde Pública, o CDP e o ODE. Os indicadores descritos seguidamente serão, utilizados para o acompanhamento das metas definidas ao longo do corrente ano civil pela equipa da USP.

2.4.1 INDICADORES DE ESTRUTURA

Os indicadores de estrutura, segundo Donabedian (2003), estão relacionados com fatores que podem influenciar a prestação dos cuidados de saúde, ou seja os recursos disponíveis, enumerando-se os presentes no projeto do discente:

- Profissionais de Saúde (enfermeiro, médico e assistente técnico);
- Profissionais de informática
- Local para a formação (articulação com o centro de formação)
- Carga horária dedicada para formação e de reunião;
- Participantes na sessão de formação e na reunião;
- Meios audiovisuais de projeção e comunicação;
- Custos com o projeto.

2.4.2 INDICADORES DE PROCESSO

A definição de indicadores de processo é definida como sendo um conjunto de atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados (Donabedian, 2003). Estes indicadores de processo promovem uma reflexão sobre os processos de forma contínua e dinâmica. Apresentam-se os indicadores de processo e o cálculo estimado dos mesmos:

1. **IP1-** Taxa de adesão às sessões:

$$\frac{\text{Número de elementos presentes nas sessões}}{\text{N.º de elementos convocados para as sessões}} \times 100$$

2. **IP2-** Taxa de efetivação das sessões:

$$\frac{\text{Número de sessões realizadas}}{\text{Número de sessões planeadas}} \times 100$$

3. **IP3-** Taxa de adesão à resposta ao questionário aplicado a peritos de enfermagem em TB

$$\frac{\text{Número de Enfermeiros peritos que responderam o questionário-Dimensão 1}}{\text{Número de Enfermeiros peritos a quem se solicitou o preenchimento do questionário-dimensão 1}} \times 100$$

4. **IP4-** Taxa de tarefas relacionadas com a VEDE e com o ODE

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de tarefas efetuadas relacionadas com a VEDE e ODE em 2021}}{\text{N}^\circ \text{ de tarefas planeadas para o ODE e VEDE até Dezembro de 2021}} \times 100$$

5. **IP5-** Taxa de caracterização do ponto de vista epidemiológico da população com TB no concelho (considerando os dados dos formulários 1 e 2 do PNLCT) e a documentação de Enfermagem no SClínico®|CSP, no período [2016-2021]

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de itens do Formulário 1 e 2 extraídos do Sclínico | CSP em 2021}}{\text{N}^\circ \text{ de itens do formulário 1 e 2 até Dezembro de 2021}} \times 100$$

2.4.3 INDICADORES DE RESULTADO

Os indicadores de resultado contribuem para um melhor planeamento, perspetivando a efetividade e estão relacionados com o impacto dos cuidados de saúde nos clientes (Donabedian (2003), sendo que para este projeto encontram-se associados aos objetivos específicos/metast definidas anteriormente:

- I. Diminuir a perceção dos Enfermeiros da necessidade em obter formação sobre o tema, vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem em TB, de 92% para 52%;

IR1 = Taxa de perceção da necessidade em obter conhecimento sobre o tema VEDE em TB, nos membros de enfermagem da comunidade ACeS.

$$\text{IR1} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de Enfermeiros com conhecimento não perçecionado sobre o tema vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem na comunidade ACeS enfermeiros.}}{\text{N}^\circ \text{ de Enfermeiros da comunidade ACeS Enfermeiros}} \times 100$$

- II. Melhorar a proporção da documentação do foco de atenção [CA] e no grupo de status "compromisso", dos doentes do ACeS com PNLCTADT ativo, de 59,5% para 70%;

IR2- Taxa de documentação no foco CA e Grupo de status "Compromisso" nos utentes com PNLCTADT ativo

$$\text{IR2} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com PNLCTADT e com foco CA ativo, com padrão de documentação no grupo de status "compromisso" presente}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes com PNLCTADT e foco CA Ativo}} \times 100$$

IRa = Criação do bilhete de identidade para a consulta de enfermagem de vigilância relacionada com TB

- III. Melhorar a proporção da documentação do foco de atenção foco [ACI] e no grupo de status "compromisso", dos doentes do ACeS com PNLCTADT ativo, de 66,2% para 76,2%;

IR3- Taxa de documentação no foco ACI e Grupo de status "Compromisso" nos utentes com PNLCTADT ativo

$$\text{IR3} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com PNLCTADT e com foco ACI ativo, com padrão de documentação no grupo de status "compromisso" presente}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes com PNLCTADT e com foco ACI ativo}} \times 100$$

IRa = Criação do bilhete de identidade para a consulta de enfermagem de vigilância relacionada com TB

IV. Melhorar a proporção da documentação do foco de atenção foco [GRT] e no grupo de status "compromisso", dos doentes do ACeS com PNLCTADT ativo, de 41,3% para 61,3% (ganho em saúde de 20%);

IR4- Taxa de documentação no foco GRT e Grupo de status "Compromisso" nos utentes com PNLCTADT ativo

$$\text{IR4} = \frac{\text{foco GRT ativo, com padrão de documentação no grupo de status "compromisso" presente}}{\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com PNLCTADT e com}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes com PNLCTADT e com}} \text{foco GRT}} \times 100$$

IRa = Criação do bilhete de identidade para a consulta de enfermagem de vigilância relacionada com TB

V. Reduzir a proporção de enfermeiros com conhecimento não percecionado sobre a existência de VEDE em TB de 67% para 37% (ganho em saúde de 30%);

IR5- Taxa de membros de enfermagem da comunidade ACeS, com conhecimento não percecionado sobre a existência de VEDE em TB.

$$\text{IR5} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de Enfermeiros com conhecimento não percecionado}}{\text{N}^\circ \text{ de Enfermeiros da comunidade ACeS}} \frac{\text{sobre a existência de VEDE em TB}}{\text{Enfermeiros}} \times 100$$

VI. Diminuir a perceção de conhecimento não demonstrado sobre documentação da atividade de Enfermagem em TB, de 83% para 43% (ganho de 40%).

IR6- Taxa de membros de enfermagem da comunidade ACeS, que não demonstram percecionar existir discussão e análise das questões relacionadas com a documentação e VEDE em TB

$$\text{IR6} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de Enfermeiros que não demonstram percecionar existir discussão e análise}}{\text{N}^\circ \text{ de Enfermeiros da comunidade ACeS}} \frac{\text{das questões relacionadas com a documentação e VEDE em TB}}{\text{Enfermeiros}} \times 100$$

2.5 SELEÇÃO ESTRATÉGIAS

A seleção das estratégias é um passo fulcral no sucesso de um programa ou projeto de intervenção comunitária. O sucesso do alcance das metas e a produção de indicadores de resultado e de processo, obtidos com a otimização dos indicadores de estrutura, dependem da forma como são planeadas as estratégias de intervenção, que se enumeram no quadro seguinte (Melo, 2020).

Quadro 2: Seleção de estratégias

Objetivo Específico	Intervenção	Tarefas
Meta	Técnica	
<p>• Diminuir a perceção dos Enfermeiros da necessidade em obter formação sobre o tema, vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem em TB, de 92% para 52% (ganho de 40%);</p>	<p>Promover a Gestão Comunitária, a Liderança e a Participação Comunitária relacionada com a VEDE em TB:</p> <p>1- Formar e capacitar a Comunidade Enfermeiros ACeS</p>	<p>a) Ações de Formação sobre VEDE em TB (Centro de Formação do ACeS e junto dos conselhos Técnicos);</p> <p>b) Parceria entre o ODE e GRECSP;</p>

<p>► Reduzir a proporção de enfermeiros com conhecimento não percecionado sobre a existência de VEDE em TB de 67% para 37% (ganho em saúde de 30%);</p> <p>► Diminuir a perceção de conhecimento não demonstrado sobre documentação da atividade de Enfermagem em TB, de 83% para 43%.</p>	<p>sobre a VEDE e sobre o regulamento do ODE;</p> <p>2- Divulgar o ODE e a VEDE junto da Saúde Pública, Conselho Clínico e Comunidade Enfermeiros ACeS;</p> <p>3- Produzir e publicar artigos sobre a importância da VEDE em TB e divulgar junto do ACeS;</p> <p>4- Melhorar a comunicação entre o GRECSP, o ODE e a comunidade;</p> <p>5- Promover a criação de estruturas organizativas</p>	<p>c). Criar um Dashboard resultante da documentação dos Enfermeiros em Power BI;</p> <p>d) Criar uma Newsletter do ODE página Sway;</p> <p>e) Reativar o Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem na USP;</p> <p>f). Promover reuniões e sessões de trabalho conjuntas entre o ODE e o GRECSP;</p> <p>g). Submeter artigos para publicação em revista científicas.</p>
<p>►Melhorar a proporção da documentação do foco de atenção [Comportamento de adesão] e no grupo de status "compromisso", dos doentes do ACeS com PNLCTADT ativo, de 59,5% para 70% (ganho em saúde de 10,5%);</p> <p>►Melhorar a proporção da documentação do foco de atenção foco [Autocontrolo da Infecção] e no grupo de status "compromisso", dos doentes do ACeS com PNLCTADT ativo, de 66,2% para 76,2% (ganho em saúde de 10%);</p> <p>►Melhorar a proporção da documentação do foco de atenção foco [Gestão do regime terapêutico] e no grupo de status "compromisso", dos doentes do ACeS com PNLCTADT ativo, de 41,3% para 61,3% (ganho em saúde de 20%);</p>	<p><u>Promover coping e a liderança comunitários:</u></p> <p>1-Formar a Comunidade Enfermeiros ACeS sobre os Focos de Atenção de Enfermagem: CA, ACI e GRT em TB;</p> <p>2- Criar padrão de documentação mínimo em TB para o perfil SClínico® CSP Enfermagem;</p> <p>3- Criar procedimento de documentação de TB em SClínico® CSP;</p> <p>4- Ensinar os membros da comunidade Enfermeiros ACeS sobre a documentação dos grupos de status “compromisso” Focos de Atenção de Enfermagem: CA, ACI e GRT em TB.</p> <p>5- Ensinar sobre a documentação de Enfermagem;</p>	<p>a). Criar procedimentos de registo no SClínico® CSP Enfermagem em articulação com o GRECSP e o ODE;</p> <p>b). Criar procedimentos de registo no SClínico® CSP (perfil médico, assistente técnico e enfermagem);</p> <p>c) Criar e divulgar Bilhetes de indicadores de Enfermagem e em TB;</p> <p>d). Promover parceria do ODE com a ACSS e os SPMS;</p> <p>e) Reunião de Consultoria com Serviço Informático do ACeS, de forma a obter listagem automáticas dos focos e grupos de status, em TB;</p> <p>f) Reuniões de Consultoria com Conselho Clínico, ODE, representante da ACSS e SPMS</p> <p>g) Reunião com Coordenadora Regional do PNLCT de forma a implementar ações de formação regional, documentação SClínico® CSP Enfermagem;</p> <p>h) Ação de Formação aos sobre Focos e Status “Compromisso” em TB junto dos conselhos</p>

		<p>Técnicos das Unidades de Saúde do ACeS;</p> <p>i) Reunião do Projeto MAIEC, na UCP, com Enfermeiros Líderes dos ACeS do Norte do País</p> <p>J) Reunião com o GRECSF para planejar futuras ações de formação aos Enfermeiros de todo o ACeS em TB</p>
--	--	--

2.6 EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

Cumprir referir que, devido aos constrangimentos já mencionados, provocados pelo Covid-19, as metas foram determinadas até ao mês de janeiro de 2022, porém, elas serão avaliadas em data posterior, no sentido de se conseguir aplicar todas as estratégias planeadas e perceber se a intervenção teve impacto. É importante referir que, isto se prendeu com o facto de durante o período de estágio, não ter sido possível, mobilizar todas as unidades funcionais do ACeS, incluindo a direção de enfermagem, pois estavam todas focadas na resposta ao Covid-19.

Reforça-se que mesmo tendo sido difícil encontrar datas para agendar as sessões de intervenção, foi possível apresentar os dados à equipa do CDP e à USP, tendo-se alterado o padrão de documentação da consulta de enfermagem. pelo que proceder neste momento a uma nova aplicação de um questionário, ou extração de dados SClinico®|CSP em TB, poderia interferir de forma negativa com os resultados. Este será aplicado em maio, após nova reunião do ODE, no sentido de se implementar todas as estratégias planeadas e de forma a avaliar novamente a gestão comunitária no ACeS, o seu nível de empoderamento comunitário e o padrão de documentação da consulta de Enfermagem em TB.

Quadro 3: Avaliação dos Indicadores

Indicadores	Meta Atingida
IP1-Taxa de adesão às sessões	Resultados parciais (90%)
IP2- Taxa de efetivação das sessões	Avaliada posteriormente
IP3- Taxa de adesão à resposta ao questionário aplicado a peritos de enfermagem em TB	75%
IP4- Taxa de tarefas relacionadas com a VEDE e com o ODE	Avaliada posteriormente

IP5- Taxa de caracterização do ponto de vista epidemiológico da população com TB no concelho (considerando os dados dos formulários 1 e 2 do PNLCT) e a documentação de Enfermagem no SClínico® CSP, no período [2016-2021]	100%
IR1- Taxa de perceção da necessidade em obter conhecimento sobre o tema VEDE em TB, nos membros de enfermagem da comunidade ACeS.	Avaliada posteriormente
IR2- Taxa de documentação no foco CA e Grupo de status "Compromisso" nos utentes com PNLCTADT ativo	Avaliada posteriormente
IR3- Taxa de documentação no foco ACI e Grupo de status "Compromisso" nos utentes com PNLCTADT ativo	Avaliada posteriormente
IR4- Taxa de documentação no foco GRT e Grupo de status "Compromisso" nos utentes com PNLCTADT ativo	Avaliada posteriormente
IR5- Taxa de membros de enfermagem da comunidade ACeS, com conhecimento não percecionado sobre a existência de VEDE em TB.	Avaliada posteriormente
IR6- Taxa de membros de enfermagem da comunidade ACeS, que não demonstram percecionar existir discussão e análise das questões relacionadas com a documentação e VEDE em TB	Avaliada posteriormente
IRa = Criação do bilhete de identidade para a consulta de enfermagem de vigilância relacionada com TB	100% (Apêndice 14)

CAPÍTULO 3 – COMPETÊNCIAS O PERCURSO E O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Neste último capítulo, será apresentada uma análise crítico-reflexiva sobre as competências desenvolvidas ao longo deste percurso do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Esta reflexão tem a sua origem nas competências descritas no guia do Mestrado em Enfermagem e nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, do qual já é detentor.

Fundamenta-se e descreve-se no quadro seguinte, o percurso efetuado pelo discente aos níveis pessoal e profissional na aquisição e aprofundamento das competências de mestre, no contexto do estágio realizado.

Quadro 4: Competências, percurso e desenvolvimento das competências de mestre

Competência Académica/Profissional	Análise Crítica-Reflexiva
Competências académicas do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária	
a) Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;	► O discente otimizou as competências prévias que já era detentor no contexto do exercício na USP e privilegiou a metodologia de planeamento em saúde, de forma a convergir para possíveis ganhos em saúde na comunidade.
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;	► Realizou reuniões multidisciplinares e apresentações ao longo do projeto, com o ODE, com a USP, Conselho Clínico, com o CDP, com o perito dos SPMS e ACSS. Foi possível, dominar os dados gerados pelo projeto e difundir a informação relevante entre os intervenientes; ► O discente assegurou a segurança requerida para a proteção dos dados, e confidencialidade dos mesmos, dando cumprimento à regulamentação europeia relativa ao Regulamento Geral de Proteção de Dados.
c) Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;	► Mesmo em período pandémico, foi possível promover a discussão interdisciplinar sobre os dados identificados, em TB ou sobre a VEDE na comunidade onde decorreu o estágio.

	<ul style="list-style-type: none"> ▶O discente planeou a realização de sessões de intervenção e esclarecimento com as várias unidades funcionais e profissionais do ACeS.
<p>d)Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶A integração numa equipa interdisciplinar/multidisciplinar e em reuniões em modo virtual, provou-se exigente e um desafio, no entanto permitiu aprofundar competências de trabalho em equipa e comunicação. ▶O discente, procedeu à avaliação das intervenções realizadas e planeadas e projetou as metodologias de avaliação de processo e de resultado que permitem a redefinição de estratégias e atingimento dos objetivos.
<p>e)Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da sua especialização;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶O discente, realizou vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem, na população do ACeS e correlacionou-o com os indicadores locais e nacionais existentes. ▶O discente incorporou na sua prática a conduta baseada na fundamentação das decisões na melhor evidência atual.
<p>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;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶Tomou decisões clínicas tendo como referencial o MAIEC e a promoção da promoção da Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem.
<p>g) Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶Todo o seu estágio, planeamento e vivência exigiram da parte do discente uma adaptação contínua, de modo a utilizar o processo dinâmico de planeamento em saúde. ▶Este estágio permitiu ao discente, através do reconhecimento das limitações impostas por um período pandémico. ▶Pretendeu agir de forma mais adequada, gerindo as situações imprevisíveis, geradoras de tensão e potenciou a aquisição de competências emocionais sobretudo na gestão de sentimentos/emoções.
<p>h)Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶Ao colaborar e integrar o estudo de investigação que desenvolve a prática clínica especializada (projeto “MAIEC”, integrado na Nursing Research Platform, do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, da Universidade Católica Portuguesa) foi possível ao discente aprofundar conhecimentos de Enfermagem avançada e integra-lo de forma holística com outras disciplinas. ▶Contribuiu para a construção de novos conhecimentos, através da produção de evidências
<p>i)Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;</p>	
<p>j) Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;</p>	

	e publicação de resultados e artigos e eventos científicos;
k) Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização;	►Consultou e preparou a produção de artigos científicos ao longo do processo;
l) Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com comunidades e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;	►Produção de estratégias de comunicação e marketing relacionados com o projeto, utilizando o Office 365;
m) Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;	►Desenvolveu e aplicou os estilos de liderança necessários, relacionados com o projeto;
n) Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização;	►Promoveu a motivação e o incentivo dos profissionais, relacionados com o projeto;
o) Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;	►Formou e acompanhou profissionais de saúde do ACeS em processos de consultadoria e formação;
p) Identificar as necessidades formativas na sua área de especialidade;	►Sessões formativas ao longo do estágio;
q) Promover formação em serviço na área da especialização;	►Elaborou propostas de normas de registo clínicas relacionadas com a VEDE e em consonância com o grupo Refletir;
r) Colaborar no processo de integração de novos profissionais;	
s) Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;	►Utilizou o Processo de Enfermagem na resolução dos problemas identificados;
t) Gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização;	►Identificou novas áreas de intervenção e integrou atividades que se desenrolaram no contexto da problemática em estudo. ►Demonstrou uma prática assente no Código Deontológico profissional e nos referenciais legais;
u) Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;	►Desenvolveu as competências pessoais e profissionais ao longo do processo de acompanhamento da prática clínica, no contexto da especialização;
v) Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização;	
w) Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização;	►Adequou as decisões aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados;
Competências do Especialista em Enfermagem Comunitária	
-Estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;	►Implementou as competências reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros, cumprindo o enquadramento legal ético, normativo e científico,

<p>-Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;</p>	<p>a que se encontra sujeito por já deter a especialidade em Enfermagem Comunitária;</p>
<p>-Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;</p>	<p>►Articulou com a equipa multiprofissional, escolheu os processos de liderança e geriu os recursos adequados às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</p>
<p>-Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico;</p>	<p>►De acordo com a disposição contida na Base 37 da Lei de Bases da Saúde, os programas, planos, ou projetos, públicos ou privados, que possam afetar a saúde pública, devem estar sujeitos a avaliação de impacte na saúde, tendo o discente promovido o seu cumprimento.</p>

CONCLUSÃO

O relatório produzido permitiu explicar as etapas do planeamento em saúde, produzidas no estágio do Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, integrado na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, ocorrido numa USP no Norte do País. O percurso profissional do discente, acresceu-lhe maturidade inerente aos anos de carreira iniciada em 2000, enriquecida com o término da pós-licenciatura em enfermagem de saúde comunitária em 2007 e com a integração em vários grupos de trabalho nacionais, regionais e locais, que lhe promoveram e favoreceram a aquisição de novas competências, aos quais pretende adicionar as de Mestre.

Reforça-se que o contexto epidemiológico da pandemia pelo SARS-CoV-2 (COVID-19) condicionou, muito naturalmente o estágio, bem como dificultou a implementação das estratégias planeadas. Tendo em conta que a Saúde Pública tem a missão da vigilância epidemiológica, de desenvolver programas, ações de promoção da saúde e de prevenção da doença, e de organizar serviços orientados para estas tarefas, constatou-se indissociável a necessidade de desenvolver o Observatório de Saúde Pública, de modo a incluir dados de outros profissionais, nomeadamente de enfermagem, de forma a garantir de êxito da referida missão.

Se um problema de saúde pública é uma qualquer situação que afeta a saúde da população e que ocasiona uma perda da qualidade de vida, então o objetivo da Saúde Pública será definir a solução desse problema para o minimizar e controlar ou conseguir que a população não seja afetada. Neste sentido, o discente, destaca como principais conclusões, a não existência, em Portugal, de um Sistema de Informação de Saúde único, de base populacional, orientado para os resultados em saúde (em termos de outcomes e impacte), que dê resposta, de uma forma integrada, às diferentes necessidades de informação do Sistema de Saúde, como no caso da Tuberculose. Existem vários sistemas, microssistemas e subsistemas de informação de saúde, na sua maioria não integrados e não desenhados para os registos dos vários profissionais de saúde, com perdas claras de eficiência e de efetividade. Por outro a ausência de indicadores nacional, muitos deles centrados na contratualização das USF e UCC excluindo outras unidades, como USP e CDP, reforçam a necessidade da criação de novos indicadores, mas associados aos Programas Prioritários e não às unidades funcionais.

Salienta-se a necessidade de promover a VEDE, na comunidade ACeS, de modo a empoderar os Enfermeiros e para monitorizar o padrão de documentação, nos sistemas de informação em uso, otimizando a perspetiva de melhor informação, melhor saúde.

Os resultados obtidos, pelo discente, tornam emergente a necessidade de estabelecer redes de trabalho, no ACeS e posteriormente com a ACSS e SPMS de modo a caracterizar do ponto de vista epidemiológico a população, sendo o exemplo a TB, através dos registos efetuados no SClínico®|CSP, uma vez que se comprovou, com este projeto, que a obtenção de dados necessários para o PNLCT (formulário 1 e 2) foi possível e aconselhado. É importante ainda referir como conclusão, que do diagnóstico realizado, emerge a necessidade em formar os profissionais de saúde, sobre documentação no SClínico®|CSP. Considera-se que se houvesse nos sistemas de informação, uma evolução de forma, a concatenar informaticamente, os registos médicos em TB (A70), com os de enfermagem, a ativação do PNLCTADT, diagnósticos e a TOD, isso iria melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde, diminuir custos diretos e indiretos, permitir uma intervenção conjunta planeada mais rápida, e uma melhor leitura dos indicadores de resultados, que resultam do trabalho de equipas.

O discente, espera ter contribuído para a melhoria do conhecimento em TB e na VEDE, com este projeto, uma vez que o mesmo reforça a necessidade de utilizar a documentação de enfermagem na avaliação do PNLCT. Contudo, aponta-se para a limitação da não existência de uma norma clínica nacional ou regional, que defina um padrão de documentação mínimo, nos sistemas de informação da consulta em TB (médica e enfermagem), que poderá ser solucionada pela coordenação do PNLCT, em rede com as Ordens profissionais e DGS, de forma a produzirem as normas orientadoras em falta. Reforça-se que só existindo um resumo mínimo de dados documentados pelos profissionais (médicos e enfermeiros), no SClínico®|CSP, é que será possível gerar sínteses informativas úteis à escala da governação dos serviços.

Cumprir reforçar como mensagem fundamental a importância dos projetos de investigação baseados em centros de investigação académicos, neste caso em concreto, o projeto MAIEC, com a implementação dos observatórios dos diagnósticos de enfermagem, que tornam mais claro da necessidade em se investir na VEDE e nos processos de documentação e codificação. Considera o discente que, através da operacionalização e implementação de uma epidemiologia centrada nas pessoas, e com a criação de ODE em todo o País, será possível enriquecer os diagnósticos e planos de saúde em Portugal, com dados de enfermagem.

Salienta-se que este projeto deve ter continuidade, uma vez que no final do relatório emerge uma questão ao discente, que tipo de dados epidemiológicos são produzidos pelos

enfermeiros em TB, sugerindo-se futuramente, investigar a evolução dos diagnósticos de enfermagem e os seus processos de transição.

O contexto que vivemos e as respostas inadiáveis exigidas aos serviços de saúde pública em todos os seus níveis de atuação, impõem o reforço da intersectorialidade e complementaridade, das equipas multidisciplinares e multiprofissionais, das práticas baseadas na evidência científica tanto aos indivíduos como às comunidades enquanto unidades de cuidados. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública deve contribuir para o planeamento das ações e atividades necessárias para a obtenção de ganhos em saúde, incluindo a avaliação de impactes na saúde decorrentes de políticas, onde a VEDE permite obter os melhores resultados em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel Paiva e Silva; Cardoso, A; Sequeira, C; Ernesto Jorge Morais; Bastos, Fernanda; Filipe Pereira; Padilha, JM; et al (2014). Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE®. Porto, Portugal: ESEP. 2014
- ACSS,(2017) Bilhete de identidade dos indicadores dos cuidados de saúde primários para o ano de 2017
- ACSS (2017) Ata da Comissão Técnica Nacional, Disponível em : https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf
- Adler JJ, Rose DN (1996) Transmission and pathogenesis of tuberculosis. In: Rom WN, Garay SM, editors. Tuberculosis. Boston: Little, Brown and Co, 1996, pp 129–140
- Alland D, Whittam TS, Murray MB et al.(2003) Modeling bacterial evolution with comparative-genome-based marker systems: application to Mycobacterium tuberculosis evolution and pathogenesis. J Bacteriol.
- Alland GE, Kalbut GE, Moss AR et al.(1994) Transmission of tuberculosis in New York City. An analysis by DNA fingerprinting and conventional epidemiological methods. N. Engl. J. Med..
- Allix C, Supply P and Fauville-Dufaux M. (2004)Utility of fast mycobacterial interspersed repetitive unitvariable number tandem repeat genotyping in clinical mycobacteriology analysis. Clinical Infectious Diseases.
- Almeida AR.(1994) A TB: Doença do Passado, do Presente, e do Futuro. Monografia. Ed. Laboratórios Bial.
- Almeida, A. (2003) História Sumária da TB. In M. Gomes, & R. Sotto Mayor, Tratado de Pneumologia - Secção G (1ª ed.). Sociedade Portuguesa de Pneumologia.
- Araújo, Maria de Fátima; Bastos, Fernanda; Lourenço, Marisa ; Vilela, AC; Fernandes, Carla Sílvia Neves da Nova; Maria Alice Correia de Brito; Campos, Maria Joana. "O papel dos cuidados continuados na reconstrução da autonomia". In Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem, edited by Escola Superior de Enfermagem do Porto, 71-84. Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2021.
- Bárbara S, Duarte R.(2021) Tuberculosis national registries and data on diagnosis delay – Is there room for improvement?.
- Barnes PF and Cave MD.(2003) Molecular epidemiology of tuberculosis. The New Engl J Med.
- Bastos, Fernanda. "Gestão do Regime Terapêutico". In O Cuidado Centrado no Cliente. Da Apreciação à Intervenção da Enfermagem, edited by SABOOKS Editora, 257-276. Sintra: Sabooks Editora, 2021.
- Bastos, Fernanda; Mendes, Anabela. "Quadro de Referência para os Cuidados de Enfermagem". In O Cuidado Centrado no Cliente. Da Apreciação à Intervenção da Enfermagem, edited by SABOOKS Editora, 1-20. Lisboa, Portugal, 2021

- Bastos, Fernanda. (2004). Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2 : Participação das esposas no plano educacional. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9654>.
- Bastos, J. (2018)“Vigilância epidemiológica dos fenómenos de Enfermagem - projeto de empoderamento comunitário num ACeS.” Relatório de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária. Porto: Universidade Católica Portuguesa. Julho.
- Bates JH, Stead (1993) The History of Tuberculosis as a global Epidemic. Med Clin North Am.
- Beardon P, McGilchrist M, McDevitt D, MacDonald T, Mckendrick (1993)A. Primary non-compliance with prescribed medication in primary care. BMJ.
- Beddall AC, Hill FGH, George RH et al.(1985) Unusually high incidence of tuberculosis among boys with haemophilia during an outbreak of the disease in hospital. J Clin Pathol.
- Behr MA, Warren SA, Salamon H et al. Transmission of Mycobacterium tuberculosis from patients smear-negative for acid-fast bacilli. Lancet 1999;pp 353:444-449.
- Bifani P, PliKaytis BB, Kapur V et al. Origin and interstate spread of a New York City multidrug-resistant Mycobacterium tuberculosis clone family. JAMA 1996.
- Bifani PJ, Mathema B, Kurepina NE et al. Global dissemination of the Mycobacterium tuberculosis WBeijing family strains. Trends Microbiol 2002.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). Epidemiologia Básica (2ª Edição ed.). Santos Editora.
- Briz T. Controlo da TB. Apreciação crítica epidemiológica relativa a 2006/2007. Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 26 de setembro de 2008.
- Briz, Teodoro et al; Efectividade do Programa Nacional de Controle da Tuberculose; Evidência epidemiológica, sua qualidade e melhorias necessárias. OPSS, 2005.
- Bugalho, António; Carneiro, António Vaz (2004). Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência
- CDC. Nosocomial transmission of multidrug-resistant tuberculosis among HIV-infected persons: Florida and New York, 1986-1991. MMWR 1991;40:585-590.
- CDC. Prevention and control of tuberculosis among homeless persons: Recommendations of the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis. MMWR 1992;41(RR-5).
- CDC. Management of persons exposed to multidrug-resistant tuberculosis. MMWR 1992;41(RR-11):38- 44.
- CDC. Screening for tuberculosis and tuberculosis infection in high-risk populations: Recommendations of the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis. MMWR 1995;44(RR-11):18-34.
- CDC. Recommendation for prevention and control of tuberculosis among foreign-born persons: Report of the Working Group on Tuberculosis among Foreign-born Persons. MMWR 1998;47(RR-16).
- Centers of Disease Control. MMWR 2001; 50(RR13).

- CDC. Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings, 2005. MMWR 2005;54(RR-17):1-145.
- CDC. Tuberculosis transmission in a homeless shelter population – New York, 2000-2005. MMWR 2005;54(06):149-152.
- CDC. Emergence of Mycobacterium tuberculosis with extensive resistance to second-line drugs-worldwide, 2000-2004. MMWR 2006;55(11):301-305.
- CDC. Investigation of Genotype Cluster of Tuberculosis Cases – Detroit, Michigan, 2004-2007. MMWR 2009;58(09):226-229. Colditz GA, Brewer TF, Berkey CS et al. Efficacy of BCG vaccine in the prevention of tuberculosis: meta-analysis of the published literature. JAMA 1994.
- Comité de Classificações da Organização Mundial de Ordens Nacionais, Academias e Associações Académicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família (WONCA) (2011). Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários. 2ª ed. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2003) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão Beta 2. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2003) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem– Versão Beta 2. Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2010) – Servir a comunidade para garantir a qualidade – os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica – Ordem dos Enfermeiros. [Consult. 28 Novembro 2021]. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2009.pdf
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®/ICNP): versão 2.0. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2017). CIPE® Versão 2017: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Deem, S. L., Lane-deGraaf, K. E., & Rayhel, E. A. (2019). Introduction to One Health: An Interdisciplinary Approach to Planetary Health. Wiley-Blackwell.
- DGS: Circular Normativa nº 19/DSCS/PNT de 17/10/2007; Rastreio de infeção VIH nos doentes com TB. Direcção Geral de Saúde, 2007
- DGS: Circular Informativa nº 14/DT de 05/06/2007; Centro de Referência Para a TB Multirresistente. Direcção Geral de Saúde, 2007
- DGS. Direcção de Serviços de Informação e Análise Portugal – Infeção VIH, SIDA e TB em números – 2015. Lisboa: DGS. 2015. ISSN: 2183-0754
- DGS: TB XDR-TB os factos. Direcção Geral de Saúde, 2008

- DGS: TB: Ponto da Situação em Portugal em 2006, dados preliminares em Março de 2007. Direcção Geral de Saúde, 2007
- DGS: Tratamento da TB – Linhas Orientadoras para Programas Nacionais. Terceira Edição. Direcção Geral de Saúde, 2006
- DGS: Sistema de Vigilância da Tuberculose (SVIG-TUBERCULOSE). Substituição da Aplicação Informática e Suporte do Registo Clínico dos casos; Circular Normativa N°6 DT. Direcção Geral de Saúde, 2001
- DGS: Relatório de Vigilância e Monitorização da tuberculose em Portugal Dados definitivos 2018/19 ,2020
- DGS: Tuberculose em Portugal 2018 (dados provisórios) ,2018.
- DGS: Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose 2018.
- DGS(2016) Manual de Enfermagem Toma de Observação Direta em Doentes com Tuberculose, 2016 Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/tb-manual-tod-pdf.aspx>
- DGS(2013) Manual de Boas Práticas de Enfermagem em Tuberculose, 2013 Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/tb-manual-boas-praticas-enfermagem-pdf.aspx>
- DGS(2020) Manual de Tuberculose e Micobactérias não Tuberculosas, 2020 Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-tuberculose-e-micobacterias-nao-tuberculosas-recomendacoes-pdf.aspx>
- DGS(2013) Planeamento do Rastreio de Contactos de Doentes com Tuberculose, 2013 Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/tb-planeamento-rastreio-pdf.aspx>
- DGS(2013) Metodologia de rastreio de tuberculose em doente com infeção pelo VIH, 2013 Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/tb-metodologia-de-rastreio-de-tuberculose-em-doente-com-infecao-pelo-vih-pdf.aspx>
- DGS(2016) Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG, Norma n° 06/2016, de todas as crianças com idade <6 anos de idade 2016 Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0062016-de-29062016-pdf.aspx>
- DGS(2018) Identificação de crianças de risco para vacinação com a vacina BCG , norma n° 010/2018 de 17/04/2018 Disponível em <https://www.sip-spp.pt/media/u5ji0kao/bcg-identificacao-o-de-criancas-de-risco-2018-dgs.pdf>
- DGS(2013) Consenso sobre a Abordagem da Criança Exposta a Doente com Tuberculose, 2013 Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/tb-consenso-pediatria-pdf.aspx>
- DIAS, António [et al.] – Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. Revista do Instituto Politécnico de Viseu [Em linha]. 40 (2011), 201-219.[Consult. 02 jan. 2022]. Disponível em <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1211> .
- Donabedian, A. (2003). Uma Introdução à garantia de qualidade nos cuidados de saúde, 1ª ed. New York: Oxford University Press.
- Duarte R, Amado J, Lucas H et al. Tratamento da tuberculose latente: Revisão das normas, 2006. Rev Port Pneumol 2007;XIII(3):397-418.

- Fernandes, C. (2019) “Enfermagem comunitária e MAIEC: um projeto de empoderamento para a vigilância epidemiológica.” Relatório de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária. Porto: Universidade Católica Portuguesa. Julho, 2019.
- Ferreira, L. (2019) “A vigilância epidemiológica em Enfermagem e o empoderamento comunitário”. Relatório de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária. Porto: Universidade Católica Portuguesa. Julho, 2019.
- Filipe Santos; Pedro Pinto; António Amaral. "A influência dos ambientes de prática na individualização dos cuidados e nos cuidados omissos". Paper presented in V Congresso dos Enfermeiros, Lisboa, 2018.
- Figueiredo, M. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma ação transformativa em Cuidados de Saúde Primários. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.26/31852>
- Henriques, Maria Adriana Pereira (2006). Adesão ao Regime Terapêutico em Idosos. Tese de Doutoramento. Lisboa: Universidade de Lisboa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- ICN. (2015). TB guidelines - for Nurses in the Care and Control of Tuberculosis and Multidrug-Resistant. Geneva (Switzerland): 3rd Edition.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1986). Metodologia do planeamento da saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (2ª ed.). Algueirão: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª ed. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública.
- Imperatori, & Giraldes. (1982). Health Strategies in Europe. Methods for priority setting. Lisboa, Portugal .
- Imperatori, & M.Giraldes. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3ª ed. Lisboa. . Lisboa: Escola Nacional de Saúde 3ª ed. .
- International Standards for Tuberculosis (2006) Care:diagnosis, treatment, public health. TuberculosisCoalition for Technical Assistance, 2006.
- International Council of Nurses (1996). The International Classification for Nursing Practice A Unifying Framework The Alpha Version. Geneva Switzerland: International Council of Nurses.
- International Council of Nurses (2001). ICNP® International Classification for Nursing Practice Beta 2.Geneva Switzerland: International Council of Nurses.
- International Council of Nurses (2005). International Classification for Nursing Practice Version 1.0.Geneva Switzerland: International Council of Nurses.
- International Council of Nurses (2008). Guidelines for ICNP® Catalogue Development. Geneva Switzerland: International Council of Nurses.
- International Council of Nurses (2008). Partnering with Patients and Families to Promote Adherence to Treatment. Geneva Switzerland: International Council of Nurses.

- International Council of Nurses (2008). Guidelines for ICNP® Translation. Geneva Switzerland: International Council of Nurses.
- International Council of Nurses (2009). ICNP® Catalogue: Palliative Care for Dignified Dying. Geneva Switzerland: International Council of Nurses.
- International Council of Nurses (2021). Respirators and mobile app made available to improve care and treatment of people with tuberculosis, disponível em https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PR_10_World%20TB%20Day%202021_final_FINAL.pdf
- International Council of Nurses (2008). Linhas de orientação para enfermeiros no cuidado e controlo da tuberculose e da tuberculose multirresistente, disponível em : <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/3.%20Linhas%20de%20Orienta%C3%A7%C3%A3o%20da%20tuberculose.pdf>
- International Organization for Standardization (2002). Health Informatics – Controlled health terminology – Structure and high-level indicators (ISO/TS 17117). Geneva Switzerland: International Organization for Standardization.
- International Organization for Standardization (2003). Health Informatics – Integration of a reference terminology model for nursing (ISO 18104:2003). Geneva Switzerland: International Organization for Standardization.
- Laverak, G. (2008). Promoção da Saúde, Poder e Empoderamento. Loures: Lusodidacta.
- Leite.S.N.; Vasconcellos,M.P.C.(2003) - Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adoptados na literatura. Ciências & Saúde Colectiva.2003;8(3):775-82
- Leventhal, H.; Cameron, L. – Behavioral theories and the problem of compliance.Patient Education and Counseling [Em linha]. 1:10 (1987) 117-138. [Consult. 1 janeiro 2022]. Disponível em: https://www.academia.edu/259450/Behavioral_Theories_and_the_Problem_of_Compliance_1.
- Machado, Maria Manuela – Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. Braga: [s.n.], 2009. Tese de Mestrado [Em linha]. [Consult. 31 Dez, 2021]. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/9372> .
- MacNeela P, Scott PA, Treacy MP & Hyde A (2006). Nursing minimum data sets: A conceptual analysis and review. Nursing Inquiry 13(1), 44-51.
- McEwen M, Wills EM (2016). Bases Teóricas de Enfermagem. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed.
- Meleis, A. I. (2005) – Theoretical Nursing: Development and Progress. Philadelphia: 3ª Ed., Lippincott Williams & Wilkins
- Meleis, A.I. (Ed.). (2010) – Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. Nova Iorque: Springer Pub. Co. ISBN 978-0-8261-0534-9.
- Melo, P ; Enfermagem Comunitária Avançada: Um Modelo de Empoderamento Comunitário. s.l. : Tese de Doutoramento em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde: Universidade Católica Portuguesa, 2016.

- Melo, P.; Sousa, M.I.; Dimande, M.M.; Taboada, S.; Nogueira, A.; Pinto, C.; Figueiredo, M.H.; Nguyen, T.; Martínéz-Riéra, J. (2020) Children's Nutritional Status and Community Management in a School Community in Africa. Preprints, 2020070600.
- Melo, P.; Neves-Amado, J.; Pereira, A.; Maciel, C.; Vieira Pinto, T.; Cardoso, T (2020) Assessing Community Empowerment for an Innovative Epidemiologic Approach. *Healthcare* 2020a, 8, 173.
- Melo, P.; Teixeira, A.; Fernandes, C.; Ferreira, L.V.; Santos, S.; Sousa, I.; Pereira, A.; Ferreira, A.; Maciel, C.; Pinto, D. (2020). Translation to Portuguese and cultural validation of the Empowerment Assessment Rating Scale. *Suplemento digital. Rev. ROL Enferm*, 43, 441.
- Melo, P.; Alves, O. Community Empowerment and Community Partnerships in Nursing Decision-Making. *Healthcare* 2019,7, 76.
- Melo, P., Bastos, J., Rodrigues, J., Maciel, C., Pinto, D., Figueiredo, M.H., Pinto, C., Telles de Freitas, C. (2019) “Avaliação do nível de empoderamento comunitário de um ACeS para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem”. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*; 42(11-12).
- Melo, P.; Silva, R.; Figueiredo, M.H. Attention foci in community health nursing and community empowerment: A qualitative study. *Rev. Enferm. Ref.* 2018, 19, 81–90.
- Melo, P., Freitas, C.T., Costa, J., Moreira, P., Pinto, C., Moura, S., Neves-Amado, J. (2017). Community Empowerment Assessment in a School of the North of Portugal - a qualitative study. In *European Forum for Primary Care, In The citizen voice in Primary Care - A social comitment for health for all*, Porto.
- Melo, P. ; Figueiredo, MH. “As intervenções de Enfermagem e o empoderamento comunitário-um estudo com Focus Group”. *Atas do 10th International Seminar on Nursing Research*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto, 2016.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Em P. Melo, *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública* (pp. 49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60). Lisboa , Portugal: Lidel.
- Melo, P., Joana, B., Figueiredo, Maria, Rodrigues, J., & Pinto, D. (2018). . “Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem na Família: Um estudo num ACeS do grande Porto”. *Livro de Atas do I Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar*. Arcos de Val.
- Melo, P., Miranda, D., Santos, S., Sousa, S., Cardoso, T., & Pereira, A. (2021). Nursing Epidemiological Approach of Hypertension Management in a Public Health Service from the Northern Region of Portugal. *Healthcare*. Obtido de <https://doi.org/10.3390/healthcare9>
- Melo, P., Neves-Amado, J., Pereira, A., Maciel, C., Vieira Pinto, T., & Cardoso, T. (8 de 2020). Assessing Community Empowerment for an Innovative Epidemiologic Approach. *Healthcare* . Obtido de <https://doi.org/10.3390/healthcare8020173>
- Melo, P; Bastos, J; Figueiredo, MH; Rodrigues, J; Pinto, D. “Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem na Família: Um estudo num ACeS do grande Porto”. *Livro de Atas do I Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar*. Arcos de Valdevez: SPESF. 2018.

- Meslin, E. M., Garba, I., Barrett, D. H., Ortmann, L. W., Dawson, A., Saenz, C., Bolan, G. (2016). Public Health Ethics: Cases Spanning the Globe . Obtido de Springer, Cham: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-23847-0_8#citeas
- Microsoft Corporation. (2020). Microsoft Excel. Obtido de <https://office.microsoft.com/excel>
- Miranda, D. M. (2020). Epidemiologia centrada nas pessoas : um processo de especialização, relatório de mestrado Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Nakajima H. Tuberculosis: a global emergency. World Health 1993; 46:3).
- Nerlich, Haas, Zink, Szeimies e Hagedorn, (1997): Molecular evidence for tuberculosis in an ancient Egyptian mummy, Lancet Disponível em : <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2805%2965185-9>
- OMS. (1978). “Declaration of Alma-Ata, 1978,” Int. Conf. Prim. Heal. Care, no. September.
- OMS. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for action [Em linha]. Geneva: [s.n.], 2003. 110 p. [Consult. 01 Jan. 2022]. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2005)- Sistema de Informação e Documentação de Enfermagem. Revista da Ordem dos Enfermeiros. Nº17.Julho de 2005. Lisboa. ISSN 1646-2629.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática para a Tuberculose. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Disponível em : https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBPTuberculose_VFinal_proteg.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013). STOP TB - Os enfermeiros na linha da frente - Dia Mundial de Luta Contra a Tuberculose. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/stop-tb-os-enfermeiros-na-linha-da-frente-dia-mundial-de-luta-contr-a-tuberculose/>
- Ordem dos Enfermeiros (2016). PARECER Nº 04/ 2016 - Administração da prova de tuberculina e da vacina da bcg por enfermeiros especialistas. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer04_2016_AdministracaoVacinaBCGProvaTuberculinaEEC.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Nova Ontologia de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-dos-enfermeiros-lan%C3%A7a-browser-ontologia-de-enfermagem/>
- Organização Mundial de Saúde (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá, 17-21 novembro.
- Osterberg L, Blaschke T.(2005) Adherence to medication. N Engl J Med. 2005;353:487–97.
- Paiva, Abel - Sistemas De Informação Em Enfermagem – uma teoria explicativa da mudança. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. 2001. Tese de Doutoramento.
- Paiva, Abel et al. Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem,- SAPE®,Relatório em 7 volumes, 2014.

- Pereira, Filipe. Informação e Qualidade. Do exercício Profissional dos enfermeiros. Coimbra : Formasau, 2009. ISBN: 978-989-8269-06-5
- Pereira, Filipe – Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Estudo empírico sobre Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. Tese de Doutoramento. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. 2007.
- Pina J. A Tuberculose através dos seus Marcos Históricos. In A Tuberculose na Viragem do Milénio. Ed. Lidel, 2000, Lisboa.
- Pineault, R e Daveluy, C. 1987. La planification Sanitária: Concepts, Méthodos, Estrategias. 1ªed, Barcelona.
- Portugal (2019) Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS, Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anual_Acesso_2019.pdf
- Queirós, Carmen; Paiva e Silva, Maria Antónia; Gomes, João; Cruz, Inês; Machado, Natália; Sousa, Paula; Campos, Joana; Bastos, Fernanda. "Representação do conhecimento de enfermagem sobre o erguer-se, transferir-se e posicionar-se: resultados preliminares de uma scoping review". Coimbra, 2021.
- Quivy, C. R. (2005). Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: 4ª Ed Gradiva.
- Regional Committee for Europe. (2012). EUR/RC62/R4: Resolution: Health 2020 - The European policy framework for health and well-being,” Eur/Rc62/R4.
- República Portuguesa (2019) “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140. Diário da República, 2.ª série – N.º26 – 6 de fevereiro.
- República Portuguesa (2018) “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Regulamento n.º 428. Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho.
- República Portuguesa (2019) “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista”. Regulamento n.º 140. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro.
- Russel, S. (2003). Nurses and "difficult" patients: negotiating non-compliance. Journal of Advanced Nursing, Vol.43,(3), 281-287
- Santos. S. (2019) “O empoderamento comunitário para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem”. Relatório de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária. Porto: Universidade Católica Portuguesa. Julho.
- Shaw V (2005). Health information system reform in South Africa: Developing an essential data set. Bulletin of the World Health Organization 83(8), 632-636.
- Silva Santos, M., Santos, L., Mesquita, D., Andrade., J., Lemos, L. M. D., & Pinto Silva, F. J. (2021). Diagnósticos de enfermagem para pacientes com TB. Revista Enfermagem Atual In Derme, 95(35), e-021098. <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.35-art.1111>
- Silva, Abel et al. Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – SAPE. 2014 ISBN: 978-989-98443-5-3

- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55.
- Simões, Marisol. (2012) O diabético tipo 2 e a adesão ao regime terapêutico. Relatório de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária. Coimbra:Escola Superior de Enfermagem de Coimbra,
- Sousa, Paulino Artur Ferreira de; Marisa Bailas. "Impact of computerized information system in the global nursing workload: nurses' perception". Trabalho apresentado em ACENDIO/AENTDE Conference 2017 - eHealth and Standardized Nursing Languages: supporting practice, advancing Science, Valencia - SPAIN, 2017
- Spreitzer, G.M. (1995). An Empirical Test of a Comprehensive Model of Intrapersonal Empowerment In The Workplace: *American Journal of Community Psychology*, 23:601 - 629.
- Stuart M. Garay. Tuberculosis. Nova Iorque: Little Brown and Company, 1996.
- Tavares, António. 1992. Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa, Ministério da Saúde -Departamentos dos Recursos Humanos – Centro de Formação e perfeição Profissional. Lisboa.
- Teixeira, A. (2019) “Vigilância epidemiológica de diagnósticos de Enfermagem”. Relatório de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária. Porto: Universidade Católica Portuguesa. Julho.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência.
- ULS. (2017). Contrato-Programa da ULS Matosinhos 2017-2019 . Contrato-Programa, Unidade Local de Saúde de Matosinhos.
- UN General Assembly. (2015). “Transforming Our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development United Nations United Nations.
- Universidade Católica Portuguesa (2021). Guia do Curso de Mestrado em Enfermagem, Porto: Instituto de Ciências da Saúde/Escola de Enfermagem.
- Van Sooling D, Kremer K, Vynnycky E. New perspectives in the epidemiology of tuberculosis, p. 17-45. In S.H.E. Kaufmann and H. Hahn (ed.) 2003, Mycobacteria and TB. Karger, Basel, Switzerland.
- WHO Tuberculosis Coalition for Technical Assistance(2006).International Standards for Tuberculosis Care.Disponível em: https://www.who.int/tb/publications/2006/istc_report.pdf
- WHO (2013). Social determinants of health: report by the Secretariat. World Health Organization. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78626>
- WHO (2013). The Helsinki Statement on Health in All Policies, The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland.
- WHO (1999). Guidelines for the prevention of TB in health care facilities in resource limited settings. Genève: WHO.
- WHO (2007). Report of the meeting of the WHO Global Task Force on Xdr-TB. Genève: WHO.

- WHO (2009). Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing. WHO report. Genève: WHO.
- WHO (2010). Global tuberculosis control WHO report 2010. Genève: WHO
- WHO Europe. (2012). European action plan for strengthening public health capacities and services. Copenhagen: Regional Committee for Europe.
- WHO Europe. (2021). Global Tuberculosis Report, 2021 Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>
- WHO Europe. (2022). Planning and budgeting tool for TB and drug-resistant TB testing, 2022 Disponível em <https://www.who.int/news/item/20-01-2022-planning-and-budgeting-tool-for-tb-and-drug-resistant-tb-testing>
- WHO Europe. (2021). Global Meeting on strengthening public-private care provider engagement calls for greater accountability and innovation to end TB in the context of the COVID-19 pandemic , 2021 Disponível em <https://www.who.int/news/item/06-12-2021-global-meeting-on-strengthening-public-private-care-provider-engagement-calls-for-greater-accountability-and-innovation-to-end-tb-in-the-context-of-the-covid-19-pandemic>
- WHO Europe. (2021). Report of the 21st meeting: Strategic and Technical Advisory Group for Tuberculosis (STAG-TB) , 2021 Disponível em : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040250>
- World Health Organization. Tuberculosis Control in Prisons. A Manual for Programme Managers. WHO Report 2000. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2000. Document WHO/CDS/TB/2000.281



ANEXOS

ANEXO 1- CORRESPONDÊNCIA ENTRE PROGRAMAS DE SAÚDE (SCLÍNICO®|CSP PERFIL DE ENFERMAGEM) E CONSULTAS DE ENFERMAGEM DE VIGILÂNCIA

Quadro 5: Correspondência entre Programas de Saúde (SCLínico®|CSP Perfil de Enfermagem) e Consultas de Enfermagem de Vigilância

Código	Programa de Saúde (Sclínico - perfil enfermeiro)	Conceitos de Consulta de Enfermagem											
		C006.1	C006.2	C006.3	C006.4	C006.5	C006.6	C006.7	C006.8	C006.9	C006.10	C006.99	C022
		SIJ	SMAT	RP	PF	DM	HTA	TAB	ALC	OBS	RESP	OUTRAS	Comunitárias
1	P.N.S.R. Saúde Materna		S										
2	P.N.S.I.J. Saúde Infantil	S											
3	Saúde do Adulto											S	
4	Saúde da Família											S	
5	Saúde da Comunidade											S	S
6	P.N.D.C.C. Risco: Hipertensão						S						
7	P.N. Diabetes					S							
8	P.N.S.R. e Planeamento Familiar				S								
9	Tratamento Feridas / Úlceras											S	
10	Programas de Narcóticos de Substituição											S	
11	P.N.S.I.J. Saúde Juvenil	S											
12	P.N.S.R. Puerpério			S									
13	P.N. Saúde das Pessoas Idosas											S	
16	P.N.L.C.T. Acompanhamento de Doentes Com Tuberculose											S	
18	Ostomizados											S	
19	P.N.L.C.T. Acompanhamento de Conviventes de Doentes Com Tuberculose											S	
20	Hipocoagulados											S	
21	P.N.S.R. Preparação Psicoprofilática Para o Parto		S										S
28	P.N. Promoção da Saúde Oral											S	S
29	P.N.S.E.: Saúde Individual e Colectiva											S	S
30	P.N.S.E.: Inclusão Escolar											S	S
31	P.N.S.E.: Ambiente Escolar											S	S
32	P.N.S.E.: Estilos de Vida											S	S
40	P.N. Promoção da Alimentação Saudável											S	S
50	P.N.D.C.C. Risco - Cardiovascular						S					S	
60	Reabilitação											S	
62	P.N.S.I.J. Intervenção Precoce	S											
65	P.N. Doenças Respiratórias									S			
68	P.N. Prevenção e Controlo do Tabagismo							S					
70	P.N. Saúde Mental											S	S
71	P.N. Cuidados Paliativos											S	
73	Programa de Cuidados Continuados											S	

ANEXO 2- FORMULÁRIO 1- REGISTO DE UM CASO DE TB, CASO NOVO OU RETRATAMENTO

O Médico	1 U. de Saúde <input type="text"/> N° de Processo <input type="text"/> N° Cartão Utente <input type="text"/> Transferido, já registado, de outra U. Saúde <input type="checkbox"/>
Data <input type="text"/>	

Formulário 1 Registo de um caso de Tuberculose, caso novo ou retratamento

2 Identificação	Nome <input type="text"/> <input type="text"/> Sexo M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> Data Nasc. <input type="text"/> País Origem <input type="text"/> Desc <input type="radio"/> Cidadania <input type="text"/> Desc <input type="radio"/> Data Entrada em Portugal <input type="text"/> Cod Postal <input type="text"/> - <input type="text"/> Concelho <input type="text"/> Freguesia <input type="text"/>
------------------------	---

3 Profissão	Profissão/Ocupação <input type="text"/> Desc <input type="checkbox"/> Desempregado há mais de 24 meses <input type="checkbox"/> Área de Actividade Instituição de Saúde (SNS) <input type="radio"/> Estabelecimento Prisional <input type="radio"/> Outros Prestadores de Cuidados de saúde <input type="radio"/> Residência Comunitária <input type="radio"/> Outros <input type="radio"/> Especifique a instituição de Saúde em que o doente trabalha (se for profissional do SNS) <input type="text"/>
--------------------	---

4 Detecção	Meio de Detecção Rastreio Passivo (Sintomas) <input type="radio"/> Diagnóstico Pós-Mortem <input type="radio"/> Rastreio de Contactos <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> Rastreio de Outros Grupos <input type="radio"/> Desconhecido <input type="radio"/> Estado Vital à data do Registo Vivo <input type="radio"/> Falecido <input type="radio"/>	Critérios Clínico-Imagiológicos Tem <input type="radio"/> Não Tem <input type="radio"/> Desconhecido <input type="radio"/> Início dos Sintomas <input type="text"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> 1ª Consulta - qualquer serviço <input type="text"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Rastreio dos Contactos - Número de cohabitantes seleccionados <input type="text"/> Desconhecido <input type="checkbox"/>
-------------------	--	---

5 Patologias Antes da TB	Infecção por VIH <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Neoplasia do Pulmão <input type="checkbox"/> Neoplasia de Outros Órgãos <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal em Diálise <input type="checkbox"/> Doença Inflamatória Articular <input type="checkbox"/> Silicose <input type="checkbox"/> Sarcoidose <input type="checkbox"/> DPOC <input type="checkbox"/> Linfomas ou D. Mieloproliferativas <input type="checkbox"/> Outra Doença do Interstício <input type="checkbox"/> Doença Hepática <input type="checkbox"/> Desconhecida <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/>
---------------------------------	--

6 Grupos de Risco	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sim</th> <th>Não</th> <th>Desc</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dependência Alcoólica</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Dependência de Drogas IV</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Dependência de outras drogas</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Reclusão</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sem Abrigo</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Residência Comunitária</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Outro Factor de Risco Actual</td> <td colspan="3"><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sim	Não	Desc	Dependência Alcoólica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dependência de Drogas IV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dependência de outras drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Reclusão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sem Abrigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Residência Comunitária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Outro Factor de Risco Actual	<input type="text"/>		
	Sim	Não	Desc																														
Dependência Alcoólica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																														
Dependência de Drogas IV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																														
Dependência de outras drogas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																														
Reclusão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																														
Sem Abrigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																														
Residência Comunitária	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																														
Outro Factor de Risco Actual	<input type="text"/>																																

7 BCG	1ª Inoculação Tem <input type="radio"/> <input type="text"/> Não Tem <input type="radio"/> Desc <input type="radio"/> Última Revacinação Tem <input type="radio"/> <input type="text"/> Não Tem <input type="radio"/> Desc <input type="radio"/> Cicatriz Vacinal Tem <input type="radio"/> Não Tem <input type="radio"/> Desc <input type="radio"/>
--------------	--

8 Mantoux e IGRA Actuais	Mantoux Tem <input type="radio"/> Não Tem <input type="radio"/> Desconhecido <input type="radio"/> Resultado <input type="text"/> mm Teste IGRA Positivo <input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> Indeterminado <input type="radio"/> Não Tem <input type="radio"/>
---------------------------------	--

Formulário 1 Registo de um Caso de Tuberculose, caso novo ou retratamento.

Definição de Caso de Tuberculose (TB) – para efeitos de notificação no Sistema de Vigilância do Programa de Tuberculose (SVIG-TB) a definição e classificação de caso de TB rege-se pela *Decisão da Comissão Europeia de 28/04/2008 (2008/426/CE)*. A notificação de um caso não exige o conhecimento exaustivo da definição, uma vez que, introduzidos os dados disponíveis o SVIG-TB classificará o caso como: **possível, provável ou confirmado**.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO – A numeração das caixas está de acordo com a aplicação informática SVIG-TB 3.0

1. Unidade de Saúde – O código é de preenchimento obrigatório e refere-se à entidade que regista o caso. Corresponde ao serviço que assume o tratamento e/ou a produção de informação relativa ao caso. Preferencialmente deve ser usada a respectiva vinheta. O processo tem um número próprio para cada registo de TB em cada Unidade de Saúde. O mesmo indivíduo, se tiver registos sucessivos no mesmo serviço, terá um número de processo diferente em cada registo. O **Número do Cartão de Utente do SNS** é um código nacional imprescindível ao cruzamento deste com outros sistemas de vigilância. Assinale-se **já registado, transferido de outra U. de Saúde** sempre que o doente tenha transitado de outro serviço (CDP ou extensão) da mesma ou outra região de saúde, desde que tenha sido registado no sistema antes da transferência. Para o efeito deste registo não são considerados “transferidos de outra U. de Saúde” os doentes que iniciam o tratamento no hospital e passam a ser seguidos no CDP sem registo prévio.

2. Identificação – Os dados de identificação são de preenchimento obrigatório, assinalando-se “desconhecido” quando não houver informação fiável. No espaço: **País de origem**, pretende-se que se indique o país de nascimento, se o país de origem é diferente de Portugal, é mandatório o registo da **data de entrada em Portugal**. Se o país de origem ou a cidadania forem desconhecidos, assinala-se “Desc.”. O **código postal** da residência deverá ser preenchido, completo se possível, condição necessária para referenciação geográfica. O **Concelho** e a **Freguesia** de residência são de registo obrigatório. Os dados de residência devem referir-se ao local de permanência com maior significado epidemiológico.

3. Profissão – Se o doente estiver **desempregado há mais de 24 meses**, a informação resume-se a assinalar “Desempregado”. Caso contrário, é necessário optar por uma das **5 áreas de actividade**. Se a área de actividade for o **Serviço Nacional de Saúde (SNS)**, especifique qual a instituição de saúde em que o doente exerce. Qualquer que seja a área de actividade, especifique concretamente a profissão/ocupação, incluindo reformado, estudante ou sem profissão.

4. Detecção – O meio de detecção do caso terá sempre que ser referido entre as hipóteses apresentadas. O **estado vital**, à data do registo, é vivo se tiver iniciado tratamento com dois ou mais antibióticos. A existência de **critérios clínico-imagiológicos** serve para a definição de caso de TB, interessa apenas referir se a decisão de tratamento anti-TB se fundamenta em dados clínicos para além dos laboratoriais. A data da **1ª consulta** refere-se ao atendimento em qualquer serviço de saúde, público ou privado. O **rastreio** deve ser exaustivo nos contactos próximos (convívio acumulado, em espaço confinado por mais de 8 horas), mas, para efeitos de registo, consideram-se os **coabitantes**, i.e., os contactos próximos residentes na mesma habitação (familiar ou outra). Se houver informação fiável, assinala o número de pessoas coabitantes que foram seleccionadas para rastreio (não havendo informação, deduz-se que não houve inventário organizado, e portanto considera-se zero).

5. Patologias Antes da TB – A selecção das **Patologias anteriores à TB** pode ser por escolha múltipla e/ou especificada no espaço disponível. Refere-se apenas a doenças já existentes à data do diagnóstico, mesmo que diagnosticadas posteriormente.

6. Factores de risco – Todas das hipóteses de risco acrescido contempladas carecem de resposta: sim, não ou desconhecido. Outra situação de risco não prevista, deve ser descrita. A **dependência alcoólica**, é uma informação subjectiva, baseada no score de CAGE. Positivo se o doente tem necessidade de ingerir álcool logo pela manhã (“eye opener”), ou se preencher pelo menos 2 critérios entre 3 seguintes: sentir a necessidade de deixar o consumo de álcool; sentir-se irritado por receber críticas relativas ao álcool; sentir sentimento de culpa por beber. A **dependência de drogas**, endovenosas ou outras, exclui o consumo ocasional, subentendendo-se que haja fenómenos de tolerância e ou sintomas de privação.

7. BCG – A **1ª inoculação pelo BCG** só deve ser considerada como “tem” se estiver documentada. Nesse caso é obrigatório registar a data da vacinação. Caso contrário assinala-se “Desc”. Se a resposta for “não” ou “Desc”, toma-se desnecessária referência à **última revacinação**.

8. Prova de Mantoux Actual – O resultado da prova de **Mantoux** a registar se for assinalado “tem”, refere-se ao teste actual. O **Teste IGRA**, se for actual, deve ser assinalado numa das três opções: positivo, negativo ou indeterminado.

9. Apresentação clínica – A apresentação clínica contempla as situações de **tuberculose-infecção**, as situações de **tuberculose activa** (assinale a localização das lesões principais e secundárias) e aspectos da **radiografia do tórax**. A **localização pulmonar**, se existir, será sempre a **principal**. Se houver mais do que duas localizações, sem lesões pulmonares, assinala **Disseminada** na localização principal. Se houver mais do que duas localizações, com lesões pulmonares, assinala **Pulmonar** na localização principal e **Disseminada** na secundária. A TB Disseminada inclui ainda a polisserosite e a TB miliar aguda e os casos com isolamentos do *Mt* no sangue (CID 10: A19). Nos casos de TB nas crianças com envolvimento do parênquima pulmonar e linfático locoregional (Complexo Primário), deve assinalar-se **pulmonar** na localização principal e **Linfática intratorácica** na secundária (CID 10: A15.4; A16.3; A16.7). A **classificação radiológica** só é exigida quando a localização for pulmonar (ATS 1980): **Normal**, **Cavitada** – Se houver evidência de cavitação no seio das lesões pulmonares; **Não cavitada** – lesões em qualquer segmento, infiltrados nodulares, densas homogêneas e ou com evidência de atelectasia sem cavitação.

10. Exames – Se tiverem sido efectuados, os resultados dos **exames microscópicos** (directos), **cultural**, **anatomo-patológico** ou do **Teste de Amplificação do DNA** são assinalados obrigatoriamente com o produto biológico e data de colheita. Se não houver registo de exame e respectiva data, considera-se que não foi efectuado ou é desconhecido. Se houver registo da data do exame mas não houver resultado, assume-se “Aguarda”.

11. Tratamento – Considera-se **tratamento anterior**, a toma de 2 ou mais antibióticos antituberculosos por um período superior a 1 mês. Nos casos em que o estado vital é falecido, à data do registo, sem ter iniciado tratamento, deve registar-se a data do diagnóstico ou do óbito. Nos casos com tratamento/s anteriores, o **último tratamento** será obrigatoriamente classificado conforme o resultado: **Completado** – doente tratado anteriormente e declarado curado; **Interrompido ou abandono** – doente que, em qualquer altura depois de registado, interrompeu o tratamento por 2 meses ou mais e regressa com critérios de doença; **Insucesso Terapêutico** – doente que anteriormente tinha microscopia ou cultura positiva e que permanece, ou se toma positivo, 5 meses ou mais após o começo do tratamento; **Crónico** – doente que, após um retratamento completo, permanece com exames bacteriológicos positivos; **Desconhecido** – doente com tratamento anterior, cujo resultado é desconhecido. **Episódio de quimioprofilaxia não é considerado tratamento anterior**. A **data do início do tratamento** refere-se ao tratamento do episódio actual. Não sendo possível especificar precisamente o início do tratamento pode registar-se, como alternativa, a data do diagnóstico. O ano do **último tratamento** deverá ser assinalado se houver tratamentos anteriores. O **regime inicial** de tratamento é o esquema preconizado para o doente, não incluindo as alterações que eventualmente ocorram. (estas registam-se no Formulário 2 Caixa 11A). A **toma observada directamente** (TOD) é assinalada conforme foi programada na fase inicial do tratamento, independentemente do período por que se vier a prolongar.

Formulário 2 Dados complementares ao registo de caso e declaração de termo de tratamento

Qualquer registo conforme o formulário 1 carece de informação de seguimento, sendo indispensável a relativa ao final de tratamento (caixa 15), única forma de poder integrar coortes para análise do resultado do tratamento.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO – A numeração das caixas está de acordo com a aplicação informática SVIG-TB 3.0

1. Unidade de Saúde – O código da Unidade de Saúde e o número do Processo referem-se ao serviço que trata presentemente o doente. Se tiver havido transferência de outra Unidade de Saúde, assinala “transferido de outra Unidade de Saúde”. Na Unidade de Saúde de origem, ao ser transferido, foi declarado o termo do tratamento por motivo do “transferência ou emigração”. Para efeito de cálculo de incidência, um doente transferido, se se observarem as indicações anteriores, conta apenas para a Unidade de Saúde de origem; para efeitos de avaliação dos recursos envolvidos e do resultado do tratamento, conta para a Unidade de Saúde de origem e para a Unidade de Saúde receptora.

10A. Exames – Este quadro destina-se apenas aos casos com exames bacteriológicos positivos na expectoração. Neste quadro resume-se a evolução dos resultados desde a 1ª amostra positiva até à 1ª negativa, referência para o sucesso terapêutico, e à do controlo no último mês, referência para a cura. A referência à primeira amostra com exame directo ou cultural positivo, deve ser feita com base na informação actualizada, não tendo que coincidir com a data da amostra assinalada na ficha de registo de caso. A determinação da negatificação comprovada, quer em microscopia, quer em cultura, pode estar dificultada por ausência de produto biológico viável – neste caso assinala “não tem” e, obviamente, omite-se a data.

11A. A alteração do tratamento que se pretende assinalar é qualquer modificação significativa do regime inicial assinado na caixa 11 do Formulário 1, qualquer que seja o motivo a discriminar: 1. Passagem à fase de manutenção; 2. Ajuste em função do TSA; 3. ajuste por toxicidade, ou 4. desconhecido. Deve registar-se a data da alteração e, em cada formulário, podem assinalar-se duas alterações (para mais alterações, em número ilimitado, usar cópia do formulário).

12. Espécie e Antibiograma - Os resultados dos Antibiogramas (TSA) incluem o espectro de resistência e de sensibilidade. Se foi efectuado mas ainda não há acesso ao resultado, assinala “Desc”. O primeiro TSA registado é o Teste Rápido TB-MR. É um teste molecular, geralmente feito no início do tratamento. Se tiver sido feito, analisar o resultado para Isoniazida e para Rifampicina. O Antibiograma Convencional Inicial diz respeito ao isolado antes do início do tratamento actual e deve ser efectuado em todos os casos com isolamento do *Mt*. O Último Antibiograma de controlo pressupõe algum tempo de tratamento actual, a avaliar pela data do isolado correspondente. A aplicação SVIG-TB 3.0 permite inserir e guardar o histórico dos TSA que se pretendam registar, em número ilimitado. **Atenção:** as datas dos antibiogramas são as datas das culturas correspondentes, e a data da cultura que deu origem ao Antibiograma Inicial tem de ser inferior a 30 dias depois do início do tratamento. Quanto à Identificação da espécie, a base de dados apresenta o grupo *Mycobacterium tuberculosis Complex* por defeito. Se houver informação sobre a espécie, deste ou outro grupo, especifique. Consideram-se também válidas as informações “Cultura contaminada” e “Cultura com micobactérias não dissociáveis”, devendo-se registar esta informação, se for o caso.

13. Genotipagem - Preencher com a data da respectiva cultura, com o número da estirpe dado pelo laboratório e com os valores de cada um dos loci do conjunto de MIRU-VNTR analisado (conjunto de 12, 15 ou 24).

14. Serologia VIH – A informação ao estado serológico para o VIH pode ser diferente da referida na ficha de registo do caso (Formulário 1, caixa 5 – Patologias antes da TB). Pode tratar-se de um dado conhecido no decurso do tratamento.

15. Final do tratamento – A Toxicidade aos fármacos é considerada relevante se implicar alteração do esquema terapêutico. O Rastreo de Contactos refere-se aqui ao nº de coabitantes que foram de facto rastreados. Não pode ser maior do que o número de seleccionados registados na caixa 4 do Formulário 1. Caso venha a ser maior, o número de seleccionados da caixa 4 deverá ser rectificado. A data do termo do tratamento marca o momento em que o doente para o tratamento no serviço responsável pela informação. O termo do tratamento pode ser definitivo (ex. Trat. Completado) ou corresponder a um procedimento de alteração de definição de caso com consequente abertura de novo registo (vide Circular Normativa 8 DT – 21/05/00 DGS). Os motivos da paragem do tratamento podem ser: Transferência ou emigração; tratamento completado; interrupção ou abandono; insucesso terapêutico; caso crónico; morte ou diagnóstico não sustentado. Se tiver sido transferido ou emigrado, além de assinalar “transferido ou emigrado”, deverá ser assinalado também, se for conhecido, o resultado final, ou seja, uma das hipóteses do motivo do termo do tratamento. O motivo do termo do tratamento irá definir o caso quanto aos resultados do tratamento: **Completado** – doente tratado anteriormente e declarado curado. **Insucesso Terapêutico** – doente que anteriormente tinha microscopia ou cultura positiva que permanece ou se torna positivo, 5 meses ou mais, após o começo do tratamento. **Interrompido ou abandonado** – doente que em qualquer altura depois de registado, interrompeu o tratamento por 2 meses ou mais, e regressa com critérios de doença. **Morte** – doente com tuberculose que faleceu antes ou depois do início do tratamento independentemente da causa da morte. No caso de a morte ser atribuída a toxicidade do tratamento, assinala-se **Sim** no campo **Morte por Toxicidade dos AT** (antituberculosos). Caso contrário, assinala Não; **Diagnóstico não sustentado** – doente já registado como tuberculoso e que teve evolução que levou à decisão médica de suspensão do tratamento por discordância com o diagnóstico inicial. Só é possível em casos com cultura negativa, desconhecida ou não efectuada.

Nota: Este formulário serve de suporte para a actualização da informação no decurso da evolução do caso, com periodicidade indeterminada. É obrigatório a comunicação ao fim de cada 3 meses de tratamento e no termo do tratamento, por transferência, cura ou outro motivo. Enquanto ficha de actualização periódica carece apenas da informação nova, mas aquando o termo do tratamento, os dados deverão ser totalmente revistos.

A assinatura do médico responsável pela informação, no topo da página, deve ser acompanhada do número da ordem do médico ou, de preferência, da vineta com o código de barras.

ANEXO 4- GRELHA INFORMATIVA SOBRE OS CRITÉRIOS UTILIZADOS NO MÉTODO DE PRIORIZAÇÃO DE HANLON

CRITÉRIO	DESCRIÇÃO	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
MAGNITUDE (A)	<p>A magnitude caracteriza o problema pela sua dimensão.</p> <p>Hanlon definiu magnitude como o número de pessoas afetadas pelo problema, em relação à população total.</p>	Este critério é avaliado numa escala de 0 a 10, adaptável à dimensão da população em estudo.
GRAVIDADE (B)	<p>A gravidade do problema pode ser definida de múltiplas formas, sendo adotada como definição de gravidade a análise do problema em termos de criação de incapacidades, custos, morbilidades.</p>	Cada um dos fatores a analisar é ponderado na mesma escala, escala de 0 a 10, correspondendo 10 ao valor máximo de gravidade e 0 ao de menor gravidade.
EFICÁCIA DA SOLUÇÃO OU VULNERABILIDADE DO PROBLEMA (C)	<p>A vulnerabilidade corresponde à sensibilidade do problema a uma ação curativa ou preventiva, ou seja, a capacidade de intervenção ou controlo do problema. A vulnerabilidade avalia se existem soluções para as diferentes fases de evolução do problema, em termos de prevenção, tratamento ou reabilitação.</p>	<p>A eficácia da solução ou vulnerabilidade do problema é ponderada numa escala de 0.5 a 1.5, onde o valor 0.5 corresponde a um problema de mais difícil solução e o de 1.5 ao de mais fácil solução.</p>
EXEQUIBILIDADE (D)	<p>A exequibilidade do projeto é um critério que integra cinco componentes:</p> <p>P – Pertinência (da implementação do projeto);</p> <p>E – Exequibilidade económica (entendido como fator importante, na medida em que quanto mais barata for a intervenção mais facilmente o problema pode ser considerado como prioritário);</p> <p>A – Aceitabilidade (por parte da população); R – disponibilidade de recursos;</p> <p>L – legalidade.</p>	Estas componentes não são afetadas por uma escala numérica, o critério tem somente dois valores possíveis, sim=1 ponto ou não=0 pontos.

Quadro 1- Grelha Informativa sobre os critérios utilizados no método de priorização de Hanlon

ANEXO 5 - REGULAMENTO DO OBSERVATÓRIO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DO ACES

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 do ACeS 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;
- 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.

Artigo 3º

Estruturas

O ODE é constituído por 2 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);
- O Enfermeiro do Conselho Clínico e de Saúde;
- O Enfermeiro coordenador do Grupo Refletir Enfermagem dos Cuidados de Saúde Primários (GRECSP).

Artigo 5º

Competências da Coordenação

Compete à Coordenação do ODE:

- Propor à Enfermeira Diretora a constituição dos membros do Conselho executivo;
- 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 assim o considerar;
- Propor estudos epidemiológicos ao Conselho Técnico;
- 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 (CE)

São membros do Conselho Executivo:

- 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 por:
 - Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão da instituição;
 - Departamento de tecnologias de informação;
 - *Data Protection Officer* – (DPO);
- Elementos que perante matérias e temáticas complexas que o ODE considere que deverá auscultar;

- Outros elementos, que a título individual ou institucional, sejam convidados ou nomeados para integrar o ODE.

Artigo 8º

Normas gerais e demais informações

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

ANEXO 6- AS DEZ OPERAÇÕES ESSENCIAIS DA SAÚDE PÚBLICA

As Unidades de Saúde Pública devem orientar a sua intervenção para a prossecução das operações essenciais de saúde pública, nos termos definidos pela Organização Mundial de Saúde Região Europa (2012), nomeadamente:

1. Manter a vigilância da saúde e bem-estar dos cidadãos, incluindo a recolha de dados para a produção de indicadores de saúde e medidas de acompanhamento nas áreas das doenças transmissíveis e não transmissíveis, saúde mental, saúde materna e infantil, saúde ocupacional e ambiental, bem como proceder a inquéritos e outras medidas de seguimento de estilos de vida e padrões de comportamento;
2. Monitorizar e responder a riscos e emergências em saúde pública, incluindo riscos químicos, biológicos, físicos e psicossociais;
3. Contribuir para assegurar a proteção da saúde nas vertentes ambiental, climática, ocupacional, alimentar e de outras constantes no Plano Nacional de Saúde;
4. Promover a saúde através de ações sobre os determinantes sociais de saúde, com especial enfoque na identificação de pessoas e populações com riscos específicos, contribuindo para políticas intersectoriais que promovam a saúde e reduzam as iniquidades;
5. Atuar na prevenção da doença, em particular através da eliminação ou redução da exposição a agentes nocivos para a saúde, promovendo comportamentos saudáveis e participando em programas de deteção precoce, incluindo a área genética;
6. Contribuir para o planeamento das ações e atividades necessárias para a obtenção de ganhos em saúde, incluindo a avaliação de impactes na saúde decorrentes de políticas;
7. Garantir a existência de recursos humanos de saúde pública qualificados em número suficiente, assegurando a formação contínua respetiva;
8. Promover a gestão sustentável de recursos financeiros e materiais disponíveis da saúde pública;
9. Promover a capacitação em saúde, assegurando a efetividade da comunicação sobre saúde e a mobilização social para as responsabilidades individuais e coletivas para com a saúde;
10. Prosseguir a investigação em saúde, incluindo a relativa aos serviços de saúde, em colaboração estreita sempre que necessário, com o laboratório de estado na área da saúde, com vista a produzir conhecimentos para a elaboração e implementação de políticas de saúde, bem como contribuir para a produção de conhecimento científico e tecnológico na área da saúde pública.

ANEXO 7- DEFINIÇÃO DE CONTACTO SEGUNDO A ACSS

091	Conceito
	Contacto

Descrição

Um [contacto] é uma interação entre um utente e um serviço de saúde, que pode originar, imediatamente, no próprio dia ou no futuro, um [acto em saúde], uma [consulta], um internamento ou qualquer outro tipo de prestação de saúde.

Um [contacto] é assim, um conceito abstrato constituído por um conjunto de variáveis/atributos que caracterizam a componente não clínica de uma prestação de saúde e que no limite, pode nem estar associado a qualquer prestação de saúde.

Exemplificam-se algumas dessas variáveis:

- Data de contacto;
- Identificação do Utente;
- Identificação do profissional;
- Identificação da prestação de saúde;

Um [ato em saúde] é uma prestação de cuidados de saúde efetuada por um profissional de saúde, nos termos prescritos por outro profissional de saúde (habitualmente médico), a um indivíduo, num determinado dia e local, e que pode consistir, por exemplo, numa avaliação, intervenção, execução de uma terapêutica ou de um teste.

Uma [consulta] é algo mais abrangente do que um [ato em saúde], pois pressupõe que o profissional que presta os cuidados de saúde, procede a uma avaliação global do indivíduo, suficiente para tomar todas as decisões necessárias à realização dos procedimentos, intervenções e prescrições nela realizados.

Fonte : https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id_con=91

ANEXO 8- DEFINIÇÃO DE CONSULTA SEGUNDO A ACSS

89	Conceito
	Consulta

Descrição

As regras de cálculo de vários indicadores, métricas e relatórios usam o conceito de [consulta]. Entende-se como [consulta], a atividade de um profissional de saúde relacionada com um utente, de onde resulta um diagnóstico e um plano. Apesar de do ponto de vista conceptual, uma consulta pressupor a existência de um diagnóstico (ou avaliação) e de um plano, do ponto de vista operacional, não é razoável exigir que todas as consultas médicas, de enfermagem ou de "outros profissionais de saúde" tenham pelo menos um diagnóstico codificado e pelo menos um procedimento codificado, até porque conhecemos que os sistemas de informação atualmente em uso não possuem ergonomia suficiente para tornar essa tarefa custo-efetiva.

Este documento possui as regras que permitem definir as regras para fazer a leitura de "consultas" a partir dos sistemas de informação em uso nos cuidados de saúde primários, vigentes a partir de março de 2020.

Para consultar as regras previamente vigentes, clique [aqui](#)

A especificação do conceito de consulta depende:

1. Do sistema de registo clínico usado, Sclínico ou MedicineOne.
2. De se tratar de uma consulta com a presença do utente (direta) ou sem a presença o utente (indireta);
3. De se tratar de uma consulta médica, de enfermagem ou de "outros profissionais de saúde";
4. De se tratar ou não de uma consulta de vigilância (de programa de saúde ou de problema de saúde).

HC01. Hierarquia de Consultas Médicas

Os sistemas de informação deverão permitir classificar, em **registos médicos**, os seguintes tipos de [consulta]:

- HC01.1. Consulta sem a presença do utente (indireta);
- HC01.2. Consulta com a presença do utente (direta);
- HC01.3. Consulta de vigilância.
 - HC01.3.1. Saúde infantil e juvenil;
 - HC01.3.2. Saúde de Adultos ou Saúde do Idoso.
 - HC01.3.3. Saúde reprodutiva e planeamento familiar;
 - HC01.3.4. Saúde materna;
 - HC01.3.5. Revisão do puerpério;
 - HC01.3.6. Tabagismo;
 - HC01.3.7. Consumo excessivo de álcool;

HC01.3.8. Obesidade;
HC01.3.9. Hipertensão;
HC01.3.10. Diabetes;
HC01.3.11. Doenças respiratórias.

A hierarquia de classificação de consultas anteriormente referida (pontos HC01.1 a HC01.3.11), tem as seguintes regras adicionais:

- a) Todas as consultas terão que ser classificadas como tipo HC01.1. (indiretas ou não presenciais) ou tipo HC01.2. (diretas ou presenciais), não podendo ser simultaneamente classificadas das 2 formas.
- b) As consultas domiciliare são sempre incompatíveis com as consultas do tipo HC01.1. (não presenciais). Todos os restantes tipos de consultas podem ser simultaneamente classificadas como domicílios.
- c) As consultas do tipo HC01.3 (de vigilância) podem ser classificadas como ser tipo HC01.1. (indiretas ou não presenciais) ou tipo HC01.2. (diretas ou presenciais).
- d) Só existem consultas do tipo HC01.3 (de vigilância) se simultaneamente existir uma subclassificação num dos tipos HC01.3.1 a HC01.3.11.
- e) Uma consulta classificada como um dos tipos entre HC01.3.1 e HC01.3.11 tem obrigatoriamente que estar classificada como HC01.3.
- f) Uma consulta classificada como HC01.3 (de vigilância) pode ser subclassificada em mais do que um dos subtipos entre HC01.3.1 e HC01.3.11.

HC02. Hierarquia de Consultas de Enfermagem

Os sistemas de informação deverão permitir classificar, em **registos de enfermagem**, os seguintes tipos de [consulta]:

HC02.1. Consulta sem a presença do utente (indireta);
HC02.2. Consulta com a presença do utente (direta);
HC02.3. Consulta de vigilância;
HC02.3.1. Saúde infantil e juvenil;
HC02.3.2. Saúde de Adultos ou Saúde do Idoso;
HC02.3.3. Saúde reprodutiva e planeamento familiar;
HC02.3.4. Saúde materna;
HC02.3.5. Revisão do puerpério;
HC02.3.6. Tabagismo;
HC02.3.7. Consumo excessivo de álcool;
HC02.3.8. Obesidade;
HC02.3.9. Hipertensão;
HC02.3.10. Diabetes;
HC02.3.11. Doenças respiratórias;
HC02.3.12. Outro tipo.
HC02.4. Consulta de enfermagem de âmbito comunitário.

A hierarquia de classificação de consultas anteriormente referida (pontos HC02.1 a HC02.4), tem as seguintes regras adicionais:

- a) Todas as consultas terão que ser classificadas como tipo HC02.1. (indiretas ou não presenciais) ou tipo HC02.2. (diretas ou presenciais), não podendo ser simultaneamente classificadas das 2 formas.
- b) As consultas domiciliare são sempre incompatíveis com as consultas do tipo HC02.1. (não presenciais). Pelo contrário, qualquer dos subtipos de consultas de vigilância, entre os

pontos HC02.3.1. e pontos HC02.3.12. podem ou não ser classificadas como domicílios.

c) As consultas do tipo HC02.3. (de vigilância) e tipo HC02.4. (âmbito comunitário), podem englobar consultas do tipo HC02.1. (não presenciais) ou do tipo HC02.2. (presenciais).

d) As consultas do tipo HC02.3. (vigilância) têm sempre que ser classificadas através de um dos respetivos subtipos, entre o HC02.3.1. e o HC02.3.12.

e) Uma consulta classificada como um dos tipos entre HC02.3.1. e HC02.3.12. tem obrigatoriamente que estar classificada como HC02.3. e como HC02.2. ou HC02.1.

f) Uma consulta classificada como HC02.3. (de vigilância) pode ser subclassificada em mais do que um dos subtipos entre o HC02.3.1. e o HC02.3.12.

HC03. Hierarquia de Consultas de outros Profissionais

Os sistemas de informação deverão permitir classificar, em **registos de "outros profissionais de saúde"** (nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, higienistas orais, entre outros), os seguintes tipos de [consulta/contacto/sessão]:

HC03.1. Consulta sem a presença do utente (indireta);

HC03.2. Contacto com a presença do utente (direto);

HC03.2.1. Sessão de "Acto(s) ou tratamento(s) com a presença do utente (direto).

HC03.2.2. Consulta com a presença do utente (direta).

Alguns tipos de profissionais de saúde (por exemplo os fisioterapeutas), podem ter contactos com o utente onde "apenas" realizam procedimentos prescritos por outros profissionais. A esses contactos designam-se por "sessões de actos ou tratamentos", constituindo um subconjunto dos "contactos presenciais". Assim os contactos presenciais deste tipo de profissionais podem ser classificados como "consultas propriamente ditas" ou como "sessões de actos".

Os vários sistemas de registo clínico existentes nos cuidados de saúde primários operacionalizam de forma diferente o registo de consultas, que descrevemos a seguir.

SClínico - Perfil Médico

No [SClínico - Perfil Médico], os médicos ou internos apenas podem proceder a registos clínicos de consultas presenciais depois de um dos secretários clínicos proceder, no SINUS, ao [registo administrativo de contacto] do utente (com eventual cobrança de taxa moderadora). Com exceção do registo de resultados de MCDT's, no [SClínico - Perfil Médico] não é possível a ocorrência de registos clínicos (p.e. um SOAP ou uma emissão de receita) sem prévio [registo administrativo do contacto].

As consultas não presenciais podem, desde 2021, ser registadas diretamente por médicos, se registo prévio de [registo administrativo de contacto].

Para além disso, a consulta médica deve ser [efetivada] pelo profissional que vai proceder ao registo clínico, sendo o processo de efetivação, feito pelo sistema de forma automática, quando se acede à área do SOAP ou à área do receituário. Apenas é necessário efetivar a consulta no [SClínico - Perfil Médico] (colocando "visto" sobre o utente em agenda) quando não se faz qualquer registo clínico num utente com [registo administrativo de contacto]. A existência de registo informático de [efetivação da consulta] constitui só por si garantia de que a consulta se realizou.

SClínico - Perfil Enfermagem

No [SClínico (Perfil Enfermagem)], os enfermeiros podem proceder a registos clínicos classificando-os previamente quanto ao tipo de contacto, como [Ato de enfermagem] ou

como [consulta de enfermagem]. Esta classificação é efetuada quando se cria o contacto. O [SClínico (Perfil Enfermagem)] permite o registo quer de [consultas de enfermagem] quer de [atos de enfermagem] sem a existência prévia de um registo administrativo de contacto ou de taxa moderadora.

As [consultas de enfermagem] são usadas preferencialmente para uma intervenção junto do cliente visando a realização de uma avaliação e diagnóstico, ou estabelecimento de um plano de cuidados ou intervenção de enfermagem (ou procedimento). Devem conter pelo menos dados de avaliação e um novo [diagnóstico de enfermagem] e o registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem]. Em alternativa devem conter pelo menos um [diagnóstico de enfermagem] ativo e pelo menos um novo registo de [intervenção de enfermagem].

Os [Atos de enfermagem] são preferencialmente usados para registos de atividades de enfermagem que envolvem apenas prescrições, quer por outros técnicos (p.e. injetáveis) quer pelo próprio enfermeiro (p.e. realização de pensos a feridas ou úlceras). No [SClínico (Perfil Enfermagem)], um registo de [Ato de enfermagem] deve ter pelo menos uma "intervenção de enfermagem" ou pelo menos uma "medicação" ou pelo menos uma "atitude terapêutica". Os [Atos de enfermagem] correspondem a registos de procedimentos isolados. Assim, se num determinado dia suceder que o registo de N [Atos de enfermagem] por um determinado profissional a um determinado utente, tal deve originar a contabilização de uma única [Consulta com a presença do utente]. Caso nesse dia tenha ocorrido o registo de uma [consulta de enfermagem] ao mesmo utente, então o(s) [ato(s) de enfermagem] não devem acrescer nenhuma contabilização de [Consulta com a presença do utente].

O [SClínico (Perfil Enfermagem)] não impede que o enfermeiro classifique um contacto como [ato de enfermagem] e posteriormente proceda a registos estruturados através da classificação CIPE (foco ou diagnóstico e intervenção). No entanto, ambas as atividades de enfermagem (as codificadas como [consultas de enfermagem] ou como [atos de enfermagem]) são [consultas], no sentido em que se estabelece um contato entre profissional de saúde e um utente de onde resulta uma avaliação ou juízo, procedimentos e comunicação. No entanto, quando [termina] o contacto, tem a possibilidade de alterar a classificação para [consulta de enfermagem].

Acresce que na definição e operacionalização do conceito de [consulta] nos interessa garantir o máximo de equidade entre profissionais de enfermagem que trabalham com diferentes aplicações de registo clínico e também nivelar a exigência do tipo de registos requeridos para [consultas médicas] e para [consultas de enfermagem].

MEDICINEONE

No MedicineOne, existe o conceito de [validação administrativa do contacto] e o conceito de [check-in], mas não existe o conceito de [efetivação da consulta]. Para além disso, os médicos e os enfermeiros podem proceder a registos clínicos (p.e. um SOAP, uma emissão de receita ou um registo de enfermagem), sem que previamente tenha ocorrido o [check-in] do doente e sem que previamente tenha ocorrido cobrança de taxa moderadora. Nestes casos o [check-in] é feito automaticamente pelo sistema no momento dos registos clínicos e a cobrança de taxa moderadora pode ser feita posteriormente. É possível registar consultas não presenciais, sujeitas ou não ao pagamento de taxa moderadora.

Existe ainda a possibilidade de proceder a registos de SOAP que são meras "anotações" do profissional de saúde: O SOAP pode ser usado por médicos ou enfermeiros para registar que em determinada altura se tentou entrar em contacto telefónico com o utente sem sucesso, ou que o utente fez uma reclamação no livro amarelo ou que o utente pediu para mudar de médico de família. Nestes casos, os profissionais assinalam [Contacto sem atividade clínica] nas [outras características do contacto], por forma a garantir que esses registos de SOAP não

sejam considerados como consultas.

Finalmente, existe a possibilidade dos enfermeiros procederem ao registo de SOAP's, bem como de utilizarem a ICPC-2 para codificar o A do SOAP.

Assim sendo, operacionalizam-se a seguir os diversos tipos de consulta nos diversos sistemas de informação utilizados em Portugal.

C001 | Consulta médica não presencial - [SCLínico - Perfil Médico]

Para que seja contabilizada, a condição [A e B e C e (D ou E ou F ou G ou H ou I)] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto indireto registado no SINUS.
- B. O contacto referido em A deve ter [registo administrativo de contacto] (ver nota 4).
- C. No [SCLínico - Perfil Médico], o médico ou interno que irá realizar a consulta, deverá [efetivar] o contacto referido em A.
- D. SOAP registado por qualquer médico ou interno da unidade de saúde (ver nota 2);
- E. Registo na ficha individual, realizado por qualquer médico ou interno da unidade de saúde;
- F. Registo efetuado em pelo menos um programa de saúde disponível no sistema de informação (diabetes, hipertensão, saúde materna, planeamento familiar ou saúde infantil, entre outros), realizado qualquer médico ou interno da unidade de saúde;
- G. Emissão de receita médica (ver nota 3);
- H. Prescrição de análise ou MCDT;
- I. Registo de resultado de análise ou MCDT.

Notas:

1. Apenas se contabilizam os registos referidos em D, E, F, G, H e I efetuados até 10 dias após a data para a qual a consulta foi agendada e no máximo até ao 5º dia do mês seguinte (nas consultas agendadas para os 5 últimos dias de cada mês).
2. Apenas se contabilizam registos de consultas em que a especialidade ou área profissional seja do tipo "médico" (para distinguir das consultas de outros profissionais de saúde como psicólogos, assistentes sociais, entre outros).
- 3: Por vezes existem problemas de interoperabilidade entre o SCLínico e a PEM que têm impedido que a Base de Dados Nacional de Prescrições guarde um código identificador único da consulta médica que gera a prescrição. Para contornar esse problema, o SIARS analisará as receitas médicas registadas na BDNP pertencentes a locais dos cuidados de saúde primários com Sclínico e sem identificador único de consulta preenchido (sem nº de episódio) e considerará como válidas todas as consultas não presenciais que tenham as seguintes informações comuns com as receitas prescritas:

- Dia de prescrição e dia de realização;
- Médico que prescreve e médico que realiza a consulta;
- Local RNU da consulta e local de prescrição;
- Utente da receita e utente da consulta.

Nota 4 - Os registos administrativos de contacto podem ser automaticamente inseridos pelo SCLínico quando o agendamento é feito de forma direta pelos médicos/internos.

C002 | Consulta médica presencial - [SCLínico - Perfil Médico]

Para que seja contabilizada, a condição [A e B e C e D e E] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto direto registado no SINUS;
- B. O contacto referido em A deve ter [registo administrativo de contacto];
- C. O contacto referido em A deve ser [efetivado];

D. Registo de SOAP, realizado por médico ou interno da unidade de saúde (ver notas 1 e 2).

Notas:

1. Apenas se contabilizam os registos de SOAP (referidos em D) efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5).
2. Apenas se contabilizam registos de consultas em que a especialidade ou área profissional seja do tipo "médico" (para distinguir das consultas de outros profissionais de saúde como psicólogos, assistentes sociais, entre outros).

C003 | Consulta médica de vigilância - [S]Clínico - Perfil Médico]

As consultas com código C003 podem englobar o conjunto de consultas com os códigos C001 (sem a presença do utente) e C002 (com a presença do utente), desde que estas cumpram as condições descritas a seguir.

Para que seja contabilizada, a condição [A e B e C e D e (E ou F)] ou [G e H e I e D e E e F] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto direto registado no SINUS;
- B. O contacto referido em A deve ter [registo administrativo de contacto];
- C. O contacto referido em A deve ser [efetivado];
- D. Registo de SOAP, realizado por médico ou interno da unidade de saúde (ver nota 5);
- E. Codificação do "A" do SOAP referido em D, com código da ICPC-2 compatível com o programa ou problema de saúde em questão (ver nota 3);
- F. Registo de informação no programa de saúde em questão (ver notas 3 e 4).
- G. Existência de um contacto indireto registado no SINUS;
- H. O contacto referido em G deve ter [registo administrativo de contacto];
- I. O contacto referido em G deve ser [efetivado];

Notas:

1. Quando se pretendem contar ou identificar [Consultas médicas de vigilância] sem especificação do programa de saúde, as regras atrás enunciadas são suficientes. No entanto, quando se pretendem identificar consultas de vigilância no contexto de programas de saúde específicos, é necessário considerar adicionalmente as regras definidas nos conceitos D001 a D010 (ver [Classificação do "A" do SOAP pela ICPC-2] em [Glossário e Legenda de Outros Termos]).
2. Apenas se contabilizam os registos referidos em D, E e F efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5).
3. São monitorizados os registos de códigos ICPC-2 e de programas ou "tipos de consultas" referidos em cima nos pontos HC01.3.1 a HC01.3.11. A especificação dos códigos ICPC-2 e módulos aplicativos monitorizados nos diversos tipos de software clínico pode ser consultada em [classificação de problemas de saúde na consulta pela ICPC-2 e módulos dos programas e tipos de consulta](#).
4. Para aceder ao programa de saúde deve-se clicar no botão do "O" do SOAP e posteriormente no botão correspondente ao programa de saúde que justifica a consulta.
5. Apenas se contabilizam registos de consultas em que a especialidade ou área profissional seja do tipo "médico" (para distinguir das consultas de outros profissionais de saúde como psicólogos, assistentes sociais, entre outros).
6. As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020. Para consultar as regras anteriormente vigentes, clique [aqui](#).

C004 | Consulta de enfermagem sem a presença do utente (indireta) - [S]Clínico (Perfil

Enfermagem]

Para que seja contabilizada, a condição [(A e B) ou (C e (D ou E))] deverá ser verdadeira:

A. Existência de pelo menos um [ato de enfermagem], classificado como [sem a presença do utente] e [terminado];

B. Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem], ou pelo menos uma [medicação] ou pelo menos uma [atitude terapêutica] (prescrição de outro técnico), codificadas pela CIPE.

C. Existência de uma [consulta de enfermagem], classificada como [sem a presença do utente] e [terminado];

D. Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE (ver notas 4 e 5);

E. Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE (ver notas 3, 4 e 5).

Notas:

1. Para classificar uma [consulta] ou um [ato de enfermagem] como [indireto / sem a presença do utente], na versão do [SCLínico (Perfil Enfermagem)] vigente até outubro de 2020, é necessário assinalar a checkbox [contacto não presencial] e em [local de contacto], seleccionar um dos seguintes:

- [Não presencial]
- [Telefone]
- [E-mail]
- [Carta]

Na versão mais recente do [SCLínico (Perfil Enfermagem)], vigente a partir de novembro de 2020, para classificar uma [consulta] ou um [ato de enfermagem] como [indireto / sem a presença do utente], é necessário assinalar a checkbox [contacto não presencial] e um dos seguintes itens em [Meios de realização não presencial]:

- [Email, chat, SMS ou outros canais digitais de texto]
- [Telefone ou telemóvel]
- [Videochamada]

2. É possível que exista mais do que um registo de [ato de enfermagem] ou de [consulta de enfermagem] por dia, realizados ao mesmo utente e pelo mesmo profissional. Os registos que reúnam as condições definidas no conceito C004 [Consulta de enfermagem sem a presença do utente (indireta)] e que sejam realizados no mesmo dia, ao mesmo utente e pelo mesmo profissional são contados uma única vez.

3. A expressão E. inclui as intervenções de avaliação e intervenções de enfermagem. No inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).

4. Apenas se contabilizam os registos referidos em A, B, C, D e E efetuados até 10 dias após a data para a qual a consulta foi agendada e no máximo até ao 5º dia do mês seguinte (nas consultas agendadas para os 5 últimos dias de cada mês). Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 15-7-2014 (N+10). No entanto, se efetuados entre os dias 26 e 31 de julho, podem ser registados no máximo até 5 de agosto;

5. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa ou tipologia de consulta. Estas 2 condições destinam-se a garantir que se diferencia ato isolado de consulta estruturada com recolha, análise da informação, planeamento ou execução de cuidados de enfermagem. É considerada consulta, caso tenha ocorrido um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] (qualquer que ele seja) ou pelo menos uma [intervenção de enfermagem] (qualquer que ela seja).

C005 | Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta) - [S]Clínico (Perfil Enfermagem)

Para que seja contabilizada, a condição [(A e B) ou [C e (D ou E)]] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de pelo menos um [ato de enfermagem], classificado como [direto] e [terminado];
- B. Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE, ou pelo menos uma [medicação] ou pelo menos uma [atitude terapêutica] (prescrição de outro técnico).
- C. Existência de uma [consulta de enfermagem], classificada como [direta] e [terminado];
- D. Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE (ver notas 5 e 6);
- E. Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE (ver notas 3, 4 e 5).

Notas:

1. Para classificar uma [consulta] ou um [ato de enfermagem] como [direto / com a presença do utente], é necessário que, quando se procede à [Ativação do contacto], se proceda à seleção de "Contacto presencial". O "modo/local de realização" registado é ignorado.
2. É possível que exista mais do que um registo de [ato de enfermagem] ou de [consulta de enfermagem] por dia, realizados ao mesmo utente e pelo mesmo profissional. Os registos que reúnam as condições definidas no conceito C005 [Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta)] e que sejam realizados no mesmo dia, ao mesmo utente e pelo mesmo profissional são contados uma única vez.
3. A expressão E. inclui [intervenção], [medicação], [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
4. Apenas se contabilizam os registos referidos em B e E efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5);
5. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa ou tipologia de consulta. Estas 2 condições destinam-se a garantir que se diferencia ato isolado de consulta estruturada com recolha, análise da informação, planeamento ou execução de cuidados de enfermagem. É considerada consulta, caso tenha ocorrido um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] (qualquer que ele seja) ou pelo menos uma [intervenção de enfermagem] (qualquer que ela seja);
6. Apenas se contabilizam os registos em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem], efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5).

C006 | Consulta de enfermagem de vigilância - [S]Clínico (Perfil Enfermagem)

As consultas com código C006 podem englobar o conjunto de consultas com os códigos C004 (sem a presença do utente) e C005 (com a presença do utente), desde que estas cumpram as condições descritas a seguir.

Para que seja contabilizada "Consulta de enfermagem de vigilância", a condição [A ou B ou C ou D ou E ou F ou G ou H ou I ou J ou K] deverá ser verdadeira:

- A. Cumpridor de C006.1;
- B. Cumpridor de C006.2;
- C. Cumpridor de C006.3;

- D. Cumpridor de C006.4;
- E. Cumpridor de C006.5;
- F. Cumpridor de C006.6;
- G. Cumpridor de C006.7;
- H. Cumpridor de C006.8;
- I. Cumpridor de C006.9;
- J. Cumpridor de C006.10;
- K. Cumpridor de C006.99.

C006.1 | Consulta de enfermagem de vigilância em saúde infantil e juvenil - [SCLínico (Perfil Enfermagem)]

Para que seja contabilizada, a condição [(CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA) e PROG e (DIAG ou INT ou INF_MOD)] deverá ser verdadeira:

CONS_DIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada] (ver notas 1 e 2);

CONS_INDIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada] (ver notas 1 e 2);

PROG - Associação do programa "P.N.S.I.J. Saúde Infantil" (2), ou "P.N.S.I.J. Saúde Juvenil" (11) ou programa "P.N.S.I.J. Intervenção Precoce" (62) ao contacto (ver nota 4);

DIAG - Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE (ver notas 5 e 7);

INT - Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE (ver notas 5, 6 e 7);

INF_MOD. – Informação registada no módulo de "Saúde infantil e juvenil – PNSIJ" (ver nota 8).

Notas:

1. As consultas de vigilância podem ser registadas como [presenciais] ou como [não presenciais].
2. Ver em cima como se classifica uma [consulta de enfermagem] como [presencial] e como [não presencial].
3. As consultas com código C006.1 são um subconjunto das consultas com código C006.
4. A associação de qualquer programa de saúde ao contacto é efectuado quando se procede à [Ativação do contacto], seleccionando para o efeito um dos programas disponíveis com campo "Programas de Saúde Ativos". Quando, anteriormente, não foi definido nenhum programa de saúde para o utente, ou no caso de se estar perante um primeiro contacto do utente, a definição dos programas de saúde está disponível no ícone "Prog" e a associação ao contacto através do campo "associar". A tabela de correspondências entre os diferentes tipos de programas disponíveis no SCLínico e os diferentes tipos de consulta encontra-se disponível em [Correspondência entre programas de saúde \(SCLínico - perfil enfermeiro\) e consultas de enfermagem de vigilância](#).
5. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa. Estas 2 condições destinam-se a garantir que apenas se contabiliza uma consulta associada a um programa de saúde como de "vigilância", caso tenha ocorrido um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] (qualquer que ele seja) ou pelo menos uma [intervenção de enfermagem] (qualquer que ela seja).
6. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
7. Apenas se contabilizam os registos em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de

enfermagem], efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5);

8. O acesso ao módulo de saúde infantil e juvenil e acesso aos itens de informação, é efetuado após [Ativação do contacto], através do ícone "PNSIJ". Referencia-se no entanto que a informação documentada neste módulo não permite caracterizar os diagnósticos de enfermagem nem as intervenções de enfermagem associadas a estes problemas.

9. As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020. Para consultar as regras anteriormente vigentes, clique [aqui](#).

C006.2 | Consulta de enfermagem de vigilância em saúde materna - [SCLínico (Perfil Enfermagem)]

Para que seja contabilizada, a condição [(CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA) e PROG e (DIAG ou INT)] deverá ser verdadeira:

CONS_DIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada] (ver notas 1, 2, 3 e 4);

CONS_INDIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada] (ver notas 1, 2, 3 e 4);

PROG - Associação do programa "P.N.S.R. Saúde Materna" (1) ou do programa "P.N.S.R.Preparação Profilática para o Parto" (21) ao contacto (ver nota 5);

DIAG - Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE (ver notas 6 e 8);

INT - Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE (ver notas 6, 7 e 8);

Notas:

1. As consultas de vigilância podem ser registadas como [presenciais] ou como [não presenciais].
2. Ver em cima como se classifica uma [consulta de enfermagem] como [presencial] e como [não presencial].
3. As consultas com código C006.2 são um subconjunto das consultas com código C006. Não incluem a vigilância durante o puerpério.
4. [data de fim da gravidez]:
 - a) se a [data de parto] estiver registada, a [data de fim da gravidez] é igual à [data de parto].
 - b) se a [data de parto] não estiver registada e a [data de parto corrigida] estiver registada e se a [data de referência do indicador] for superior à [data de parto corrigida] em 8 semanas (56 dias), a [data de fim da gravidez] é igual à [data de parto corrigida].
 - c) se a [data de parto] não estiver registada e a [data de parto corrigida] não estiver registada e se a [data de referência do indicador] for superior à [data da última menstruação] em 48 semanas (336 dias), a [data de fim da gravidez] é igual à soma da [data da última menstruação] com [39 semanas e 6 dias] (280 dias).
5. A associação de qualquer programa de saúde ao contacto é efetuado quando se procede à [Ativação do contacto], selecionando para o efeito um dos programas disponíveis com campo "Programas de Saúde Ativos". Quando, anteriormente, não foi definido nenhum programa de saúde para o utente, ou no caso de se estar perante um primeiro contacto do utente, a definição dos programas de saúde está disponível no ícone "Prog" e a associação ao contacto através do campo "associar". A tabela de correspondências entre os diferentes tipos de programas disponíveis no SCLínico e os diferentes tipos de consulta encontra-se disponível em [Correspondência entre programas de saúde \(SCLínico - perfil enfermeiro\) e consultas de enfermagem de vigilância](#).

6. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa. Estas 2 condições destinam-se a garantir que apenas se contabiliza uma consulta associada a um programa de saúde como de "vigilância", caso tenha ocorrido um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] (qualquer que ele seja) ou pelo menos uma [intervenção de enfermagem] (qualquer que ela seja).
7. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
8. Apenas se contabilizam os registos em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem], efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5);
9. As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020. Para consultar as regras anteriormente vigentes, clique [aqui](#).

C006.3 | Consulta de enfermagem de vigilância em puerpério - [SCLínico (Perfil Enfermagem)]

Para que seja contabilizada, a condição [(CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA) e PROG e (DIAG ou INT)] deverá ser verdadeira:

CONS_DIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada] (ver notas 1, 2, 3 e 4);

CONS_INDIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada] (ver notas 1, 2, 3 e 4);

PROG - Associação do programa "P.N.S.R. Puerpério" (12) ao contacto (ver nota 5);

DIAG - Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE (ver notas 6 e 8);

INT - Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE (ver notas 6, 7 e 8);

Notas:

1. As consultas de vigilância podem ser registadas como [presenciais] ou como [não presenciais].
2. Ver em cima como se classifica uma [consulta de enfermagem] como [presencial] e como [não presencial].
3. As consultas com código C006.3 são um subconjunto das consultas com código C006. Não incluem a vigilância durante a gravidez.
4. A [data de fim da gravidez] corresponde ao 1º dia do puerpério e é determinada da seguinte forma:
 - a) se a [data de parto] estiver registada, a [data de fim da gravidez] é igual à [data de parto].
 - b) se a [data de parto] não estiver registada e a [data de parto corrigida] estiver registada e se a [data de referência do indicador] for superior à [data de parto corrigida] em 8 semanas (56 dias), a [data de fim da gravidez] é igual à [data de parto corrigida].
 - c) se a [data de parto] não estiver registada e a [data de parto corrigida] não estiver registada e se a [data de referência do indicador] for superior à [data da última menstruação] em 48 semanas (336 dias), a [data de fim da gravidez] é igual à soma da [data da última menstruação] com [39 semanas e 6 dias] (280 dias).
5. A associação de qualquer programa de saúde ao contacto é efetuado quando se procede à [Ativação do contacto], selecionando para o efeito um dos programas disponíveis com campo "Programas de Saúde Ativos". Quando, anteriormente, não foi definido nenhum programa de saúde para o utente, ou no caso de se estar perante um primeiro contacto do utente, a

definição dos programas de saúde está disponível no ícone "Prog" e a associação ao contacto através do campo "associar". A tabela de correspondências entre os diferentes tipos de programas disponíveis no SClínico e os diferentes tipos de consulta encontra-se disponível em [Correspondência entre programas de saúde \(SClínico - perfil enfermeiro\) e consultas de enfermagem de vigilância](#).

6. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa. Estas 2 condições destinam-se a garantir que apenas se contabiliza uma consulta associada a um programa de saúde como de "vigilância", caso tenha ocorrido um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] (qualquer que ele seja) ou pelo menos uma [intervenção de enfermagem] (qualquer que ela seja).

7. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).

8. As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020. Para consultar as regras anteriormente vigentes, clique [aqui](#).

C006.4 | Consulta de enfermagem de vigilância em saúde reprodutiva e planeamento familiar - [SClínico (Perfil Enfermagem)]

Para que seja contabilizada, a condição [(CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA) e PROG e (DIAG ou INT)] deverá ser verdadeira:

CONS_DIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada] (ver notas 1, 2 e 3);

CONS_INDIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada] (ver notas 1, 2 e 3);

PROG - Associação do programa "P.N.S.R. e Planeamento Familiar" (8) ao contacto (ver nota 4);

DIAG - Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE (ver notas 5 e 7);

INT - Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE (ver notas 5, 6 e 7);

Notas:

1. As consultas de vigilância podem ser registadas como [presenciais] ou como [não presenciais].
2. Ver em cima como se classifica uma [consulta de enfermagem] como [presencial] e como [não presencial].
3. As consultas com código C006.4 são um subconjunto das consultas com código C006.
4. A associação de qualquer programa de saúde ao contacto é efetuado quando se procede à [Ativação do contacto], selecionando para o efeito um dos programas disponíveis com campo "Programas de Saúde Ativos". Quando, anteriormente, não foi definido nenhum programa de saúde para o utente, ou no caso de se estar perante um primeiro contacto do utente, a definição dos programas de saúde está disponível no ícone "Prog" e a associação ao contacto através do campo "associar". A tabela de correspondências entre os diferentes tipos de programas disponíveis no SClínico e os diferentes tipos de consulta encontra-se disponível em [Correspondência entre programas de saúde \(SClínico - perfil enfermeiro\) e consultas de enfermagem de vigilância](#).

5. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa. Estas 2 condições destinam-se a garantir que apenas se contabiliza uma consulta associada a um programa de saúde como de "vigilância", caso tenha ocorrido um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] (qualquer

- que ele seja) ou pelo menos uma [intervenção de enfermagem] (qualquer que ela seja).
6. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
7. Apenas se contabilizam os registos em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem], efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5);
8. As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020. Para consultar as regras anteriormente vigentes, clique [aqui](#).

C006.5 | Consulta de enfermagem de vigilância em diabetes - [SCLínico (Perfil Enfermagem)]

Para que seja contabilizada, a condição [(CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA) e PROG e (DIAG ou INT ou INF_MOD)] deverá ser verdadeira:

CONS_DIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada] (ver notas 1, 2 e 3);

CONS_INDIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada] (ver notas 1, 2 e 3);

PROG - Associação do programa "P.N. Diabetes" (7) ao contacto (ver nota 4);

DIAG - Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE (ver notas 5 e 7);

INT - Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE (ver notas 5, 6 e 7);

INF_MOD. – Informação registada no módulo de "DM" (ver nota 8).

Notas:

1. As consultas de vigilância podem ser registadas como [presenciais] ou como [não presenciais].
2. Ver em cima como se classifica uma [consulta de enfermagem] como [presencial] e como [não presencial].
3. As consultas com código C006.5 são um subconjunto das consultas com código C006.
4. A associação de qualquer programa de saúde ao contacto é efetuado quando se procede à [Ativação do contacto], selecionando para o efeito um dos programas disponíveis com campo "Programas de Saúde Ativos". Quando, anteriormente, não foi definido nenhum programa de saúde para o utente, ou no caso de se estar perante um primeiro contacto do utente, a definição dos programas de saúde está disponível no ícone "Prog" e a associação ao contacto através do campo "associar". A tabela de correspondências entre os diferentes tipos de programas disponíveis no SCLínico e os diferentes tipos de consulta encontra-se disponível em [Correspondência entre programas de saúde \(SCLínico - perfil enfermeiro\) e consultas de enfermagem de vigilância](#).
5. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa. Estas 2 condições destinam-se a garantir que apenas se contabiliza uma consulta associada a um programa de saúde como de "vigilância", caso tenha ocorrido um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] (qualquer que ele seja) ou pelo menos uma [intervenção de enfermagem] (qualquer que ela seja).
6. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
7. Apenas se contabilizam os registos em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de

enfermagem], efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5);

8. O acesso ao módulo de diabetes e acesso aos itens de informação, é efetuado após [Ativação do contacto], através do ícone "Diabetes". Referencia-se no entanto que a informação documentada neste módulo não permite caracterizar os diagnósticos de enfermagem nem as intervenções de enfermagem associadas a estes problemas.

9. As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020. Para consultar as regras anteriormente vigentes, clique [aqui](#).

C006.6 | Consulta de enfermagem de vigilância em hipertensão - [SCLínico (Perfil Enfermagem)]

Para que seja contabilizada, a condição [(CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA) e PROG e (DIAG_ESP ou INT_ESP)] deverá ser verdadeira:

CONS_DIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada] (ver notas 1, 2 e 3);

CONS_INDIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada] (ver notas 1, 2 e 3);

PROG - Associação do programa "P.N.D.C.C. Risco: Hipertensão" (6) ou "P.N.D.C.C. Risco - Cardiovascular" (50) ao contacto (ver nota 4);

DIAG_ESP - Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE (ver notas 5 e 7);

INT_ESP - Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE (ver notas 5, 6 e 7);

Notas:

1. As consultas de vigilância podem ser registadas como [presenciais] ou como [não presenciais].
2. Ver em cima como se classifica uma [consulta de enfermagem] como [presencial] e como [não presencial].
3. As consultas com código C006.6 são um subconjunto das consultas com código C006.
4. A associação de qualquer programa de saúde ao contacto é efetuado quando se procede à [Ativação do contacto], selecionando para o efeito um dos programas disponíveis com campo "Programas de Saúde Ativos". Quando, anteriormente, não foi definido nenhum programa de saúde para o utente, ou no caso de se estar perante um primeiro contacto do utente, a definição dos programas de saúde está disponível no ícone "Prog" e a associação ao contacto através do campo "associar". A tabela de correspondências entre os diferentes tipos de programas disponíveis no SCLínico e os diferentes tipos de consulta encontra-se disponível em [Correspondência entre programas de saúde \(SCLínico - perfil enfermeiro\) e consultas de enfermagem de vigilância](#).
5. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa ou área de vigilância. No entanto, entende-se que existe um conjunto de diagnósticos e intervenções altamente frequentes e caracterizadores da consulta de vigilância relacionada com a hipertensão, que passam a ser utilizados para caracterizar este tipo de consulta de vigilância e disponíveis em [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE - Hipertensão](#).
6. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
7. Apenas se contabilizam os registos em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de

enfermagem], efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5);

8. As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020. Para consultar as regras anteriormente vigentes, clique [aqui](#).

C006.7 | Consulta de enfermagem de vigilância relacionada com tabagismo - [SCLínico (Perfil Enfermagem)]

Para que seja contabilizada, , uma das condições [(CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA) e (DIAG_ESP ou INT_ESP ou INF_MOD)] ou [CONS e PROG e (DIAG ou INT ou INF_MOD)] deverá ser verdadeira:

CONS_DIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada] (ver notas 1, 2 e 3);

CONS_INDIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada] (ver notas 1, 2 e 3);

DIAG_ESP - Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE e relacionado com a área de vigilância em questão (ver notas 4 e 6);

INT_ESP - Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE e relacionado com a área de vigilância em questão (ver notas 4, 5 e 6);

INF_MOD. – Informação registada no módulo de "tabagismo" (ver nota 7);

PROG - Associação do programa " P.N. Prevenção e Controlo do Tabagismo" (68) ao contacto (ver nota 8);

DIAG - Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE (ver notas 5 e 6);

INT - Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE (ver notas 5 e 6);

Notas:

1. As consultas de vigilância podem ser registadas como [presenciais] ou como [não presenciais].
2. Ver em cima como se classifica uma [consulta de enfermagem] como [presencial] e como [não presencial].
3. As consultas com código C006.7 são um subconjunto das consultas com código C006.
4. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa ou área de vigilância. No entanto, entende-se que existe um conjunto de diagnósticos e intervenções altamente frequentes e caracterizadores da consulta de vigilância relacionada com o tabagismo, que passam a ser utilizados para caracterizar este tipo de consulta de vigilância e disponíveis em [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE - Tabagismo](#).
5. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
6. Apenas se contabilizam os registos em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem], efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5);
7. O acesso ao módulo de tabagismo e acesso aos itens de informação, é efetuado após [Ativação do contacto], através do ícone próprio de acesso ao "módulo de tabagismo" no processo individual. Referencia-se no entanto que a informação documentada neste módulo não permite caracterizar os diagnósticos de enfermagem nem as intervenções de enfermagem

associadas a estes problemas.

8. A associação de qualquer programa de saúde ao contacto é efetuado quando se procede à [Ativação do contacto], selecionando para o efeito um dos programas disponíveis com campo "Programas de Saúde Ativos". Quando, anteriormente, não foi definido nenhum programa de saúde para o utente, ou no caso de se estar perante um primeiro contacto do utente, a definição dos programas de saúde está disponível no ícone "Prog" e a associação ao contacto através do campo "associar". A tabela de correspondências entre os diferentes tipos de programas disponíveis no SClínico e os diferentes tipos de consulta encontra-se disponível em [Correspondência entre programas de saúde \(SClínico - perfil enfermeiro\) e consultas de enfermagem de vigilância](#).

9. As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020. Para consultar as regras anteriormente vigentes, clique [aqui](#).

C006.8 | Consulta de enfermagem de vigilância relacionada com consumo excessivo de álcool - [SClínico (Perfil Enfermagem)]

Para que seja contabilizada, a condição [(CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA) e (DIAG_ESP ou INT_ESP)] deverá ser verdadeira:

CONS_DIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada] (ver notas 1, 2 e 3);

CONS_INDIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada] (ver notas 1, 2 e 3);

DIAG_ESP - Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE e relacionado com a área de vigilância em questão (ver notas 4 e 6);

INT_ESP - Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE e relacionado com a área de vigilância em questão (ver notas 4, 5 e 6);

Notas:

1. As consultas de vigilância podem ser registadas como [presenciais] ou como [não presenciais].
2. Ver em cima como se classifica uma [consulta de enfermagem] como [presencial] e como [não presencial].
3. As consultas com código C006.8 são um subconjunto das consultas com código C006.
4. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa ou área de vigilância. No entanto, entende-se que existe um conjunto de diagnósticos e intervenções altamente frequentes e caracterizadores da consulta de vigilância relacionada com consumo excessivo de álcool, que passam a ser utilizados para caracterizar este tipo de consulta de vigilância e disponíveis em [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE - Álcool](#).
5. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
6. Apenas se contabilizam os registos em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem], efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5);
7. As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020. Para consultar as regras anteriormente vigentes, clique [aqui](#).

C006.9 | Consulta de enfermagem de vigilância relacionada com obesidade - [SClínico (Perfil Enfermagem)]

Para que seja contabilizada, a condição [(CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA) e (DIAG_ESP ou INT_ESP)] deverá ser verdadeira:
CONS_DIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada] (ver notas 1, 2 e 3);
CONS_INDIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada] (ver notas 1, 2 e 3);
DIAG_ESP - Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE e relacionado com a área de vigilância em questão (ver notas 4 e 6);
INT_ESP - Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE e relacionado com a área de vigilância em questão (ver notas 4, 5 e 6);

Notas:

1. As consultas de vigilância podem ser registadas como [presenciais] ou como [não presenciais].
2. Ver em cima como se classifica uma [consulta de enfermagem] como [presencial] e como [não presencial].
3. As consultas com código C006.9 são um subconjunto das consultas com código C006.
4. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa ou área de vigilância. No entanto, entende-se que existe um conjunto de diagnósticos e intervenções altamente frequentes e caracterizadores da consulta de vigilância relacionada com a obesidade, que passam a ser utilizados para caracterizar este tipo de consulta de vigilância e disponíveis em [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE - Obesidade](#).
5. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
6. Apenas se contabilizam os registos em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem], efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5);
7. As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020. Para consultar as regras anteriormente vigentes, clique [aqui](#).

C006.10 | Consulta de enfermagem de vigilância relacionada com doenças respiratórias - [SCLínico (Perfil Enfermagem)]

Para que seja contabilizada, a condição [(CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA) e PROG e (DIAG_ESP ou INT_ESP)] deverá ser verdadeira:

CONS_DIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada] (ver notas 1, 2 e 3);
CONS_INDIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada] (ver notas 1, 2 e 3);
PROG - Associação do programa "P.N. Doenças Respiratórias" (65) ao contacto (ver nota 4);
DIAG_ESP - Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE (ver notas 5 e 7);
INT_ESP - Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE (ver notas 5, 6 e 7);

Notas:

1. As consultas de vigilância podem ser registadas como [presenciais] ou como [não presenciais].
2. Ver em cima como se classifica uma [consulta de enfermagem] como [presencial] e como

[não presencial].

3. As consultas com código C006.10 são um subconjunto das consultas com código C006.

4. A associação de qualquer programa de saúde ao contacto é efetuado quando se procede à [Ativação do contacto], selecionando para o efeito um dos programas disponíveis com campo "Programas de Saúde Ativos". Quando, anteriormente, não foi definido nenhum programa de saúde para o utente, ou no caso de se estar perante um primeiro contacto do utente, a definição dos programas de saúde está disponível no ícone "Prog" e a associação ao contacto através do campo "associar". A tabela de correspondências entre os diferentes tipos de programas disponíveis no SClínico e os diferentes tipos de consulta encontra-se disponível em Correspondência entre programas de saúde (SClínico - perfil enfermeiro) e consultas de enfermagem de vigilância.

5. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa ou área de vigilância. No entanto, entende-se que existe um conjunto de diagnósticos e intervenções altamente frequentes e caracterizadores da consulta de vigilância relacionada com as doenças respiratórias, que passam a ser utilizados para caracterizar este tipo de consulta de vigilância e disponíveis em [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE - Doenças Respiratórias](#).

6. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).

7. Apenas se contabilizam os registos em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem], efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5);

C006.99 | Consulta de enfermagem de vigilância em outras áreas - [SClínico (Perfil Enfermagem)]

Para que seja contabilizada, a condição [NC e (CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA) e (DIAG ou INT)] deverá ser verdadeira:

NC - Consulta não classificada em nenhum dos conceitos entre C006.1 e C006.9;

CONS_DIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada] (ver notas 1, 2 e 3);

CONS_INDIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada] (ver notas 1, 2 e 3);

DIAG - Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE (ver notas 4 e 6);

INT - Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE (ver notas 4, 5 e 6);

Notas:

1. As consultas de vigilância podem ser registadas como [presenciais] ou como [não presenciais].

2. Ver em cima como se classifica uma [consulta de enfermagem] como [presencial] e como [não presencial].

3. As consultas com código C006.99 são um subconjunto das consultas com código C006.

4. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa. Estas 2 condições destinam-se a garantir que apenas se contabiliza uma consulta associada a um programa de saúde como de "vigilância", caso tenha ocorrido um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] (qualquer

- que ele seja) ou pelo menos uma [intervenção de enfermagem] (qualquer que ela seja).
5. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).
6. Apenas se contabilizam os registos em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem], efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5);
7. As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020. Para consultar as regras anteriormente vigentes, clique [aqui](#).

C007 | Consulta médica não presencial - MedicineOne

Para que seja contabilizada, a condição [A e (B ou C ou D ou E ou F) e G e I] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto indireto (registado no MedicineOne);
- B. SOAP registado por qualquer médico ou interno da unidade de saúde;
- C. Pelo menos um registo realizado qualquer médico ou interno da unidade de saúde, nos módulos de diabetes, hipertensão, saúde materna, planeamento familiar ou saúde infantil;
- D. Emissão de receita médica (ver nota 2);
- E. Prescrição através do módulo de análises;
- F. Prescrição através do módulo de MCDT's;
- G. Não ter assinalado a quadricula [Contacto sem atividade clínica] nas [outras características do contacto].
- I. O estado mais recente da marcação na agenda associada ao contacto não é nenhum dos seguintes:
 - Aguarda atendimento
 - Ainda não chegou
 - Atividade não realizada
 - Atividade pendente
 - Desistiu
 - Desmarcada
 - Faltou

Notas:

1: Apenas se contabilizam os registos referidos em B, C, D, E e F efetuados até 10 dias após a data para a qual a consulta foi agendada e no máximo até ao 5º dia do mês seguinte (nas consultas agendadas para os 5 últimos dias de cada mês).

2: (válida a partir de janeiro de 2017): Existem problemas de interoperabilidade entre o MedicineOne e a PEM que têm impedido, de forma sistemática, que a Base de Dados Nacional de Prescrições guarde um código identificador único da consulta médica que gera a prescrição. Para contornar esse problema, o SIARS considerará como válidas todas as consultas não presenciais que tenham as seguintes informações comuns com as receitas prescritas:

- Dia de prescrição e dia de realização;
- Médico que prescreve e médico que realiza a consulta;
- Local RNU da consulta e local de prescrição;
- Utente da receita e utente da consulta.

C008 | Consulta médica presencial - MedicineOne

Para que seja contabilizada, a condição [A e B e C e D] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto direto (registado no MedicineOne);
- B. SOAP registado por qualquer médico ou interno da unidade de saúde;
- C. Não ter assinalado a quadricula [Contacto sem atividade clínica] nas [outras características do contacto].

D. O estado mais recente da marcação na agenda associada ao contacto não é nenhum dos seguintes:

- Aguarda atendimento
- Ainda não chegou
- Atividade não realizada
- Atividade pendente
- Desistiu
- Desmarcada
- Faltou

Nota: Apenas se contabilizam os registos referidos em B, efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5).

C009 | Consulta médica de vigilância - MedicineOne

Para que seja contabilizada, a condição [A e B e C e (D ou E) e F] ou [G e B e C e D e E e F] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto direto (registado no MedicineOne);
- B. SOAP registado por qualquer médico ou interno da unidade de saúde;
- C. Não ter assinalado a quadricula [Contacto sem atividade clínica] nas [outras características do contacto];
- D. Classificação do "A" do SOAP (parametrizada, através do sistema de episódios) com um dos códigos ICPC-2 compatíveis com o programa ou problema de saúde alvo de vigilância (ver nota 3);
- E. Registo de observação no programa de saúde correspondente, ou na ficha específica do problema de saúde, realizado por qualquer médico ou interno (ver nota 3 e nota 4).
- F. O estado mais recente da marcação na agenda associada ao contacto não é nenhum dos seguintes:

- Aguarda atendimento
- Ainda não chegou
- Atividade não realizada
- Atividade pendente
- Desistiu
- Desmarcada
- Faltou

G. Existência de um contacto não presencial ou indireto (registado no MedicineOne);

Notas

1. Quando se pretendem contar ou identificar [Consultas médicas de vigilância] sem especificação do programa de saúde, as regras atrás enunciadas são suficientes. No entanto, quando se pretendem identificar consultas de vigilância no contexto de programas de saúde específicos, é necessário considerar adicionalmente as regras definidas nos conceitos D001 a D010 (ver [Classificação do "A" do SOAP pela ICPC-2] em [Glossário e Legenda de Outros Termos]).

2. Apenas se contabilizam os registos referidos em B, D, e E efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5).

3. São monitorizados os registos de códigos ICPC-2 e de programas ou "tipos de consultas" referidos em cima nos pontos HC01.3.1 a HC01.3.11. A especificação dos códigos ICPC-2 e módulos aplicativos monitorizados nos diversos tipos de software clínico pode ser consultada em [classificação de problemas de saúde na consulta pela ICPC-2 e módulos dos programas e tipos de consulta](#).

4. O MedicineOne tem fichas ou módulos de: saúde infantil e juvenil; hipertensão; diabetes; hipertensão; planeamento familiar; saúde materna.

5. As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020. Para consultar as regras anteriormente vigentes, clique [aqui](#).

C010 | Consulta de enfermagem sem a presença do utente (indireta) - MedicineOne

Para que seja contabilizada, a condição [A e (B ou C ou D) e E e F] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto indireto (registado no MedicineOne);
- B. SOAP registado por qualquer enfermeiro da unidade de saúde;
- C. Pelo menos um registo realizado qualquer enfermeiro da unidade de saúde, nos módulos de diabetes, hipertensão, saúde materna, planeamento familiar ou saúde infantil;
- D. Registo de [diagnóstico de enfermagem] ou de [intervenção de enfermagem], codificados pela CIPE;
- E. Não ter assinalado a quadricula [Contacto sem atividade clínica] nas [outras características do contacto].
- F. O estado mais recente da marcação na agenda associada ao contacto não é nenhum dos seguintes:

- Aguarda atendimento
- Ainda não chegou
- Atividade não realizada
- Atividade pendente
- Desistiu
- Desmarcada
- Faltou

Nota: Apenas se contabilizam os registos referidos em B, C e D efetuados até 10 dias após a data para a qual a consulta foi agendada e no máximo até ao 5º dia do mês seguinte (nas consultas agendadas para os 5 últimos dias de cada mês).

C011 | Consulta de enfermagem com a presença do utente (direta) - MedicineOne

Para que seja contabilizada, a condição [A e B e C e D] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto direto (registado no MedicineOne);
- B. SOAP registado por qualquer enfermeiro da unidade de saúde;
- C. Não ter assinalado a quadricula [Contacto sem atividade clínica] nas [outras características do contacto].
- D. O estado mais recente da marcação na agenda associada ao contacto não é nenhum dos seguintes:

- Aguarda atendimento
- Ainda não chegou
- Atividade não realizada
- Atividade pendente
- Desistiu
- Desmarcada
- Faltou

Nota: Apenas se contabilizam os registos referidos em B efetuados até 5 dias após a data para

a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5).

C012 | Consulta de enfermagem de vigilância - MedicineOne

Para que seja contabilizada, a condição [A e B e C e (D ou E) e F] ou [G e B e C e D e E e F] deverá ser verdadeira:

A. Existência de um contacto direto (registado no MedicineOne);
B. SOAP registado por qualquer enfermeiro da unidade de saúde;
C. Não ter assinalado a quadricula [Contacto sem atividade clínica] nas [outras características do contato

D. Registo de observação na ficha do programa ou do problema de saúde correspondente, realizado por qualquer enfermeiro (ver nota 4);

E. Classificação do "A" do SOAP (parametrizada, através do sistema de episódios) com um dos códigos ICPC-2 compatíveis com o programa ou com o problema de saúde alvo da vigilância (ver nota 5).

F. O estado mais recente da marcação na agenda associada ao contacto não é nenhum dos seguintes:

- Aguarda atendimento
- Ainda não chegou
- Atividade não realizada
- Atividade pendente
- Desistiu
- Desmarcada
- Faltou

G. Existência de um contacto não presencial ou indireto (registado no MedicineOne);

Notas:

1. Quando se pretendem contar ou identificar [Consultas de enfermagem de vigilância] sem especificação do programa de saúde, as regras atrás enunciadas são suficientes. No entanto, quando se pretendem identificar consultas de vigilância no contexto de programas de saúde específicos, é ainda necessário considerar as regras definidas nos conceitos D001 a D010 (ver [Classificação do "A" do SOAP pela ICPC-2] em [Glossário e Legenda de Outros Termos]).

2. O MedicineOne tem instalada uma versão incompleta da CIPE-2 pelo que não é possível especificar regras para a identificação de consultas de vigilância de enfermagem a partir dos registos com esta classificação.

3. Apenas se contabilizam os registos referidos em B, D e E efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5).

4. São monitorizados os registos de códigos ICPC-2 e de programas ou "tipos de consultas" referidos em cima nos pontos HC02.2.1.1 a HC02.2.1.10.

5. O MedicineOne tem fichas ou módulos de: saúde infantil e juvenil; hipertensão; diabetes; hipertensão; planeamento familiar; saúde materna.

6. As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020. Para consultar as regras anteriormente vigentes, clique [aqui](#).

C019 | Consulta de "outro profissional de saúde", não presencial - [SClínico - Perfil "outro profissional de saúde"] de saúde"

Conceito em fase de implementação no SClínico, no MARTA e no SIARS.

Para que seja contabilizada, a condição [A e B e C] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto indireto (ou não presencial), do tipo "consulta" (em oposição a sessão de "acto(s)/tratamento(s)"), registado no MARTA (pelo secretário clínico) ou no próprio SClínico (pelo profissional de saúde);
- B. O contacto referido em A deve ter [registo administrativo de contacto] ou [check-in] ou [admissão], o que pode ser efetuado no MARTA pelos secretários clínicos ou no SClínico pelos profissionais de saúde;
- C. O profissional de saúde que irá realizar a consulta, deverá [efetivar] o contacto referido em A (SClínico), confirmando que se trata de uma "consulta" (em oposição a sessão de "acto(s)/tratamento(s)").

Notas:

1. Apenas se contabilizam registos de consultas em que a área profissional do titular dos registos seja do tipo "outro profissional de saúde", como por exemplo psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, entre outros.
2. Não existem "actos/tratamentos" não presenciais.
3. Corresponde ao item HC03.1 na Hierarquia de Consultas de outros Profissionais

C020 | Consulta de "outro profissional de saúde", presencial - [SClínico - Perfil "outro profissional de saúde"]

Conceito em fase de implementação no SClínico, no MARTA e no SIARS.

Para que seja contabilizada, a condição [A e B e C] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto direto (ou presencial), do tipo "consulta" (em oposição a sessão de "acto(s)/tratamento(s)"), registado no MARTA (pelo secretário clínico) ou no próprio SClínico (pelo profissional de saúde);
- B. O contacto referido em A deve ter [registo administrativo de contacto] ou [check-in] ou [admissão], o que pode ser efetuado no MARTA pelos secretários clínicos ou no SClínico pelos profissionais de saúde;
- C. O profissional de saúde que irá realizar a consulta, deverá [efetivar] o contacto referido em A (SClínico), confirmando que se trata de uma "consulta" (em oposição a sessão de "acto(s)/tratamento(s)"). Ver notas 2 e 3;

1. Apenas se contabilizam registos de consultas em que a área profissional do titular dos registos seja do tipo "outro profissional de saúde", como por exemplo psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, entre outros.
2. Cabe ao profissional de saúde, no âmbito das suas competências e respeitando orientações dos organismos centrais do Ministério da Saúde, respetivas ordens ou associações profissionais, confirmar no sistema de informação se efetivou uma "consulta" ou uma sessão de "acto(s)/tratamento(s)".
3. Um "acto/tratamento" é um procedimento efetuado por um profissional de saúde a um utente, a maioria da vezes decorrente de prescrição efetuada por outro profissional de saúde, em que o profissional executante se limita a fazer o que está protocolado nos termos desse "acto/tratamento".
4. Corresponde ao item HC03.2.2 na Hierarquia de Consultas de outros Profissionais

C021 | Sessão de acto(s) ou tratamento(s) de "outro profissional de saúde", presencial - [SClínico - Perfil "outro profissional de saúde"]

Conceito em fase de implementação no SClínico, no MARTA e no SIARS.

Para que seja contabilizada, a condição [A e B e C] deverá ser verdadeira:

- A. Existência de um contacto direto (ou presencial), do tipo "actos" (em oposição a sessão de "consulta"), registado no MARTA (pelo secretário clínico) ou no próprio SClínico (pelo profissional de saúde);

B. O contacto referido em A deve ter [registo administrativo de contacto] ou [check-in] ou [admissão], o que pode ser efetuado no MARTA pelos secretários clínicos ou no SClínico pelos profissionais de saúde;

C. O profissional de saúde que irá realizar a consulta, deverá [efetivar] o contacto referido em A (SClínico), confirmando que se trata de um "acto" (em oposição a sessão de "consulta"). Ver notas 2 e 3;

1. Apenas se contabilizam registos de consultas em que a área profissional do titular dos registos seja do tipo "outro profissional de saúde", como por exemplo psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, entre outros.

2. Cabe ao profissional de saúde, no âmbito das suas competências e respeitando orientações dos organismos centrais do Ministério da Saúde, respetivas ordens ou associações profissionais, confirmar no sistema de informação se efetivou uma "consulta" ou uma sessão de "acto(s)/tratamento(s)".

3. Um "acto/tratamento" é um procedimento efetuado por um profissional de saúde a um utente, a maioria da vezes decorrente de prescrição efetuada por outro profissional de saúde, em que o profissional executante se limita a fazer o que está protocolado nos termos desse "acto/tratamento".

4. Corresponde ao item HC03.2.1 na Hierarquia de Consultas de outros Profissionais.

C022 | Consulta de enfermagem de âmbito comunitário (direta ou indireta) - [SClínico (Perfil Enfermagem)]

Para que seja contabilizada, a condição [(A ou G) e B) e (C ou D) e (E ou F)] deverá ser verdadeira:

A. Existência de uma [consulta de enfermagem], classificada como [direta] e [terminado] (ver nota 1);

B. Ter como "cliente" uma das comunidades parametrizada no SI (ver nota 3); ver nota 3);

C. Associação a um [programa de saúde] (ver nota 4);

D. Associação a um projeto de saúde (ver nota 5);

E. Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE (ver nota 7);

F. Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE (ver nota 7);

G. Existência de uma [consulta de enfermagem], classificada como [indireta] e [terminado].

Notas:

1. Para classificar uma [consulta] e [direto], é necessário que, quando se procede à [Ativação do contacto] no [SClínico (Perfil Enfermagem)], selecionar em [local da consulta], qualquer dos itens lá existentes, exceto os referidos para [consulta] [sem a presença do utente]. Não são considerados os contactos classificados como [ato de enfermagem].

2. É possível que exista mais do que um registo de [ato de enfermagem] ou de [consulta de enfermagem] por dia, realizados à mesma comunidade e pelo mesmo profissional. Os registos que reúnam as condições definidas no conceito C022 [Consulta de enfermagem de âmbito comunitário (direta ou indireta)] e que sejam realizados no mesmo dia, ao mesmo utente e pelo mesmo profissional são contados uma única vez. a única vez.

3. As comunidades são parametrizadas no SClínico através do acesso à função [Parametrizações]>>>[Parametrização P/Serviço]>>>[Comunidades]. Devem ser preenchidas todas as características de carácter obrigatório em função do tipo de comunidade que se pretende parametrizar. Não são considerados outros tipos de "clientes" como utentes de famílias.

4. A associação de qualquer programa de saúde ao contacto é efetuado quando se procede à

[Ativação do contacto], seleccionando para o efeito um dos programas disponíveis com campo "Programas de Saúde Ativos". Quando, anteriormente, não foi definido nenhum programa de saúde para o utente, ou no caso de se estar perante um primeiro contacto do utente, a definição dos programas de saúde está disponível no ícone "Prog" e a associação ao contacto através do campo "associar". A tabela de correspondências entre os diferentes tipos de programas disponíveis no SClínico e os diferentes tipos de consulta encontra-se disponível em [Correspondência entre programas de saúde \(SClínico - perfil enfermeiro\) e consultas de enfermagem de vigilância](#).

5. São elegíveis todos os [projetos de saúde] disponíveis no SClínico.

6. Apenas se contabilizam os registos referidos em E e F efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5).

7. Os códigos CIPE definidos nas alíneas E e F não são específicos da consulta de enfermagem de âmbito comunitário, nem de nenhum programa de saúde. Estas 2 condições destinam-se apenas a garantir que apenas se contabiliza uma consulta associada a um programa de saúde, caso tenha ocorrido um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] (qualquer que ele seja) ou pelo menos uma [intervenção de enfermagem] (qualquer que ela seja).

8. As regras deste conceito são válidas a partir de março de 2020. Para consultar as regras anteriormente vigentes, clique [aqui](#).

Fonte https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id_con=89

© 2022 [ACSS](#) | Todos os direitos reservados | [Suporte técnico e funcional \(ACSS\)](#)

ANEXO 9- A ESTRATÉGIA TOMA OBSERVADA DIRETA (TOD)

A estratégia Toma Observada Direta (TOD), encontra-se alinhada com planeamento e com os objetivos da OMS para controlar, prevenir e erradicar a TB em todo o mundo, é constituída por cinco componentes (OMS, 2021):

1. A existência de um compromisso político sustentado, de forma a garantir e aumentar os recursos humanos e financeiros, de modo a que o controlo da TB seja uma prioridade em saúde no país, tendo-se alocados, recursos físicos, financeiros e promovido a formação do pessoal médico e de enfermagem.
2. O acesso a uma rede laboratorial de microscopia da expetoração, com qualidade certificada, que permite a confirmação de casos de TB, que é assegurada pelo Instituto Ricardo Jorge, enquanto laboratório de referência nacional e com funções de vigilância epidemiológica. Por outro lado, e relativamente à TB multirresistente e extensivamente resistente em Portugal, descrita como resultante essencialmente de tratamentos incompletos ou inadequados, de atrasos no diagnóstico da multirresistência e da coinfeção por VIH, cabe aos enfermeiros o papel de intervir nos comportamentos de adesão e na promoção da adesão terapêutica, através do cumprimento da TOD.
3. A existência de um tratamento farmacológico com quimioterapia padronizada em regimes de curta duração para todos os casos de TB, com condições de gestão adequadas, aplicação da TOD, que é prescrita por pessoal médico, sendo supervisionada e gerida pelos enfermeiros com formação na área que acompanham o doente, de forma personalizada, até ao fim do tratamento.
4. A existência de terapêutica de qualidade garantida, com sistemas de aquisição e distribuição fiáveis, que em Portugal são assegurados pelo Infarmed, que é a autoridade competente do Ministério da Saúde, com atribuições nos domínios da avaliação, autorização, disciplina, inspeção e controlo de produção, distribuição, comercialização e utilização de medicamentos de uso humano.
5. A existência de sistemas de informação para registo e análise de dados que permitam a avaliação de resultados do tratamento nos doentes com TB, assim como do desempenho do programa, sendo este ultimo componente muito importante para sistematicamente monitorizar o programa e corrigir os problemas identificados.

ANEXO 10- ELEGIBILIDADE DE CRIANÇAS PARA A VACINA BCG.

Quadro 6: Elegibilidade de crianças para a vacina BCG. Adaptada da norma nº 006/2016 de 29/06/2016 da DGS

Crianças sem registo de BCG/ sem cicatriz vacinal e:	Situações abrangidas:
-Provenientes de países com elevada incidência de TB	-Estadia de, pelo menos, 3 meses
-Que terminaram o processo de rastreio de contactos e/ou esquema de profilaxia	- A avaliar pelas Unidades de Saúde Pública em articulação com os Coordenadores Regionais do Programa Nacional para a TB (PNT) e Centros de Diagnóstico Pneumológico (CDP)
-Cujos pais, outros coabitantes ou conviventes apresentem	-Infeção VIH/SIDA, após exclusão de infeção VIH na criança, se mãe VIH+ -Dependência de álcool ou de drogas -Naturalidade de país com elevada incidência de TB (ver anexo II) -Antecedentes de TB
-Pertencentes a comunidades com risco elevado de TB	- A avaliar pelas Unidades de Saúde Pública em articulação com os Coordenadores Regionais do Programa Nacional para a TB e CDP
-Viajantes para países com elevada incidência de TB	-Estadia de, pelo menos, 3 meses -Pode ser ponderada a vacinação para estadias mais curtas, se for considerado um elevado risco de infeção

ANEXO 11- BILHETE DE IDENTIDADE DOS INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO DE MONITORIZAÇÃO DO CUMPRIMENTO DO PNV E DA NORMA Nº 010/2018 DA DGS

Enumeram-se os 3 indicadores, propostas pelo discente em sede de CTN, no quadro seguinte.

Quadro 7: Bilhetes de identidade dos indicadores de monitorização e contratualização de monitorização do cumprimento do PNV e da norma nº 010/2018 da DGS

Número do indicador	Designação	Objetivo	BI das métricas do indicador
424	Proporção de crianças com 1 ano, com avaliação de elegibilidade para vacinação com BCG	Monitorizar o cumprimento do PNV e da Norma nº 010/2018 de 17/04/2018 da DGS nos utentes com inscrição ativa e idade inferior a 1 ano.	https://sdm.min-saude.pt/BL.aspx?id=424&fonte=DW_ACSS&clusters=S
425	Proporção de crianças com idade inferior a 6 anos, com avaliação de elegibilidade para vacinação com BCG	Monitorizar o cumprimento do PNV e da Norma nº 010/2018 de 17/04/2018 da DGS nos utentes com inscrição ativa e idade inferior a 6 anos.	https://sdm.min-saude.pt/BL.aspx?id=425&fonte=DW_ACSS
426	Tempo médio de espera para vacinação com BCG	Monitorizar a rapidez de resposta na vacinação das crianças elegíveis para BCG.	https://sdm.min-saude.pt/BL.aspx?id=426&fonte=DW_ACSS

ANEXO 12- PERFIS DO SINAVE

O SINAVE existe sob a forma de vários perfis de acordo com a [Portaria nº 22/2016 de 10 de fevereiro](#), enumerando-se de seguida:

- **Perfil de Médico**, permite efetuar notificações de caso de doenças sujeitas a notificação obrigatória, consultar e retificar as notificações efetuadas;
- **Perfil de Laboratório (SINAVE Lab)**, permite que estes validam o resultado laboratorial, permite efetuar notificação de resultados laboratoriais de doenças sujeitas a notificação obrigatória e consultar as notificações por si efetuadas;
- **Perfil de Laboratório Nacional de Referência**, atribuído aos profissionais designados pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P., permite efetuar notificação de resultados laboratoriais de doenças sujeitas a notificação obrigatória e consultar as notificações efetuadas;
- **Perfil de Operacional de Vigilância e Controlo**, atribuído a trabalhadores da Direção Geral da Saúde envolvidos no processo de vigilância e controlo das doenças sujeitas a notificação obrigatória, permite consultar e ou editar as notificações anonimizadas efetuadas a nível nacional, bem como a investigação epidemiológica respetiva, de acordo com as respetivas funções onde se incluem os Enfermeiros Especialistas em Saúde Pública a exercer nas USP, por exemplo.

ANEXO 13- ATIVIDADE DO ENFERMEIRO NA TUBERCULOSE

Quadro 8: A atividade do Enfermeiro na TB, adaptado de Conselho Internacional de Enfermeiros (2008, pp. 36-37)

Objetivos	Estratégia e fundamentação	Intervenção dos enfermeiros
Cumprir compromisso político.	-Investimento a nível nacional e local para implementar e sustentar programa bem-sucedido de controlo da TB.	Gerir e Colaborar na implementação de estratégias e políticas do Programa de combate à TB
Detetar precocemente pessoas em fase infecciosa	-Diminuição dos problemas de saúde associados à doença; -Eficácia de custos; -Identificação de casos infecciosos.	-Identificar os casos suspeitos; -Apoiar pessoas e comunidades -Ensinar a fazer colheita de boa amostra; -Promover acessibilidade para entrega de amostras; -Proporcionar suporte informativo datas e resultados; - Promover comportamentos de procura de saúde; -Encaminhar pessoas com suspeita de TB doença ou TB infeção latente para consulta médica.
Garantir tratamento sob TOD.	-Eficácia do tratamento prescrito e adesão à terapêutica -Formação periódica dos profissionais observadores do tratamento, garantindo responsabilidade e aceitação pela pessoa doente.	-Garantir o acesso equitativo; -Planear cuidados individualizados; -Otimizar a gestão do regime terapêutico; -Monitorizar e documentar a mediação e o progresso; -Apoiar as pessoas doentes, família e observadores do tratamento; -Encaminhar pessoas/família para apoio social, se necessário.
Notificar e registar doença de declaração obrigatória.	-Avaliar sistematicamente: -Progresso do doente e resultado do tratamento; -Desempenho global do programa.	-Manter registos claros e exatos com informação laboratorial, cartões de tratamento e registo TB; -Comunicar o progresso individual e coletivo.
Fornecer regularmente e ininterruptamente os antibacilares.	-Minimizar a possibilidade de interrupção do tratamento.	-Garantir que existe um fornecimento suficiente de antibacilares para todos os doentes; -Providenciar, sempre que possível, a entrega de reforços alimentares, após toma de medicação; -Encaminhar/ facilitar deslocações gratuitas das pessoas em regime de TOD.
Garantir aspetos logísticos adicionais: formação e supervisão.	-Garantir a qualidade e a gestão adequada de casos reais e possíveis de TB.	-Promover potenciar o desenvolvimento profissional; -Promover a formação de profissionais de saúde que exercem a sua função fora dos CDP's e administram terapêutica anti bacilar em TOD; -Promover o comportamento de procura de saúde nas pessoas com a doença, junto das suas famílias e nas comunidades; -Divulgar e disponibilizar os suportes informativos da DGS sobre TB e seu tratamento à pessoa com TB, conviventes, instituições e comunidade; -Dinamizar a sala de espera utilizando meios existentes
Garantir flexibilidade na implementação dos aspetos técnicos.	-Necessidade de flexibilidade na implementação dos componentes da DOTS, por diversidade de contextos	-Prestar cuidados individualizados, centrados na pessoa doente, contribuindo para serviços mais flexíveis.



	geográficos, ambientais e culturais.	
--	--------------------------------------	--

ANEXO 14- TIPOS DE CONSULTAS ENFERMAGEM SEGUNDO A ACSS

Os tipos de consultas de vigilância realizadas por enfermeiros atualmente em monitorização pela ACSS:

- C006 | Consulta de Enfermagem de Vigilância
- C006.1 | Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil
- C006.2 | Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Materna
- C006.3 | Consulta de Enfermagem de Vigilância no Puerpério
- C006.4 | Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar
- C006.5 | Consulta de Enfermagem de Vigilância em Diabetes Melitos
- C006.6 | Consulta de Enfermagem de Vigilância em Hipertensão
- C006.7 | Consulta de Enfermagem de Vigilância Relacionada com Tabagismo
- C006.8 | Consulta de Enfermagem de Vigilância Relacionada com Consumo Excessivo de Álcool
- C006.9 | Consulta de Enfermagem de Vigilância Relacionada com Obesidade
- C006.10 | Consulta de Enfermagem de Vigilância Relacionada com Doenças Respiratórias
- C006.99 | Consulta de Enfermagem de Vigilância em outras áreas
- C022 | Consulta de enfermagem de âmbito comunitário

ANEXO 15- FATORES QUE AFETAM A ADESÃO DA TB

Quadro 9: Fatores que afetam a adesão ao tratamento da TB e as intervenções utilizadas para melhorar a adesão, adaptado de WHO (2003) Adherence to Long-Term Therapies - Evidence for Action

Tuberculose	Fatores que afetam a adesão	Intervenções para melhorar a adesão
Fatores socioeconómicos	(-). Baixa escolaridade, inexistência ou redução de redes de apoio social efetivo e contextos de vida instáveis; (-) Cultura e crenças sobre a doença e o tratamento; (+) Etnia, género e idade; Elevado custo de transporte; Envolvimento criminal; Envolvimento em tráfico de drogas.	Avaliação das necessidades sociais, de suporte social, habitação, alimentos e medidas legais; Fornecer transporte para o local de tratamento; Apoio dos pares; Mobilização das organizações comunitárias; Otimizar a cooperação entre os serviços.
Fatores relacionados com o sistema/equipe de saúde	(-) Serviços de Saúde deficitários ou pouco desenvolvidos; relação desajustada entre profissional de saúde e doente; prestadores de cuidados inexperientes, excesso de trabalho, supervisão inadequada ou falta de apoio nas suas tarefas; incapacidade para prever os doentes potencialmente não aderentes. (+) Boa relação entre o doente e os profissionais de saúde; conhecimentos; ligações com os sistemas de apoio aos doentes; flexibilidade nos horários.	Disponibilidade de informações; flexibilidade face aos tratamentos disponíveis; processos de formação e de gestão que visam melhorar a forma de cuidar doentes com TB; gestão da doença e tratamento em parceria com os doentes; atendimento multidisciplinar; supervisão intensiva; capacitação em monitorização da adesão; estratégia DOTS.
Fatores relacionados com a condição	(+). Os doentes assintomáticos, ou seja, sem manifestações da doença; o uso de drogas; estado de alteração do estado mental potenciado ou não pelo abuso de substâncias; estados de depressão e stress psicológico. (+) Conhecimento sobre TB.	Educação sobre o uso dos medicamentos; fornecimento de informações sobre a TB e a necessidade de comparecer ao tratamento.
Fatores relacionados com a terapia	(-) Complexidade do regime terapêutico; efeitos adversos do tratamento; toxicidade, história de não adesão	Educação sobre o uso de medicamentos; educação sobre adesão; tratamento de acordo com as necessidades dos doentes em risco de não adesão; acordos (escrito ou verbal) para o estabelecimento de compromisso ou curso de tratamento;



		monitorização contínua e reavaliação do tratamento.
Fatores relacionados com o doente	(-) Esquecimento; abuso de álcool e outras drogas, depressão; stress psicológico; (+)A crença na eficácia do tratamento; motivação	Relação terapêutica; definição de metas mútuas; ajudas e lembretes de memória; incentivos e/ou reforços cartas de aviso, lembretes de telefone ou visitas domiciliaries.



APÊNDICES

APÊNDICE 1- PERFIS DO SCLÍNICO®|CSP

SCLínico®|CSP - **Perfil Médico** corresponde à nova versão do SAM, que foi usado em Portugal até ao 1º semestre de 2015. O SCLínico®|CSP permite aos médicos ou internos proceder a registos clínicos depois dos secretários clínicos procederem, no SINUS, ao registo administrativo de contacto do utente. Com exceção do registo de resultados de MCDT's, no SCLínico – Perfil Médico não é possível a ocorrência de registos clínicos (exemplo uma emissão de receita) sem prévio registo administrativo do contacto. A existência de registo informático de efetivação da consulta, constitui só por si garantia de que a consulta se realizou. (ACSS, 2016).

O SCLínico®|CSP -**Perfil Enfermagem**- corresponde à nova versão do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), usado em Portugal até ao 1º semestre de 2015. Em Portugal foi na década de 90 que os enfermeiros foram aperfeiçoando programas, com a ajuda de técnicos informáticos do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, no âmbito da sua responsabilidade como parceiros do projeto “Telenurse”, que teve como preocupação a promoção do desenvolvimento das aplicações da telemática à Enfermagem, desenhadas para registar e organizar os dados clínicos, descrever a prática clínica de enfermagem. Mais tarde foram surgindo alguns sistemas informáticos direcionados aos utentes em algumas Instituições de Saúde tais como o SAPE.

- No SCLínico®|CSP Perfil Enfermagem, os enfermeiros podem proceder a registos clínicos classificando-os previamente quanto ao tipo de contacto, como:
 - Ato de enfermagem ou como Consulta de enfermagem, sendo a classificação efetuada quando se cria o contacto. Quer as consultas de enfermagem quer os atos de enfermagem podem estar sujeitos a taxa moderadora, não sendo aplicável na TB que é isenta de taxas.
- O SCLínico®|CSP Perfil Enfermagem (ACSS, 2016), apresenta uma diferença do perfil médico, pois permite o registo quer de consultas de enfermagem, quer de atos de enfermagem, sem a existência prévia de um registo administrativo de contacto ou de taxa moderadora. As consultas de enfermagem são usadas preferencialmente para uma intervenção junto do utente visando a realização de uma avaliação e diagnóstico, ou estabelecimento de um plano de cuidados ou intervenção de enfermagem. De acordo com a ACSS, devem conter pelo menos dados de avaliação e um novo diagnóstico de enfermagem e o registo de pelo menos uma intervenção de enfermagem. Em alternativa devem conter pelo menos um diagnóstico de enfermagem ativo e pelo menos um novo



registo de intervenção de enfermagem. Os atos de enfermagem são utilizados para os registos de atividades de enfermagem que envolvem apenas prescrições, quer por outros técnicos, quer pelo próprio enfermeiro, sendo que um registo de Ato de enfermagem deve ter, pelo menos uma "intervenção de enfermagem" ou pelo menos uma "medicação" ou pelo menos uma "atitude terapêutica" (ACSS, 2016).

APÊNDICE 2- FOCO GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO E STATUS

Tabela 13: Parametrização do foco Gestão do Regime Terapêutico, CIPE® versão beta 2

Código (CIPE®)	Foco
1A.1.1.2.2.1.1.9.1.5.	Gestão do Regime Terapêutico

Cada foco pode ter um determinado grupo de status associado, pelo que no quadro seguinte se apresentam os diagnósticos possíveis associados ao foco gestão do regime terapêutico, de acordo com a Versão Beta 2, e os critérios propostos pela CIPE®.

Tabela 14: Foco Gestão do Regime Terapêutico e status parametrizado

Grupo de status :	Status => Gestão do Regime Terapêutico
Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso	Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso
	Conhecimento sobre regime medicamentoso
	Conhecimento sobre regime medicamentoso não demonstrado
Compromisso	Gestão do regime terapêutico comprometida
	Sem gestão do regime terapêutico comprometida
Potencial para melhorar o conhecimento sobre dieta	Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético
	Conhecimento sobre regime dietético
	Sem potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético
Potencial para melhorar o conhecimento sobre hábitos de exercício	Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de exercício
	Conhecimento sobre regime de exercício
	Conhecimento sobre hábitos de exercício não demonstrado
	Conhecimento sobre hábitos de exercício demonstrado
Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre hábitos alimentares não demonstrado
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso não demonstrado
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico não demonstrado
	Conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre regime terapêutico

Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre regime medicamentoso	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre regime terapêutico
Potencial para melhorar a capacidade sobre regime dietético	Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime dietético Capacidade para gerir o regime dietético
Potencial para melhorar a capacidade de gerir o regime de exercício	Capacidade para gerir o regime de exercício Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime de exercício
Potencial para melhorar a capacidade de gerir o regime medicamentoso	Capacidade para gerir o regime medicamentoso
Potencial para melhorar o conhecimento da comunidade	Conhecimento da comunidade sobre regime terapêutico Conhecimento da comunidade sobre regime terapêutico, melhorado Potencial para melhorar o conhecimento da comunidade sobre regime terapêutico

APÊNDICE 3- FOCO AUTOCONTROLO DA INFEÇÃO E STATUS

Tabela 15: Parametrização do foco Autocontrolo da infeção, CIPE® versão beta 2

Código (CIPE®)	Foco
1A.1.1.2.1.1.8.2.7.	Autocontrolo: Infeção

Tabela 16: Foco Autocontrolo: Infeção e status parametrizado

Grupo de status:	Foco: Autocontrolo da Infeção=> Status
Compromisso	Auto controlo: infeção comprometido
	Sem auto controlo: infeção comprometido
Potencial para melhorar o conhecimento sobre auto controlo: infeção	Potencial para melhorar o conhecimento para promover auto controlo: infeção
	Conhecimento para promover auto controlo: infeção
	Sem potencial para melhorar o conhecimento para promover auto controlo: infeção
Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre auto controlo: infeção	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e (ou) do pai sobre prevenção de contaminação
Potencial para melhorar o conhecimento da comunidade	Conhecimento da comunidade sobre auto controlo: infeção
	Conhecimento da comunidade sobre auto controlo: infeção, melhorado
	Potencial para melhorar o conhecimento da comunidade sobre auto controlo: infeção

APÊNDICE 4- FOCO COMPORTAMENTO DE ADESÃO E STATUS

Tabela 17 - Parametrização do foco Comportamento de Adesão, CIPE®, versão beta 2

Código (CIPE®)	Foco
1A.1.1.2.2.1.1.9.1.	Comportamento de Adesão

Tabela 18 - Prevalência dos diagnósticos de enfermagem do foco: Comportamento de Adesão nos doentes com PNLCTADT

Grupo de status:	Foco: Comportamento de adesão=> Status
Compromisso	Adesão ao regime terapêutico
	Não adesão ao regime terapêutico
	Adesão ao rastreio
	Não adesão ao rastreio
	Adesão ao regime medicamentoso
	Baixa adesão ao regime medicamentoso
Potencial para melhorar a dieta	Adesão ao regime dietético
	Não adesão ao regime dietético
Potencial para melhorar hábitos de exercício	Adesão ao regime de exercício
	Não adesão ao regime de exercício
Potencial para melhorar o conhecimento para promover a adesão	Conhecimento para promover comportamento de adesão
	Potencial para melhorar o conhecimento para promover comportamento de adesão
	Sem potencial para melhorar o conhecimento para promover comportamento de adesão

APÊNDICE 5- DIMENSÃO 2: OPERACIONALIZAÇÃO E CODIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Tabela 19: Operacionalização das variáveis incluídas no diagnóstico dos registos em SClinico (Dimensão 2) .

Variável	Definição	Tipo de variável	Escala de medida	Domínio
Sexo	Indica se é homem ou mulher	Qualitativa	Nominal	1- Masculino 2- Feminino
Idade	Indica a idade do doente em anos completos	Quantitativa	Numérica	Grupos etários
Nacionalidade	Indica se o doente nasceu ou não em Portugal	Qualitativa	Nominal	Listagem de País
Freguesia	Indica a freguesia de residência do doente	Qualitativa	Nominal	Codificação
Concelho	Indica o concelho de residência do doente	Qualitativa	Nominal	Codificação
Distrito	Indica o distrito de residência do doente	Qualitativa	Nominal	Codificação
Profissão	Indica a profissão documentada em SClinico® CSP	Qualitativa	Nominal	1-Registo profissão 2- Sem registo
Doença TB	Indica codificação médica ICPC-2: A70	Qualitativa	Nominal	1- Sim 2- Não
Dependência alcoólica	Indica a dependência alcoólica codificação ICPC-2: P16 ou P15	Qualitativa	Nominal	1- Sim 2- Não
Dependência de drogas	Indica codificação médica P19	Qualitativa	Nominal	1- Sim 2- Não
Abuso de Tabaco	Indica codificação médica ICPC-2: P17	Qualitativa	Nominal	1- Sim 2- Não
Doente Diabético	Indica codificação médica ICPC-2: T89 e T90	Qualitativa	Nominal	1- Sim 2- Não
Doença Hepática	Indica codificação médica ICPC-2:: D72 e D97	Qualitativa	Nominal	1- Sim 2- Não
Doença inflamatória articular	Indica codificação médica ICPC-2: L99 e L88	Qualitativa	Nominal	1- Sim 2- Não
Doença pulmonar obstrutiva crónica	Indica codificação médica ICPC-2: R95	Qualitativa	Nominal	1- Sim 2- Não
Infeção-VIH / SIDA	Indica codificação médica ICPC-2: B90	Qualitativa	Nominal	1- Sim 2- Não
Doença urinária, outra	Indica codificação médica ICPC-2: U99	Qualitativa	Nominal	1- Sim 2- Não
Doença de Hodgkin / Linfomas	Indica codificação médica ICPC-2: B72	Qualitativa	Nominal	1- Sim 2- Não
Neoplasia do pulmão	Indica codificação médica ICPC-2: R84 R85 R92	Qualitativa	Nominal	1- Sim 2- Não
Sarcoidose	Indica codificação médica ICPC-2: B99	Qualitativa	Nominal	1- Sim 2- Não
Silicose	Indica codificação médica ICPC-2: R99	Qualitativa	Nominal	1- Sim 2- Não
Neoplasia outros Órgãos	Indica codificação médica ICPC-2: X79 B75 N75 S79 D78 U79 F74 X76 S77 Y77 D77 D75 D74 D76 N74 B74 U76	Qualitativa	Nominal	1- Sim 2- Não
Programa	Indica PNLCTADT,	Qualitativa	Nominal	1- Sim

Nacional de Luta contra a TB	codificado no SClínico@ CSP			2- Não
Comportamento de Adesão	Foco Comportamento de adesão CIPE: 1A.1.1.2.2.1.1.9.1.	Qualitativa	Nominal	1- Sim 2- Não
Diagnóstico de Enfermagem: Foco CA	Diagnósticos do Foco Comportamento de adesão CIPE:	Qualitativa	Nominal	11- Sim 2- Não
Auto controlo: infeção	Foco Autocontrolo: infeção CIPE: 1A.1.1.2.1.1.8.2.7.	Qualitativa	Nominal	1- Sim 2- Não
Diagnóstico de Enfermagem do Foco ACTo	Diagnósticos do Foco Autocontrolo: infeção CIPE:	Qualitativa	Nominal	1- Sim 2- Não
GRT	Foco Gestão do Regime Terapêutico CIPE: 1A.1.1.2.2.1.1.9.1.5.	Qualitativa	Nominal	1- Sim 2- Não
Diagnósticos de Enfermagem do Foco GRT	Diagnósticos do Foco Gestão do Regime Terapêutico CIPE:	Qualitativa	Nominal	1- Sim 2- Não
TOD	Intervenção de enfermagem “Supervisionar a autoadministração de medicamentos”	Quantitativa	Numérica	1–Data registo 2-Data término
Medicação	Codificação da medicação registada	Quantitativa	Numérica	1–Data registo 2-Data término
Unidade de Registo	Codificação da Unidade funcional que efetuou o registo	Qualitativa	Nominal	Unidade funcional
Local de contacto	Codificação da local de contacto registado	Qualitativa	Nominal	1-CDP 2-Domicílio 3-Unidade de Saúde 4-CDP-Domicílio 5-Sem presença do utente 6-Não presencial 7-SASU 8-Unidade Móvel 9-Loais Comunitários

APÊNDICE 6- DIMENSÃO 1: RESUMO MÍNIMO DE DADOS GESTÃO COMUNITÁRIA

Tabela 20: Resumo mínimo de dados para o diagnóstico no foco Gestão Comunitária, adaptado de Miranda,2020

Diagnóstico	Crítérios de Diagnóstico
Gestão comunitária comprometida	Se: participação comunitária comprometida e/ou liderança comunitária comprometida e/ou processo comunitário comprometido
Participação comunitária comprometida	Se: processo do grupo comunitário comprometido
Processo comunitário comprometido	Se: coping comunitário comprometido
Liderança comunitária comprometida	Se: défice de conhecimento sobre questões basilares do projeto e/ou crença sobre o projeto dificultadora e/ou volição para o projeto comprometida

APÊNDICE 7- DIMENSÃO 1: ENQUADRAMENTO DAS QUESTÕES ALOCADAS, ÀS DIMENSÕES MAIEC

Tabela 21 - Enquadramento das questões alocadas, às dimensões MAIEC (Dimensão 1)

Participação Comunitária

9- Perante um contato de enfermagem a um utente com TB, documenta ou documentaria a sua intervenção no SClínico®|CSP?

9.1- Se respondeu "Não", porque motivo não documenta?

10- Considera que os registos de enfermagem no SClínico®|CSP, podem gerar indicadores em saúde que contribuam para a avaliação do Programa Nacional de Luta contra a TB?

11- Considera que a informação resultante dos registos de enfermagem no SClínico®|CSP, é avaliada pelo Programa Nacional de luta contra a TB, nos formulários 1 e 2 do SVIG-TB ?

12- Considera existir vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem em TB no seu ACeS?

13- Considera importante que exista vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem, em TB?

14- Considera que existem parcerias formais efetivas com outras comunidades (como os SPMS, Conselho Clínico, ODE, GRECS) para a promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem na TB?

Processo Comunitário

16- Considera ter experiência profissional com sistemas de informação e documentação em enfermagem para conseguir documentar adequadamente um contato de enfermagem a um utente a ser acompanhado pelo Programa Nacional de Luta contra a TB?

Liderança Comunitária

15- Considera ter conhecimentos sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem, em TB?

17- Como considera a sua formação para documentar o foco de enfermagem “ Autocontrolo da Infecção”, em TB?

18- Como considera a sua formação para documentar o foco de enfermagem “ Gestão do Regime Terapêutico”, em TB?

19- Como considera a sua formação para documentar o foco de enfermagem “Comportamento de Adesão” ?

20-Considera importante ter formação sobre a documentação da atividade de Enfermagem em TB

21- Considera importante ter formação sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem em TB?

APÊNDICE 8- PROBLEMAS EM CADA UM DOS DOMÍNIOS MAIEC

Tabela 22: Dimensão 1 : Problemas alocados, às dimensões MAIEC

Domínio	Problemas
Liderança Comunitária Comprometida:	Existência de uma taxa de resposta de 58 % nos enfermeiros, que indicaram não ter conhecimentos sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem, em TB
	Existência de uma taxa de resposta de 58% nos enfermeiros, que indicaram terem formação Insuficiente ou Suficiente para documentar o foco de enfermagem "Gestão do Regime Terapêutico" , em TB
	Existência de uma taxa de resposta de 50% nos enfermeiros, que indicaram ter formação Insuficiente ou Suficiente para documentar o foco de enfermagem " Autocontrolo da Infeção" , em TB
	Existência de uma taxa de resposta de 58% nos enfermeiros, que indicaram ter formação Insuficiente ou Suficiente para documentar o foco de enfermagem " Comportamento de Adesão" , em TB
	Existência de uma taxa de resposta de 83% nos enfermeiros, que consideram importante ter formação sobre a documentação da atividade de Enfermagem em TB
	Existência de uma taxa de resposta de 92% nos enfermeiros, que consideraram importante ter formação sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem em TB
Participação Comunitária Comprometida	Existência de uma taxa de resposta de 75 % nos enfermeiros, que indicam não saber responder ou que respondem não, quando questionados se a informação resultante dos registos de enfermagem no SClínico® CSP, é avaliada pelo Programa Nacional de luta contra a TB, nos formulários 1 e 2 do SVIG-TB;
	Existência de uma taxa de resposta de 92 % nos enfermeiros, que consideram que os registos de enfermagem no SClínico, podem gerar indicadores em saúde que contribuam para a avaliação do Programa Nacional de Luta contra a TB ;
	Existência de uma taxa de resposta de 67 % nos enfermeiros, que não percebem existir vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem em TB no seu ACeS;
	Existência de uma taxa de resposta de 92 % nos enfermeiros, que percebem ser importante que exista vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem, em TB;
	Existência de uma taxa de resposta de 84 % nos enfermeiros, que referem não saber responder ou que afirmam não existir parcerias formais efetivas com outras comunidades (como os SPMS, Conselho Clínico, ODE, GRECSP) para a promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem;



Processo Comunitário Não comprometido	Existência 67% que percecionam ter experiência profissional com sistemas de informação e documentação em enfermagem para conseguir documentar adequadamente um contato de enfermagem a um utente a ser acompanhado pelo Programa Nacional de Luta contra a TB, <u>pelo que não foi priorizado.</u>
---------------------------------------	--

APÊNDICE 9- DIMENSÃO 1: QUESTIONÁRIO APLICADO A ENFERMEIROS PERITOS EM TB

MAIEC - Projeto de Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem em TB

O ACeS de [REDACTED], em parceria com a Universidade Católica Portuguesa (UCP), tem em curso um projeto que tem como finalidade contribuir para a promoção da vigilância epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem.

Este projeto integra-se no projeto MAIEC da Nursing Research Platform do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da UCP associado ao Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária do estudante Sérgio Sousa, com orientação da equipa de enfermagem da Unidade de Saúde Pública da [REDACTED].

Tem como referencial teórico o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), desenvolvido por Melo (2016), que permite constituir o ACeS como uma comunidade alvo de intervenção dos Enfermeiros. Estes fenómenos foram selecionados em consonância com o Plano Local de Saúde e nas necessidades identificadas como prioritárias na população de [REDACTED].

O questionário é de preenchimento rápido e contamos com a sua colaboração para o sucesso do nosso projeto. Garante-se a confidencialidade e anonimato de todos os dados fornecidos.

Para qualquer esclarecimento/ comentário pode entrar em contacto com: Enfermeiro Sérgio Sousa (estudante de Mestrado) – [REDACTED], [REDACTED] ou a Unidade de Saúde Pública (equipa de Enfermagem) [REDACTED] [t](#)

* Obrigatório

Grupo I

1. Sexo *

- Feminino
 Masculino

2. Idade * (O valor tem de ser um número)

3. Experiência profissional como enfermeiro(a) (anos) * (O valor tem de ser um número)

4. Experiência profissional na Unidade Funcional do ACeS onde exerce funções (anos) * (O valor tem de ser um número)

5. Tem alguma especialidade em Enfermagem? *

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

6. Habilitações *

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outro

7. Se apresenta mestrado ou doutoramento, em que área? *

8. Em que unidade do ACeS exerce funções? *

- CDP
- USP
- UCC

Grupo II

9. Perante um contato de enfermagem a um utente com TB, documenta ou documentaria a sua intervenção no SClínico®|CSP? *

- Sim
- Não
- Não sei / Não respondo

9.1. Se respondeu "Não", porque motivo não documenta? *

- Escassez de recursos Humanos
- Inexistência de Parametrização
- Não tenho formação adequada
- Não sei / Não respondo
- Outro

10. Considera que os registos de enfermagem no SClínico®|CSP, podem gerar indicadores em saúde que contribuam para a avaliação do Programa Nacional de Luta contra a TB? *

- Sim
- Não
- Não sei responder
- Outro

11. Considera que a informação resultante dos registos de enfermagem no SClínico®|CSP, é avaliada pelo Programa Nacional de luta contra a TB, nos formulários 1 e 2 do SVIG-TB? *

Subtítulo explicativo: Sistema SVIG-TB

O sistema de vigilância intrínseco do Programa Nacional de Luta Contra a TB (PNT) é um sistema de notificação e follow up dos casos de TB em Portugal, que, a par do sistema de Doenças de Notificação Obrigatória, tem a mais valia de gerir o processo no sentido do cumprimento dos objetivos prioritários do Programa (Circulares Normativas N° 08/DT de 29/05/2000 e N° 06/DT de 13/03/2001). A notificação dos novos casos, dos retratamentos e dos dados de acompanhamento de cada episódio de doença é efetuada por um conjunto de 2 Formulários, preenchidos e entregues em papel, cuja versão atual de encontra disponível abaixo:

Formulário 1 - Registo de um caso de TB, caso novo ou retratamento

Formulário 2 - Dados complementares ao registo de caso e declaração do termo do tratamento

- Sim
- Não
- Não sei responder
- Outro

12. Considera existir vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem em TB no seu ACeS? *

- Sim
- Não
- Não sei responder

13. Considera importante que exista vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem, em TB? *

- Sim
- Não
- Não sei responder

14. Considera que existem parcerias formais efetivas com outras comunidades (como os SPMS, Conselho Clínico, ODE, GRECSP) para a promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem na TB? *

- Sim
- Não
- Não sei responder

15. Considera ter conhecimentos sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem, em TB? *

- Sim

- Não
- Prefiro não responder

16. Considera ter experiência profissional com sistemas de informação e documentação em enfermagem para conseguir documentar adequadamente um contato de enfermagem a um utente a ser acompanhado pelo Programa Nacional de Luta contra a TB? *

- Sim
- Não
- Não sei / Não respondo

17. Como considera a sua formação para documentar o foco de enfermagem Autocontrolo da Infecção, em TB? * Como considera a sua formação para documentar a sua resposta, onde 0 corresponde a não tenho formação e 5 equivale a tenho formação avançada.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

18. Como considera a sua formação para documentar o foco de enfermagem Gestão do regime terapêutico, em TB? * Como considera a sua formação para documentar a sua resposta, onde 0 corresponde a não tenho formação e 5 equivale a tenho formação avançada.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

19. Como considera a sua formação para documentar o foco de enfermagem Comportamento de Adesão, em TB? * Como considera a sua formação para documentar a sua resposta, onde 0 corresponde a não tenho formação e 5 equivale a tenho formação avançada.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

20. Considera importante ter formação sobre a documentação da atividade de Enfermagem em TB? *

- Sim
- Não
- Não sei / Não respondo

21. Considera importante ter formação sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem em TB? *

- Sim
- Não
- Não sei / Não respondo



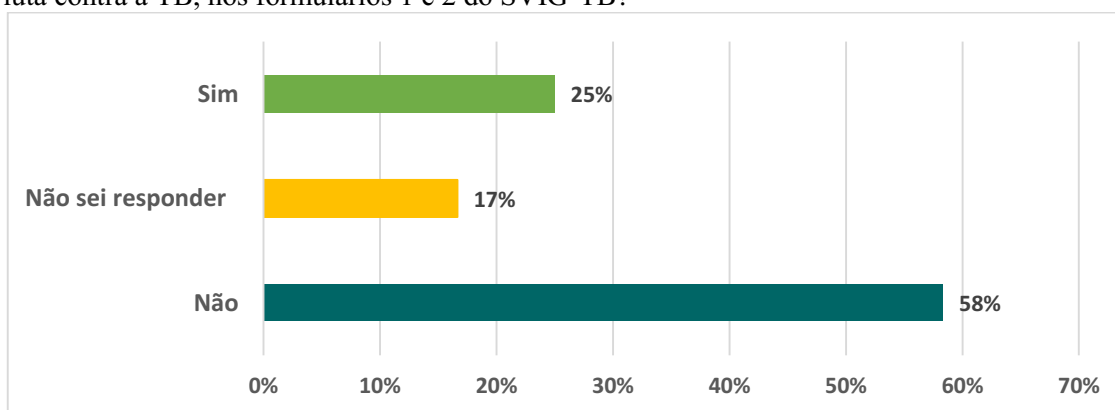
APÊNDICE 10- DIMENSÃO 1: RESULTADO DO QUESTIONÁRIO APLICADO A ENFERMEIROS PERITOS EM TB- GRUPO II

A primeira questão deste grupo era sobre a participação comunitária relacionados com a perceção/decisão dos Enfermeiros em documentar no SClínico®|CSP um contato de enfermagem em TB, sendo que da amostra todos os elementos (100%) consideravam que registariam no sistema de informação.

Quando questionados sobre se os registos de enfermagem no SClínico®|CSP, podem gerar indicadores em saúde que contribuam para a avaliação do Programa Nacional de Luta contra a TB, 92% respondeu, sim podem gerar, e apenas 8% referiu o oposto.

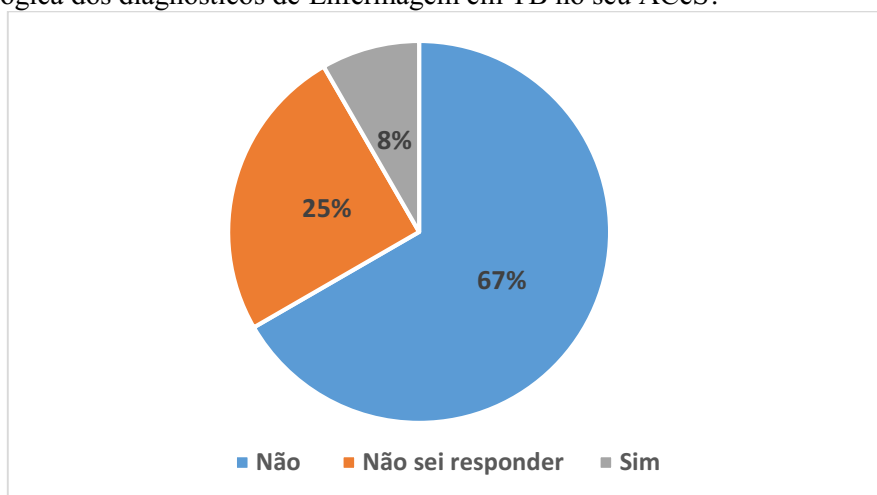
Dos elementos que responderam ao questionário, na pergunta número onze (participação comunitária) que questionava se a informação resultante dos registos de enfermagem no SClínico®|CSP, era avaliada pelo Programa Nacional de luta contra a TB, nos formulários 1 e 2 do SVIG-TB, 58% responderam que não, 17% não sabiam responder e os restantes 25 % responderam que sim, apresentando-se graficamente os resultados infra.

Gráfico 6: Percentagem das respostas obtidas à questão 11-” Considera que a informação resultante dos registos de enfermagem no SClínico®|CSP, é avaliada pelo Programa Nacional de luta contra a TB, nos formulários 1 e 2 do SVIG-TB?”



No que concerne à existência de vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem em TB no ACeS a maioria considerou não existir no ACeS, apresentando-se a distribuição de respostas representada no gráfico 7.

Gráfico 7: Percentagem das respostas obtidas à questão 12-” Considera existir vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem em TB no seu ACeS?”



Quando questionados sobre seria importante existir vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem, em TB a maioria da amostra, 92% considerou que sim e apenas 8% referiram que não, como se pode verificar na tabela seguinte.

Tabela 23: Importância de existir vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem, em TB

Resultados	n=12	%
Não sei responder	1	8%
Sim	11	92%
Total Geral	12	100%

Considerando as respostas obtidas à questão, número 14, constatou-se a existência de uma taxa de resposta de 84 % nos enfermeiros, que referem não saber responder ou que afirmam não existir parcerias formais efetivas com outras comunidades (como os SPMS, Conselho Clínico, ODE, GRECSP).

Tabela 24: Existência de vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem, em TB

Resultados	n=12	%
Não	5	42%
Não sei responder	5	42%
Sim	2	17%
Total Geral	12	100%

Relativamente à perceção que os enfermeiros tinham dos seus conhecimentos sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem, em TB, verificou-se

que 58 % responderam não apresentar, apresentando-se os restantes resultados na tabela seguinte.

Tabela 25: Perceção de conhecimentos sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem, em TB

Resultados	n=12	%
Não	7	58%
Prefiro não responder	1	8%
Sim	4	33%
Total Geral	12	100%

A maioria dos Enfermeiros, 67% considerou ter experiência profissional com sistemas de informação e documentação em enfermagem, de forma a conseguirem documentar adequadamente um contato de enfermagem a um utente com TB.

Tabela 26: Experiência profissional dos Enfermeiros com sistemas de informação e documentação em enfermagem, em TB

Resultados	n=12	%
Não	4	33%
Sim	8	67%
Total Geral	12	100%

Considerando a formação para documentar os cuidados prestados relativamente aos focos em TB, apresentam-se os resultados Tabela seguinte. De referir que a formação mais representativa para cada foco se encontra nos níveis superiores formativos - Nível 3, considerado bom e o Nível 4, considerado muito bom. Estes resultados podem ser justificados pela existência do GRECSP.

Tabela 27: Perceção da necessidade em obter formação para documentar os focos de enfermagem em TB

Foco	1	2	3	4	5
Comportamento de Adesão	0	1	6	4	1
Gestão do Regime Terapêutico	0	1	7	3	1
Autocontrolo da Infecção	0	1	5	3	3

Cumprir destacar que apesar dos bons resultados ao nível da formação para documentar os focos de enfermagem em TB, quando os profissionais foram questionados sobre a necessidade de formação sobre os temas: documentação da atividade de enfermagem e VEDE em TB a maioria considera necessitar de formação, apresentando-se os resultados na Tabela 28 e 29

Tabela 28: Importância em ter formação sobre a documentação da atividade de Enfermagem em TB

Resultados	n=12	%
Não	2	17%
Sim	10	83%
Total Geral	12	100%

Tabela 29: Importância em ter formação sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem em TB

Resultados	n=12	%
Não	2	17%
Sim	10	83%
Total Geral	12	100%

APÊNDICE 11- PRIORIZAÇÃO: LISTA DOS PROBLEMAS ENCONTRADOS NO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO (DIMENSÃO 1 E 2)

Tabela 30: Problemas encontrados, após realização do diagnóstico de situação (dimensão 1 e 2)

N	Problema
P1	P1- No SClínico® CSP, nos utentes com PNLCTADT ativo, a taxa de ativação máxima do foco [<u>Gestão do regime terapêutico</u>] no grupo de status " <u>Compromisso</u> " foi de 41,3% (n=74/179)
P2	P2- No SClínico® CSP, nos utentes com PNLCTADT ativo, a taxa de ativação máxima do foco [<u>Gestão do regime terapêutico</u>] no grupo de status " <u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre dieta</u> " foi de 21,2% (n=38/179), para os anos [2016 e 2021].
P3	P3- No SClínico® CSP, nos utentes com PNLCTADT ativo, a taxa de ativação máxima do foco [<u>Gestão do regime terapêutico</u>] no grupo de status " <u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso</u> " foi de 41,9% (n=75/179), para os anos [2016 e 2021].
P4	P4- No SClínico® CSP, nos utentes com PNLCTADT ativo, a taxa de ativação máxima do foco [<u>Autocontrolo da Infecção</u>] no grupo de status "Compromisso" foi de 66,2% (n=129/195), para os anos [2016 e 2021].
P5	P5- Nos utentes com PNLCTADT ativo, a taxa de ativação máxima do foco [<u>Autocontrolo da Infecção</u>] no grupo de status " <u>Potencial para melhorar o conhecimento sobre autocontrolo: infecção</u> " foi de 40,5% (n=79/195), para os anos [2016 e 2021].
P6	P6- No SClínico® CSP, nos utentes com PNLCTADT ativo, a taxa de ativação máxima do foco [<u>Comportamento de adesão</u>] no grupo de status " <u>compromisso</u> " foi de 59,5%(n=115/193), para os anos [2016 e 2021].
P7	P7- No SClínico® CSP, nos utentes com PNLCTADT ativo, a taxa de ativação máxima do foco [<u>Comportamento de adesão</u>] no grupo de status " <u>Potencial para melhorar a dieta</u> " foi de 10,4% (n=20/193), para os anos [2016 e 2021].
P8	P8- No SClínico® CSP, nos utentes com PNLCTADT ativo, a taxa de ativação máxima do foco [<u>Comportamento de adesão</u>] no grupo de status " <u>Potencial para melhorar hábitos de exercício</u> " foi de 4,1%%(n=08/193), para os anos [2016 e 2021].
P9	P9- No SClínico® CSP, nos utentes com PNLCTADT ativo, a taxa de ativação máxima do foco [<u>Comportamento de adesão</u>] no grupo de status " <u>Potencial para melhorar o conhecimento para promover</u> " de 5,2%%(n=10/193), para os anos [2016 e 2021].
P10	P 10- No SClínico® CSP, nos Focos [<u>Gestão do regime terapêutico</u>], [<u>Comportamento de adesão</u>], [<u>Autocontrolo da infecção</u>], não existem diagnósticos na comunidade
P11	P11- <u>Participação Comunitária comprometida</u> : Existência de uma taxa de resposta de 75 % nos enfermeiros, que indicam não saber responder ou que respondem não, quando questionados se a informação resultante dos registos de enfermagem no SClínico® CSP, é avaliada pelo Programa Nacional de luta contra a TB, nos formulários 1 e 2 do SVIG-TB;
P12	P12- <u>Participação Comunitária comprometida</u> : Existência de uma taxa de resposta de 92 % nos enfermeiros, que consideram que os registos de enfermagem no SClínico® CSP, podem gerar indicadores em saúde que contribuam para a avaliação do Programa Nacional de Luta contra a TB;
P13	P13- <u>Participação Comunitária comprometida</u> : Existência de uma taxa de resposta de 67 % nos enfermeiros, que não percecionam a existir vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem em TB no seu ACeS
P14	P14- <u>Participação Comunitária comprometida</u> : Existência de uma taxa de resposta de 92 % nos enfermeiros, que percecionam ser importante que exista vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem, em TB;



P15	P15- <u>Participação Comunitária comprometida</u> : Existência de uma taxa de resposta de 84 % nos enfermeiros, que referem não saber responder ou que afirmam não existir parcerias formais efetivas com outras comunidades (como os SPMS, Conselho Clínico, ODE, GRECSP) para a promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem;
P16	P16- <u>Liderança Comunitária Comprometida</u> : Existência de uma taxa de resposta de 58 % nos enfermeiros, que indicaram não ter conhecimentos sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem, em TB;
P17	P17- <u>Liderança Comunitária Comprometida</u> : Existência de uma taxa de resposta dos enfermeiros, que indicaram terem formação Insuficiente ou Suficiente para documentar os foco de enfermagem, em TB;
P18	P18- <u>Liderança Comunitária Comprometida</u> : Existência de uma taxa de resposta de 83% nos enfermeiros, que consideram importante ter formação sobre a documentação da atividade de Enfermagem em TB;
P19	P19- <u>Liderança Comunitária Comprometida</u> : percepção de conhecimento não demonstrado sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem em TB em 92% nos enfermeiros;

APÊNDICE 12- DIMENSÃO 2: CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE DADOS EM CONSENSO DE PERITOS

Para a identificação de duplicações e de forma a correlacionar os dados das 12 listagens obtidas do Serviço Informático, extraído do SClínico®|CSP, e para o cruzamento dos casos entre as variáveis, utilizaram-se as seguintes variáveis comuns de identificação:

- Codificação do ID utente realizado, pelo serviço de informática (atribuiu um número a cada utente), sexo, data de nascimento e freguesia de residência.

Na sequência do trabalho de análise aos conteúdos registados no SClínico®|CSP perfil de enfermagem em TB, considerou-se adequado classificar e agrupar para efeitos de análise o conjunto dos enunciados de diagnósticos dos focos, por um conjunto de razões, nomeadamente a eliminação da redundância concetual, quer no que se reporta aos “juízos / grupos de status”, adotando-se a classificação realizada por Paiva et al, no documento, a Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem – SAPE, do ano 2014.

Destaca-se as estratégias de contabilização dos casos em TB e que são um aspeto essencial, na preparação dos dados e análise de dados, assim, para qualquer um dos diagnósticos médicos ou de enfermagem apresentados, correspondem a cada contacto registado, por utente no SClínico®|CSP, sendo só contabilizado uma vez, independentemente do número de repetições ou variações no status que se possam verificar naquele problema, ao longo do tempo.

APÊNDICE 13- DIMENSÃO 2: ANÁLISE DOS CONTATOS E ATOS DE ENFERMAGEM REGISTRADOS NO SCLÍNICO®|CSP

CONTACTOS DE ENFERMAGEM

Unidade =>CDP	2016	2017	2018	2019	2020	2021	N	%
Atos	3113	4296	5929	4585	3709	3737	25369	95,3%
Consultas	14	19	86	76	1028	23	1246	4,7%
Total contactos	3127	4315	6015	4661	4737	3760	26615	100,0%

Tabela 31: Consultas e atos de enfermagem realizadas em utentes com PNLCTADT Fonte: SClínico®|CSP

Um contacto é definido pela ACSS no [SDM - BI de Conceitos](#) (2022), como uma interação entre um utente e um serviço de saúde, que pode originar, imediatamente, no próprio dia ou no futuro, um ato em saúde, uma consulta, um internamento ou qualquer outro tipo de prestação de saúde.

A ACSS clarifica os conceitos de consulta de enfermagem e de ato, indicando que “consultas de enfermagem são utilizadas para uma intervenção junto do cliente visando a realização de uma avaliação e diagnóstico, ou estabelecimento de um plano de cuidados ou intervenção de enfermagem, ou procedimento”. Estes devem conter pelo menos dados de avaliação e um novo diagnóstico de enfermagem e o registo de pelo menos uma intervenção de enfermagem, ou em alternativa devem conter pelo menos um diagnóstico de enfermagem ativo e pelo menos um novo registo de intervenção de enfermagem.

Por outro lado, os atos de enfermagem, segundo a ACSS são usados para registos de atividades de enfermagem que envolvem apenas prescrições, quer por outros técnicos (exemplo: injetáveis), ou pelo próprio enfermeiro, devendo no SClínico®|CSP ter pelo menos uma "intervenção de enfermagem" ou pelo menos uma "medicação" ou pelo menos uma "atitude terapêutica".

Neste sentido, face ao exposto na tabela anterior, verifica-se que a maior parte dos contactos 95,3% realizados pelos enfermeiros foram referentes a atos e que apenas 4,7% foram consultas de enfermagem, o que parece indiciar não existir concordância entre a prática exercida e a prática documentada. O exercício no contexto evidencia um maior número de consultas de Enfermagem do que as realmente documentadas, no entanto a prática documental instituída leva

a que sejam classificados como atos, tendo sido efetuada formação aos Enfermeiros do CDP sobre esta temática.

APÊNDICE 14- CRIAÇÃO DE PROPOSTA DE BILHETE DE IDENTIDADE DE INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM DE VIGILÂNCIA EM TB [SCLÍNICO (PERFIL ENFERMAGEM)]

C006.11 | Consulta de enfermagem de vigilância relacionada com TB - [SCLínico (Perfil Enfermagem)]

Para que seja contabilizada, a condição [(CONS_DIRETA ou CONS_INDIRETA) e PROG e (DIAG_ESP ou INT_ESP)] deverá ser verdadeira:

CONS_DIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [presencial] e [terminada] (ver notas 1, 2 e 3);

CONS_INDIRETA - Existência de um contacto classificado como [consulta de enfermagem], [não presencial] e [terminada] (ver notas 1, 2 e 3);

PROG - Associação do programa "P.N.L.C.T. Acompanhamento de Doentes Com TB" (16) ou "P.N.L.C.T. Acompanhamento de Conviventes de Doentes Com TB" ao contacto (ver nota 4);

DIAG_ESP - Pelo menos um novo registo de [diagnóstico de enfermagem] codificado pela CIPE (ver notas 5 e 7);

INT_ESP - Registo de pelo menos uma [intervenção de enfermagem] codificada pela CIPE (ver notas 5, 6 e 7);

Notas:

1. As consultas de vigilância podem ser registadas como [presenciais] ou como [não presenciais].
2. Ver em cima como se classifica uma [consulta de enfermagem] como [presencial] e como [não presencial].
3. As consultas com código C006.10 são um subconjunto das consultas com código C006.
4. A associação de qualquer programa de saúde ao contacto é efetuado quando se procede à [Ativação do contacto], selecionando para o efeito um dos programas disponíveis com campo "Programas de Saúde Ativos". Quando, anteriormente, não foi definido nenhum programa de saúde para o utente, ou no caso de se estar perante um primeiro contacto do utente, a definição dos programas de saúde está disponível no ícone "Prog" e a associação ao contacto através do campo "associar". A tabela de correspondências entre os diferentes tipos de programas disponíveis no SCLínico e os diferentes tipos de consulta encontra-se disponível em [Correspondência entre programas de saúde \(SCLínico - perfil enfermeiro\) e consultas de enfermagem de vigilância](#).
5. Os códigos CIPE associados a [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem] não são específicos de nenhum programa ou área de vigilância. No entanto, entende-se que existe um conjunto de diagnósticos e intervenções altamente frequentes e caracterizadores da consulta de vigilância relacionada com as doenças respiratórias, que passam a ser utilizados para caracterizar este tipo de consulta de vigilância e disponíveis em [Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE – Doenças Respiratórias](#).

6. A [intervenção de enfermagem] inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui [medicação] nem [atitudes terapêuticas] (prescrições de outros técnicos).

7. Apenas se contabilizam os registos em [diagnóstico de enfermagem] e [intervenção de enfermagem], efetuados até 5 dias após a data para a qual a consulta foi agendada. Por exemplo, numa consulta agendada no dia 5-7-2014 (N), os registos devem ser efetuados até 10-7-2014 (N+5);

https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id_con=122

Acrescentar C.006.11 e colocar S em 16	P.N.L.C.T. Acompanhamento de Doentes Com TB
19	P.N.L.C.T. Acompanhamento de Conviventes de Doentes Com TB

https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id_con=121

C006.11 | Consulta de enfermagem de vigilância relacionada com TB

TIPO DE CÓDIGO: FENÓMENO

Código SClínico	Código CIPE	Descrição
1A.1.1.2.2.1.1.9.1.		Comportamento de Adesão
1A.1.1.2.1.1.8.2.7.		Auto Controlo: Infeção
1A.1.1.2.2.1.1.9.1.5.		Gestão do Regime Terapêutico

TIPO DE CÓDIGO: DIAGNÓSTICO

Código SClínico	Código CIPE	Descrição
8014032	1B.1.1.	Conhecimento para promover comportamento de adesão
8014033	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento para promover comportamento de adesão
8014048	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar o conhecimento para promover comportamento de adesão
8014041	1B.1.1.	Adesão ao regime de exercício
8014042	1B.1.2.	Não adesão ao regime de exercício
8014039	1B.1.1.	Adesão ao regime dietético

8014040	1B.1.2.	Não adesão ao regime dietético
8014037	1B.1.1.	Adesão ao regime medicamentoso
8014047	1B.1.1.1.	Baixa adesão ao regime medicamentoso
8014034	1B.1.1.	Adesão ao regime terapêutico
8014035	1B.1.2.	Não adesão ao regime terapêutico
8014045	1B.1.1.	Adesão ao rastreio
8014046	1B.1.2.	Não adesão ao rastreio
8002967	1B.33.1.	Auto controlo: infeção comprometido
8002966	1B.33.2.	sem auto controlo: infeção comprometido
8013608	1B.1.1.	Conhecimento para promover auto controlo: infeção
8000718	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento para promover auto controlo: infeção
8013609	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar o conhecimento para promover auto controlo: infeção
8013610	1B.1.1.	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de contaminação
8000884	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de contaminação
8013611	1B.1.1.	Conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre prevenção de contaminação
8000889	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre prevenção de contaminação
8014267	1B.1.1.	Conhecimento da comunidade sobre auto controlo: infeção
8014268	1B.34.1.	Conhecimento da comunidade sobre auto controlo: infeção, melhorado
8014269	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento da comunidade sobre auto controlo: infeção
8014050	1B.1.1.	Conhecimento sobre regime medicamentoso
8002150	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso
8014049	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso
8000316	1B.33.1.	Gestão do regime terapêutico comprometida
8000317	1B.33.2.	Sem gestão do regime terapêutico comprometida
8014074	1B.1.1.	Capacidade para gerir o regime dietético

8002015	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime dietético
8014075	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime dietético
8014072	1B.1.1.	Capacidade para gerir o regime de exercício
8014027	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime de exercício
8014073	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime de exercício
8014058	1B.1.1.	Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico
8014057	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico
8014063	1B.1.1.	Conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre regime terapêutico
8014062	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre regime terapêutico
8014070	1B.1.1.	Capacidade para gerir o regime medicamentoso
8014069	1G.2.	Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime medicamentoso
8014071	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime medicamentoso
8014215	1B.1.1.	Conhecimento sobre regime de exercício
8014217	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de exercício
8014216	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de exercício
8014221	1B.1.1.	Conhecimento sobre regime dietético
8014223	1G.2.	Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético
8014222	1B.1.2.	Sem potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético
8014277	1B.1.1.	Conhecimento da comunidade sobre regime terapêutico
8014278	1B.34.1.	Conhecimento da comunidade sobre regime terapêutico, melhorado
8014279	1G.2.	Potencial para melhorar o conhecimento da comunidade sobre regime terapêutico

TIPO DE CÓDIGO: INTERVENÇÃO

Código SClínico	Código CIPE	Descrição
9002429		Avaliar conhecimento para promover comportamento de adesão
9001003		Ensinar sobre comportamento de adesão
9002115		Avaliar adesão ao regime de exercício
9001004		Incentivar comportamento de adesão
9001039		Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão
9002105		Avaliar adesão ao regime dietético
9000849		Incentivar adesão à dieta
9002134		Avaliar adesão ao regime medicamentoso
9001038		Incentivar relação dinâmica com pessoas com gestão do regime terapêutico eficaz
9000749		Negociar um contrato de saúde
9001001		Negociar adesão ao regime terapêutico
9000998		Incentivar adesão ao regime medicamentoso
9000246		Supervisionar a autoadministração de medicamentos
9001386		Orientar para o serviço de saúde
9004095		Promover consciencialização
9002096		Avaliar adesão ao regime terapêutico
9001510		Vigiar reação a teste
9000754		Incentivar iniciativa
9001142		Ensinar sobre complicações da não adesão ao regime terapêutico
9001522		Incentivar adesão ao regime terapêutico
9004029		Avaliar adesão a rastreio
9001542		Ensinar sobre auto controlo: infeção
9001239		Vigiar medidas de segurança
9001041		Instruir a prevenir a contaminação
9001189		Incentivar auto controlo
9000497		Aplicar medidas de prevenção da contaminação
9000377		Gerir medidas de segurança

9000469	Executar medidas de segurança
9000658	Ensinar sobre prevenção de contaminação
9000256	Incentivar medidas de prevenção de contaminação
9001117	Manter a prevenção de contaminação
9002288	Avaliar auto controlo: infeção
9000945	Incentivar o auto controlo: infeção
9003879	Avaliar conhecimento sobre auto controlo: infeção
9000077	Ensinar sobre medidas de segurança com dispositivos
9001534	Ensinar sobre medidas de segurança
9001155	Ensinar sobre auto controlo
9003846	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da contaminação
9000045	Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de infeção
9000121	Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da contaminação
9002295	Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre prevenção da contaminação
9001302	Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre medidas de segurança
9000527	Apoiar a mãe e(ou) pai a identificar medidas de auto controlo: infeção
9000303	Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre prevenção de contaminação
9004262	Avaliar conhecimento da comunidade sobre auto controlo: infeção
9004225	Avaliar conhecimento sobre regime medicamentoso
9000655	Ensinar sobre medicamentos
9001144	Ensinar sobre regime medicamentoso
9000456	Providenciar material de leitura sobre regime medicamentoso
9000767	Incentivar atividade física
9001687	Planear atividade
9001550	Incentivar ingestão de líquidos
9001546	Ensinar sobre gestão do regime terapêutico
9001941	Assistir a identificar crença de saúde dificultadora da gestão do regime terapêutico



9000748	Ensinar sobre auto - vigilância
9000944	Encorajar tomada de decisão
9001058	Instruir a autoadministrar insulina
9001053	Instruir a gerir analgesia
9001037	Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz
9001159	Incentivar auto - vigilância
9001243	Ensinar sobre complicações
9001234	Incentivar o envolvimento da família na gestão do regime terapêutico
9001353	Ensinar sobre recursos da comunidade
9001146	Gerir regime medicamentoso
9001516	Ensinar sobre padrão de repouso
9001543	Ensinar sobre padrão de exercício
9001190	Incentivar tomada de decisão
9001945	Incentivar aprendizagem de habilidades para otimizar gestão do regime terapêutico
9000974	Apoiar na tomada de decisão
9001943	Incentivar envolvimento na gestão do regime terapêutico
9000957	Incentivar envolvimento do prestador de cuidados
9000978	Incentivar o envolvimento da família na gestão do regime de exercício
9001002	Providenciar material de leitura sobre gestão do regime terapêutico
9004025	Avaliar gestão do regime terapêutico
9001944	Assistir na gestão do regime terapêutico
9001942	Assistir a identificar significado dificultador da gestão do regime terapêutico
9001377	Incentivar o envolvimento da família
9001433	Incentivar hábitos alimentares saudáveis
9000003	Incentivar atividade
9000738	Planear dieta
9001589	Incentivar progressos

9001514	Ensinar sobre padrão alimentar
9004024	Avaliar capacidade para gerir o regime dietético
9004023	Avaliar capacidade para gerir o regime de exercício
9000173	Instruir a executar exercícios
9002808	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico
9000996	Ensinar o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico
9004277	Ensinar o prestador de cuidados sobre dieta
9000994	Ensinar o prestador de cuidados a gerir o regime medicamentoso
9002059	Instruir o prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: atividade física
9000116	Ensinar o prestador de cuidados sobre hábitos de saúde
9000995	Ensinar o prestador de cuidados a manter medicamentos
9000594	Ensinar o prestador de cuidados sobre complicações
9002795	Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre regime terapêutico
9001329	Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre gestão do regime terapêutico
9002784	Avaliar capacidade para gerir o regime medicamentoso
9000874	Treinar a autoadministração de medicamentos
9001049	Instruir a autoadministrar medicamentos
9004227	Avaliar conhecimento sobre regime de exercício
9001351	Ensinar sobre hábitos de exercício
9000463	Ensinar sobre exercícios
9004226	Avaliar conhecimento sobre regime dietético
9001412	Ensinar sobre dieta
9004265	Avaliar conhecimento da comunidade sobre regime terapêutico



APÊNDICE 15- PEDIDO REALIZADO À COMISSÃO DE ÉTICA

Exmo. Sr. Presidente, do [REDACTED]

Exmo. Sr. Enfermeiro-Diretor, da [REDACTED]

Exmo. Sr. Presidente, da Comissão de Ética da [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização e parecer favorável para continuidade de projeto de investigação no contexto da Enfermagem de Saúde Pública [REDACTED]

Na sequência do projeto “MAIEC- Community Empowerment and Nursing Decision-Making” com sede no Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa, aprovado pelo vosso CA a 11/07/2018 (ENT 15668 a 03/07/2018) e pela comissão de ética da [REDACTED] (Parecer N° 55/CE/JAS) de 13/07/2018), vimos por este meio informar sobre os processos desenvolvidos até então e pedir a vossas excelências um reforço na autorização e parecer positivo para a sua continuidade, por forma a legitimar as publicações científicas decorrentes deste processo de investigação.

Deste modo, no que respeita ao trabalho desenvolvido, realçamos:

Na resposta ao objetivo:

OE-1: identificar o nível de empoderamento comunitário na comunidade ACeS [REDACTED] face à problemática da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem no ACeS, antes da aplicação do MAIEC

Identificamos um baixo nível de empoderamento comunitário nalguns domínios, tal como apresentado no artigo:

Melo, P.; Neves-Amado, J.; Pereira, A.; Maciel, C.; Vieira Pinto, T.; Cardoso, T. Assessing Community Empowerment for an Innovative Epidemiologic Approach. *Healthcare* **2020**, *8*, 173. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020173>

Estamos no momento em fase de intervenção para aumentar o nível de empoderamento nos vários domínios.

No que respeita ao objetivo:

OE- 2.: identificar os diagnósticos de enfermagem de acordo com o MAIEC, na comunidade ACeS de [REDACTED]

Identificamos uma gestão comunitária comprometida, onde, entre vários critérios de diagnóstico avaliados, destacamos a inexistência de uma estrutura organizativa promotora da Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem.

Deste modo foi criado o Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem de [REDACTED] (ODE), cujo regulamento foi aprovado no Despacho N° 70/DE/AT.

Na resposta às finalidades do ODE, iniciamos a vigilância epidemiológica de acordo com as prioridades identificadas no Diagnóstico Local de Saúde [REDACTED] e como tal começamos por avaliar o foco de enfermagem Gestão do Regime Terapêutico nas pessoas com Hipertensão Arterial no concelho de [REDACTED], conforme publicado no artigo:

Melo, P.; Miranda, D.; Santos, S.; Sousa, S.; Cardoso, T.; Pereira, A. Nursing Epidemiological Approach of Hypertension Management in a Public Health Service from the Northern Region of Portugal. *Healthcare* 2021, 9, 59. <https://doi.org/10.3390/healthcare9010059>

Estamos ainda a responder aos outros dois objetivos, na continuidade do projeto, já que a promoção do empoderamento comunitário e a otimização da gestão comunitária se desenvolve em no mínimo 3 anos de acompanhamento em proximidade da comunidade (Melo,2020 e Melo e Alves, 2019).

Do trabalho até então desenvolvido resultaram, além das publicações em revistas científicas, duas teses de Mestrado:

Santos, S. O empoderamento comunitário para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem. Dissertação de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Porto: Universidade Católica Portuguesa. 2019, julho

Miranda, D. Epidemiologia centrada nas pessoas: um processo de especialização. Dissertação de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. Porto: Universidade Católica Portuguesa. 2020, outubro

Atualmente, na sequência do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública do Enf. Sérgio Sousa, da Unidade de Saúde Pública, orientado pelo Doutor Pedro Melo da Universidade Católica Portuguesa e tutoriado pela Mestre [REDACTED] da Unidade de Saúde Pública e na continuidade das atribuições do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem, temos como objetivos para a continuidade do projeto:

Na continuidade da promoção do empoderamento comunitário:

- 1- Otimizar a gestão comunitária do ACeS [REDACTED] para a promoção da Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem;

Na continuidade da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem:

- 1- Caracterizar do ponto de vista epidemiológico a população com TB no concelho de [REDACTED] (considerando os dados dos formulários 1 e 2 do Programa Nacional de Luta contra a TB) e a documentação de Enfermagem no SClínico Cuidados de Saúde Primários.
- 2- Analisar a concordância entre os registos com diagnóstico médico de TB (A70) e a associação do P.N.L.C.T. Acompanhamento de Doentes Com TB nos registos de Enfermagem (C006.99), documentados no SClínico Cuidados de Saúde Primários neste ACeS;
- 3- Analisar a prevalência de registo do fenómeno de enfermagem Gestão do Regime Terapêutico ativo (1A.1.1.2.2.1.1.9.1.5.) nos utentes codificados com diagnóstico médico de TB (A70) ou na ausência de codificação, classificados como casos possíveis de TB neste ACeS;
- 4- Analisar a prevalência de registo do fenómeno de enfermagem Comportamentos de Adesão ativo (1A.1.1.2.2.1.1.9.1.) nos utentes codificados com diagnóstico médico de TB (A70) ou na ausência de codificação, classificados como casos possíveis de TB neste ACeS;
- 5- Analisar a prevalência de registo do fenómeno de enfermagem Autocontrolo: Infeção (1A.1.1.2.1.1.8.2.7.) nos utentes codificados com diagnóstico médico de TB (A70) ou na ausência de codificação, classificados como casos possíveis de TB deste ACeS;
- 6- Caracterizar do ponto de vista epidemiológico a população com TB no concelho de [REDACTED] de modo a identificar as comunidades com risco elevado de TB, contribuindo para que as crianças pertencentes a grupos de risco para TB possam ser identificadas e encaminhadas para vacinação (Norma nº 06/2016 e Norma nº 010/2018).
- 7- Monitorizar os componentes técnicos, os princípios e indicadores de prevenção e tratamento da TB de acordo com as normas da DGS em vigor, através da documentação efetuada no SClínico Cuidados de Saúde Primários neste Aces;
- 8- Analisar os registos de enfermagem, nos utentes codificados com diagnóstico médico de TB (A70) ou na ausência de codificação, classificados como casos possíveis de TB deste ACeS de modo a caracterizar e monitorizar os princípios de tratamento de TB Pulmonar (Terapêutica Combinada mais Duração mínima de 6 Meses (182 tomas mais toma única diária em regime de toma observada diretamente)
- 9- Identificar a prevalência dos diagnósticos de Enfermagem associados aos focos acima descritos.

Depois da análise descrita nos objetivos e aliando estes dados ao objetivo relacionado com a promoção do empoderamento comunitário, pretendemos desenvolver um projeto de intervenção promotor da melhoria continua da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados na [REDACTED] no contexto da TB (no que respeita ao acompanhamento dos doentes e documentação dos cuidados promotora da sua vigilância epidemiológica a partir do ODE).

Os dados serão analisados pela equipa da Unidade de Saúde Pública, garantindo o anonimado e a confidencialidade de dados pessoais. Será salvaguardada a proteção dos dados pessoais e apenas divulgados do ponto de vista científico os dados aglomerados numa perspetiva epidemiológica (prevalências, incidências, taxas, índices) sem qualquer identificação individual, nem nominal dos utentes. O regulamento do ODE será respeitado, conforme a sua aprovação, no desenvolvimento das suas atribuições.

Salvaguardando o respeito pela dimensão ética do processo de investigação proposto e garantindo a informação de vossas excelências sobre os resultados do trabalho desenvolvido, bem como a continua afiliação da [REDACTED] nas publicações científicas realizadas, pedimos a vossas excelências autorização e um parecer favorável para a continuidade da partilha dos dados produzidos, na comunidade científica, para contribuir para a melhor evidência nesta área tão relevante para a saúde das populações.

Os melhores cumprimentos

O investigador:

Enf. Sérgio Sousa (Mestrando em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa)

O orientador:

Doutor Pedro Melo (Universidade Católica Portuguesa)

A tutora:

Mestre [REDACTED] (Unidade de Saúde Pública da [REDACTED])

APÊNDICE 16- CRONOGRAMA DE TAREFAS DE INTERVENÇÃO

Quadro 10: Cronograma das tarefas do projeto de intervenção

Tarefas	outubro 2021	setembro 2021	novembro 2021	dezembro 2021	janeiro 2022	fevereiro 2022
Reunião de Consultoria com a Coordenação do ODE do ACeS						
Reunião de Consultoria com a equipa do CDP						
Reunião de Consultoria com Enfermeiro Perito e colaborador da ACSS e SPMS						
Reunião com Serviço Informática						
Reunião com Direção de Enfermagem						
Reativação do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem na USP						
Primeira Reunião ODE desde 2019						
Ação de Formação aos Enfermeiros Líderes do ACeS						
Divulgação do ODE						
Criação de newsletter do ODE						
Reunião com o GRECSP para planear futuras ações de formação aos Enfermeiros de todo o ACeS						
Ações de Formação aos Enfermeiros membros do ACeS						
Promover sessões de trabalho conjuntas entre o ODE e o GRECSP						
Avaliação - Aplicação de Questionário Enfermeiros ACeS						
Extração de Dados SCLínico® CSP ano 2021						
Análise e Discussão dos Resultados						
Elaboração de relatório e publicação de Artigo Científico						

APÊNDICE 17- CODIFICAÇÃO : CLASSIFICAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA

Quadro 11: Codificação da variável farmacoterapêutica

Subgrupo	Grupo
1.1 - Antibacterianos:	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.1.1 - Penicilinas:	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.1.1.1 - Benzilpenicilinas e fenoximetilpenicilina;	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.1.1.2 - Aminopenicilinas;	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.1.1.3 - Isoxazolilpenicilinas;	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.1.1.4 - Penicilinas antipseudomonas;	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.1.1.5 - Amidinopenicilinas.	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.1.2 - Cefalosporinas:	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.1.2.1 - Cefalosporinas de 1. ^a geração;	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.1.2.2 - Cefalosporinas de 2. ^a geração;	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.1.2.3 - Cefalosporinas de 3. ^a geração;	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.1.2.4 - Cefalosporinas de 4. ^a geração;	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.1.3 - Monobactamos;	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.1.4 - Carbapenemes;	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.1.5 - Associações de penicilinas com inibidores das lactamases beta;	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.1.6 - Cloranfenicol e tetracilinas;	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.1.7 - Aminoglicosídeos;	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.1.8 - Macrólidos;	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.1.9 - Sulfonamidas e suas associações;	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.1.10 - Quinolonas;	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.1.11 - Outros antibacterianos;	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.1.12 - Antituberculosos;	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.1.13 - Antilepróticos.	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.2 - Antifúngicos.	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.3 - Antivíricos:	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.3.1 - Antirretrovirais:	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.3.1.1 - Inibidores da protease;	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.3.1.2 - Análogos não nucleosídeos inibidores da transcriptase inversa (reversa);	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.3.1.3 - Análogos nucleosídeos inibidores da transcriptase inversa (reversa);	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.3.2 - Outros antivíricos.	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.4 - Antiparasitários:	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.4.1 - Anti-helmínticos;	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.4.2 - Antimaláricos;	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
1.4.3 - Outros antiparasitários.	Grupo 1 - Medicamentos anti-infecciosos
2.1 - Anestésicos gerais.	Grupo 2 - Sistema nervoso central



2.2 - Anestésicos locais.	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.3 - Relaxantes musculares:	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.3.1 - Ação central;	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.3.2 - Ação periférica	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.3.3 - Ação muscular direta.	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.4 - Antimiasténicos.	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.5 - Antiparkinsonianos:	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.5.1 - Anticolinérgicos;	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.5.2 - Dopaminomiméticos.	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.6 - Antiepiléticos e anticonvulsivantes.	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.7 - Antieméticos e antivertiginosos.	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.8 - Estimulantes inespecíficos do sistema nervoso central.	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.9 - Psicofármacos:	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.9.1 - Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos;	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.9.2 - Antipsicóticos;	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.9.3 - Antidepressores;	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.9.4 - Lítio.	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.10 - Analgésicos e antipiréticos.	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.11 - Medicamentos usados na enxaqueca.	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.12 - Analgésicos estupefacientes.	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.13 - Outros medicamentos com ação no sistema nervoso central:	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.13.1 - Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas;	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.13.2 - Medicamentos utilizados no tratamento sintomático da doença do neurónio motor;	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.13.3 - Medicamentos para tratamento da dependência de drogas;	Grupo 2 - Sistema nervoso central
2.13.4 - Medicamentos com ação específica nas perturbações do ciclo sonovigília.	Grupo 2 - Sistema nervoso central
3.1 - Cardiotónicos:	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.1.1 - Digitálicos;	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.1.2 - Outros cardiotónicos.	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.2 - Antiarrítmicos:	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.2.1 - Bloqueadores dos canais do sódio (classe I):	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.2.1.1 - Classe Ia (tipo quinidina);	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.2.1.2 - Classe Ib (tipo lidocaína);	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.2.1.3 - Classe Ic (tipo flecainida);	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.2.2 - Bloqueadores adrenérgicos beta (classe II);	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.2.3 - Prolongadores da repolarização (classe III);	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.2.4 - Bloqueadores da entrada do cálcio (classe IV);	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.2.5 - Outros antiarrítmicos.	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular

3.3 - Simpaticomiméticos.	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.4 - Anti-hipertensores:	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.4.1 - Diuréticos:	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.4.1.1 - Tiazidas e análogos;	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.4.1.2 - Diuréticos da ansa;	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.4.1.3 - Diuréticos poupadores de potássio;	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.4.1.4 - Inibidores da anidrase carbónica;	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.4.1.5 - Diuréticos osmóticos;	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.4.1.6 - Associações de diuréticos.	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.4.2 - Modificadores do eixo renina angiotensina:	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.4.2.1 - Inibidores da enzima de conversão da angiotensina;	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.4.2.2 - Antagonistas dos recetores da angiotensina;	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.4.3 - Bloqueadores da entrada do cálcio.	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.4.4 - Depressores da atividade adrenérgica:	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.4.4.1 - Bloqueadores alfa;	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.4.4.2 - Bloqueadores beta:	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.4.4.2.1 - Seletivos cardíacos;	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.4.4.2.2 - Não seletivos cardíacos;	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.4.4.2.3 - Bloqueadores beta e alfa;	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.4.4.3 - Agonistas alfa 2 centrais;	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.4.5 - Vasodilatadores diretos.	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.4.6 - Outros.	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.5 - Vasodilatadores:	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.5.1 - Antianginosos;	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.5.2 - Outros vasodilatadores.	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.6 - Venotrópicos.	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
3.7 - Antidislipidémicos.	Grupo 3 - Aparelho cardiovascular
4.1 - Antianémicos:	Grupo 4 - Sangue
4.1.1 - Compostos de ferro;	Grupo 4 - Sangue
4.1.2 - Medicamentos para tratamento das anemias megaloblásticas;	Grupo 4 - Sangue
4.1.3 - Medicamentos para tratamento das anemias hemolíticas e hipoplásticas.	Grupo 4 - Sangue
4.2 - Fatores estimulantes da hematopoiese.	Grupo 4 - Sangue
4.3 - Anticoagulantes e antitrombóticos:	Grupo 4 - Sangue
4.3.1 - Anticoagulantes:	Grupo 4 - Sangue
4.3.1.1 - Heparinas;	Grupo 4 - Sangue
4.3.1.2 - Antivitamínicos K;	Grupo 4 - Sangue
4.3.1.3 - Antiagregantes plaquetários;	Grupo 4 - Sangue
4.3.1.4 - Outros anticoagulantes.	Grupo 4 - Sangue
4.3.2 - Fibrinolíticos (ou trombolíticos).	Grupo 4 - Sangue
4.4 - Anti-hemorrágicos:	Grupo 4 - Sangue
4.4.1 - Antifibrinolíticos;	Grupo 4 - Sangue

4.4.2 - Hemostáticos.	Grupo 4 - Sangue
5.1 - Antiasmáticos e broncodilatadores:	Grupo 5 - Aparelho respiratório
5.1.1 - Agonistas adrenérgicos beta;	Grupo 5 - Aparelho respiratório
5.1.2 - Antagonistas colinérgicos;	Grupo 5 - Aparelho respiratório
5.1.3 - Anti-inflamatórios:	Grupo 5 - Aparelho respiratório
5.1.3.1 - Glucocorticoides;	Grupo 5 - Aparelho respiratório
5.1.3.2 - Antagonistas dos leucotrienos;	Grupo 5 - Aparelho respiratório
5.1.3.3 - Outros anti-inflamatórios;	Grupo 5 - Aparelho respiratório
5.1.4 - Xantinas;	Grupo 5 - Aparelho respiratório
5.1.5 - Antiasmáticos de ação profilática;	Grupo 5 - Aparelho respiratório
5.1.6 - Outros antiasmáticos e broncodilatadores.	Grupo 5 - Aparelho respiratório
5.2 - Antitússicos e expetorantes:	Grupo 5 - Aparelho respiratório
5.2.1 - Antitússicos;	Grupo 5 - Aparelho respiratório
5.2.2 - Expetorantes;	Grupo 5 - Aparelho respiratório
5.2.3 - Associações e medicamentos descongestionantes.	Grupo 5 - Aparelho respiratório
5.3 - Tensioativos (surfactantes) pulmonares.	Grupo 5 - Aparelho respiratório
6.1 - Medicamentos que atuam na boca e orofaringe:	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.1.1 - De aplicação tópica;	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.1.2 - De ação sistémica.	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.2 - Antiácidos e antiulcerosos:	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.2.1 - Antiácidos;	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.2.2 - Modificadores da secreção gástrica:	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.2.2.1 - Anticolinérgicos;	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.2.2.2 - Antagonistas dos recetores H2;	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.2.2.3 - Inibidores da bomba de protões;	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.2.2.4 - Prostaglandinas;	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.2.2.5 - Protetores da mucosa gástrica.	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.3 - Modificadores da motilidade gastrointestinal:	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.3.1 - Modificadores da motilidade gástrica ou procinéticos;	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.3.2 - Modificadores da motilidade intestinal:	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.3.2.1 - Laxantes e catárticos:	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.3.2.1.1 - Emolientes;	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.3.2.1.2 - Laxantes de contacto;	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.3.2.1.3 - Laxantes expansores do volume fecal;	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.3.2.1.4 - Laxantes osmóticos.	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.3.2.2 - Antidiarreicos:	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.3.2.2.1 - Obstipantes;	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.3.2.2.2 - Adsorventes;	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.3.2.2.3 - Antiflatulentos.	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.3.3 - Modificadores da dor e da motilidade intestinal.	Grupo 6 - Aparelho digestivo

6.4 - Antiespasmódicos.	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.5 - Inibidores enzimáticos.	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.6 - Suplementos enzimáticos, bacilos lácteos e análogos.	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.7 - Anti-hemorroidários.	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.8 - Anti-inflamatórios intestinais.	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.9 - Medicamentos que atuam no fígado e vias biliares:	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.9.1 - Coleréticos e colagogos;	Grupo 6 - Aparelho digestivo
6.9.2 - Medicamentos para tratamento da litíase biliar.	Grupo 6 - Aparelho digestivo
7.1 - Medicamentos de aplicação tópica na vagina:	Grupo 7 - Aparelho geniturinário
7.1.1 - Estrogénios e Progestagénios;	Grupo 7 - Aparelho geniturinário
7.1.2 - Anti-infecciosos;	Grupo 7 - Aparelho geniturinário
7.1.3 - Outros medicamentos tópicos vaginais.	Grupo 7 - Aparelho geniturinário
7.2 - Medicamentos que atuam no útero:	Grupo 7 - Aparelho geniturinário
7.2.1 - Ocitócicos;	Grupo 7 - Aparelho geniturinário
7.2.2 - Prostaglandinas;	Grupo 7 - Aparelho geniturinário
7.2.3 - Simpaticomiméticos.	Grupo 7 - Aparelho geniturinário
7.3 - Anti-infecciosos e antissépticos urinários.	Grupo 7 - Aparelho geniturinário
7.4 - Outros medicamentos usados em disfunções geniturinárias:	Grupo 7 - Aparelho geniturinário
7.4.1 - Acidificantes e alcalinizantes urinários;	Grupo 7 - Aparelho geniturinário
7.4.2 - Medicamentos usados nas perturbações da micção:	Grupo 7 - Aparelho geniturinário
7.4.2.1 - Medicamentos usados na retenção urinária;	Grupo 7 - Aparelho geniturinário
7.4.2.2 - Medicamentos usados na incontinência urinária;	Grupo 7 - Aparelho geniturinário
7.4.3 - Medicamentos usados na disfunção erétil.	Grupo 7 - Aparelho geniturinário
8.1 - Hormonas hipotalâmicas e hipofisárias, seus análogos e antagonistas:	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
8.1.1 - Lobo anterior da hipófise;	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
8.1.2 - Lobo posterior da hipófise;	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
8.1.3 - Antagonistas hipofisários.	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
8.2 - Corticosteroides:	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas

8.2.1 - Mineralocorticoides;	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
8.2.2 - Glucocorticoides.	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
8.3 - Hormonas da tiroide e antitiroideus.	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
8.4 - Insulinas, antidiabéticos e glucagon:	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
8.4.1 - Insulinas:	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
8.4.1.1 - De ação curta;	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
8.4.1.2 - De ação intermédia;	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
8.4.1.3 - De ação prolongada.	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
8.4.2 - Outros antidiabéticos.	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
8.4.3 - Glucagon.	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
8.5 - Hormonas sexuais:	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
8.5.1 - Estrogénios e progestagénios:	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
8.5.1.1 - Tratamento de substituição;	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
8.5.1.2 - Anticoncecionais;	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
8.5.1.3 - Progestagénios.	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
8.5.2 - Androgénios e anabolizantes.	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas

8.6 - Estimulantes da ovulação e gonadotropinas.	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
8.7 - Anti-hormonas (v. grupo 16).	Grupo 8 - Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas
9.1 - Anti-inflamatórios não esteroides:	Grupo 9 - Aparelho locomotor
9.1.1 - Derivados do ácido antranílico;	Grupo 9 - Aparelho locomotor
9.1.2 - Derivados do ácido acético;	Grupo 9 - Aparelho locomotor
9.1.3 - Derivados do ácido propiónico;	Grupo 9 - Aparelho locomotor
9.1.4 - Derivados pirazolónicos;	Grupo 9 - Aparelho locomotor
9.1.5 - Derivados do indol e do indeno;	Grupo 9 - Aparelho locomotor
9.1.6 - Oxicans;	Grupo 9 - Aparelho locomotor
9.1.7 - Derivados sulfanilamídicos;	Grupo 9 - Aparelho locomotor
9.1.8 - Compostos não acídicos;	Grupo 9 - Aparelho locomotor
9.1.9 - Inibidores seletivos da Cox 2;	Grupo 9 - Aparelho locomotor
9.1.10 - Anti-inflamatórios não esteroides para uso tópico.	Grupo 9 - Aparelho locomotor
9.2 - Modificadores da evolução da doença reumatisal.	Grupo 9 - Aparelho locomotor
9.3 - Medicamentos usados para o tratamento da gota.	Grupo 9 - Aparelho locomotor
9.4 - Medicamentos para tratamento da artrose.	Grupo 9 - Aparelho locomotor
9.5 - Enzimas anti-inflamatórias.	Grupo 9 - Aparelho locomotor
9.6 - Medicamentos que atuam no osso e no metabolismo do cálcio:	Grupo 9 - Aparelho locomotor
9.6.1 - Calcitonina;	Grupo 9 - Aparelho locomotor
9.6.2 - Bifosfonatos;	Grupo 9 - Aparelho locomotor
9.6.3 - Vitaminas D;	Grupo 9 - Aparelho locomotor
9.6.4 - Hormonas e análogos;	Grupo 9 - Aparelho locomotor
9.6.5 - Outros.	Grupo 9 - Aparelho locomotor
10.1 - Anti-histamínicos:	Grupo 10 - Medicação antialérgica
10.1.1 - Anti-histamínicos H1 sedativos;	Grupo 10 - Medicação antialérgica
10.1.2 - Anti-histamínicos H1 não sedativos.	Grupo 10 - Medicação antialérgica
10.2 - Corticosteroides.	Grupo 10 - Medicação antialérgica
10.3 - Simpaticomiméticos.	Grupo 10 - Medicação antialérgica
11.1 - Nutrição entérica:	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.1.1 - Suplementos dietéticos orais:	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.1.1.1 - Completos;	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.1.1.2 - Modulares.	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.1.2 - Dietas entéricas:	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.1.2.1 - Poliméricas;	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.1.2.2 - Modificadas;	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.1.2.3 - Pré-digeridas;	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo

11.1.2.4 - Específicas de doenças metabólicas.	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.2 - Nutrição parentérica:	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.2.1 - Macronutrientes:	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.2.1.1 - Aminoácidos;	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.2.1.2 - Glúcidos;	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.2.1.3 - Lípidos;	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.2.1.4 - Misturas de macronutrientes.	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.2.2 - Micronutrientes:	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.2.2.1 - Suplementos minerais;	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.2.2.2 - Suplementos vitamínicos lipossolúveis;	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.2.2.3 - Suplementos vitamínicos hidrossolúveis;	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.2.3 - Misturas de macronutrientes e micronutrientes.	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.3 - Vitaminas e sais minerais:	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.3.1 - Vitaminas:	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.3.1.1 - Vitaminas lipossolúveis;	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.3.1.2 - Vitaminas hidrossolúveis;	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.3.1.3 - Associações de vitaminas.	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.3.2 - Sais minerais:	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.3.2.1 - Cálcio, magnésio e fósforo:	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.3.2.1.1 - Cálcio;	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.3.2.1.2 - Magnésio;	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.3.2.1.3 - Fósforo;	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.3.2.2 - Flúor;	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.3.2.3 - Potássio;	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.3.2.4 - Associação de sais para re-hidratação oral	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.3.3 - Associações de vitaminas com sais minerais.	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.4 - Metabolismo:	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.4.1 - Aminoácidos e derivados;	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.4.2 - Enzimas;	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
11.4.3 - Outros produtos.	Grupo 11 - Nutrição e metabolismo
12.1 - Corretivos do equilíbrio ácido-base:	Grupo 12 - Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas
12.1.1 - Acidificantes;	Grupo 12 - Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas
12.1.2 - Alcalinizantes.	Grupo 12 - Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas
12.2 - Corretivos das alterações hidroeletrolíticas:	Grupo 12 - Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas
12.2.1 - Cálcio;	Grupo 12 - Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas
12.2.2 - Fósforo;	Grupo 12 - Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas

12.2.3 - Magnésio;	Grupo 12 - Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas
12.2.4 - Potássio;	Grupo 12 - Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas
12.2.5 - Sódio;	Grupo 12 - Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas
12.2.6 - Zinco;	Grupo 12 - Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas
12.2.7 - Glucose;	Grupo 12 - Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas
12.2.8 - Outros.	Grupo 12 - Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas
12.3 - Soluções para diálise peritoneal:	Grupo 12 - Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas
12.3.1 - Soluções isotónicas;	Grupo 12 - Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas
12.3.2 - Soluções hipertónicas.	Grupo 12 - Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas
12.4 - Soluções para hemodiálise.	Grupo 12 - Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas
12.5 - Soluções para hemofiltração.	Grupo 12 - Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas
12.6 - Substitutos do plasma e das frações proteicas do plasma.	Grupo 12 - Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas
12.7 - Medicamentos captadores de iões:	Grupo 12 - Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas
12.7.1 - Fixadores de fósforo;	Grupo 12 - Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas
12.7.2 - Resinas permutadoras de catiões.	Grupo 12 - Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas
13.1 - Anti-infecciosos de aplicação na pele:	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.1.1 - Antissépticos e desinfetantes;	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.1.2 - Antibacterianos;	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.1.3 - Antifúngicos;	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.1.4 - Antivíricos;	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.1.5 - Antiparasitários.	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.2 - Emolientes e protetores:	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.2.1 - Emolientes;	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.2.2 - Preparações barreira;	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas

13.2.3 - Pós.	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.3 - Medicamentos queratolíticos e antipsoriáticos:	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.3.1 - De aplicação tópica;	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.3.2 - De ação sistémica.	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.4 - Medicamentos para tratamento da acne e da rosácea:	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.4.1 - Rosácea;	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.4.2 - Acne:	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.4.2.1 - De aplicação tópica;	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.4.2.2 - De ação sistémica.	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.5 - Corticosteroides de aplicação tópica.	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.6 - Associações de antibacterianos, antifúngicos e corticosteroides.	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.7 - Adjuvantes da cicatrização.	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.8 - Outros medicamentos usados em dermatologia:	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.8.1 - Preparações enzimáticas e produtos aparentados;	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.8.2 - Anestésicos locais e antipruriginosos;	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.8.3 - Preparações para verrugas, calos e condilomas;	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.8.4 - Produtos para alopecia androgénica;	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.8.5 - Imunomoduladores de uso tópico;	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.8.6 - Produtos para as unhas.	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
13.8.7 - Outros.	Grupo 13 - Medicamentos usados em afeções cutâneas
14.1 - Produtos para aplicação nasal:	Grupo 14 - Medicamentos usados em afeções otorrinolaringológicas
14.1.1 - Descongestionantes;	Grupo 14 - Medicamentos usados em afeções otorrinolaringológicas
14.1.2 - Corticosteroides;	Grupo 14 - Medicamentos usados em afeções otorrinolaringológicas
14.1.3 - Anti-histamínicos;	Grupo 14 - Medicamentos usados em afeções otorrinolaringológicas

14.1.4 - Fármacos profiláticos usados na rinite alérgica;	Grupo 14 - Medicamentos usados em afeções otorrinolaringológicas
14.1.5 - Antibióticos.	Grupo 14 - Medicamentos usados em afeções otorrinolaringológicas
14.2 - Produtos para aplicação no ouvido.	Grupo 14 - Medicamentos usados em afeções otorrinolaringológicas
15.1 - Anti-infecciosos tópicos:	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares
15.1.1 - Antibacterianos;	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares
15.1.2 - Antifúngicos;	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares
15.1.3 - Antivíricos.	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares
15.2 - Anti-inflamatórios:	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares
15.2.1 - Corticosteroides;	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares
15.2.2 - Anti-inflamatórios não esteroides;	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares
15.2.3 - Outros anti-inflamatórios, descongestionantes e antialérgicos.	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares
15.3 - Midriáticos e cicloplégicos:	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares
15.3.1 - Simpaticomiméticos;	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares
15.3.2 - Anticolinérgicos.	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares
15.4 - Medicamentos usados no tratamento do glaucoma:	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares
15.4.1 - Mióticos;	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares
15.4.2 - Simpaticomiméticos;	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares
15.4.3 - Bloqueadores beta;	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares
15.4.4 - Análogos das prostaglandinas;	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares
15.4.5 - Outros.	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares
15.5 - Anestésicos locais.	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares
15.6 - Outros medicamentos e produtos usados em oftalmologia:	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares
15.6.1 - Adstringentes, lubrificantes e lágrimas artificiais;	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares
15.6.2 - Medicamentos usados para diagnóstico;	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares

15.6.3 - Outros medicamentos.	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares
15.7 - Medicamentos para uso intraocular.	Grupo 15 - Medicamentos usados em afeções oculares
16.1 - Citotóxicos:	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
16.1.1 - Alquilantes;	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
16.1.2 - Citotóxicos relacionados com alquilantes;	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
16.1.3 - Antimetabolitos;	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
16.1.4 - Inibidores da topoisomerase I;	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
16.1.5 - Inibidores da topoisomerase II;	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
16.1.6 - Citotóxicos que se intercalam no ADN;	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
16.1.7 - Citotóxicos que interferem com a tubulina;	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
16.1.8 - Inibidores das tirosinacinas;	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
16.1.9 - Outros citotóxicos.	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
16.2 - Hormonas e anti-hormonas:	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
16.2.1 - Hormonas:	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
16.2.1.1 - Estrogénios;	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
16.2.1.2 - Androgénios;	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
16.2.1.3 - Progestagénios;	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
16.2.1.4 - Análogos da hormona libertadora de gonadotropina.	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
16.2.2 - Anti-hormonas:	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
16.2.2.1 - Antiestrogénios;	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
16.2.2.2 - Antiandrogénios;	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
16.2.2.3 - Inibidores da aromatase;	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
16.2.2.4 - Adrenolíticos;	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
16.2.2.5 - Antiprogestagénios e moduladores do recetor da progesterona.	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores

16.3 - Imunomoduladores.	Grupo 16 - Medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores
Grupo 17 - Medicamentos usados no tratamento de intoxicações	Grupo 17 - Medicamentos usados no tratamento de intoxicações
18.1 - Vacinas (simples e conjugadas).	Grupo 18 - Vacinas e imunoglobulinas
18.2 - Lisados bacterianos.	Grupo 18 - Vacinas e imunoglobulinas
18.3 - Imunoglobulinas.	Grupo 18 - Vacinas e imunoglobulinas
19.1 - Meios de contraste radiológico:	Grupo 19 - Meios de diagnóstico
19.1.1 - Produtos iodados;	Grupo 19 - Meios de diagnóstico
19.1.2 - Produtos baritados;	Grupo 19 - Meios de diagnóstico
19.1.3 - Outros produtos usados em radiologia.	Grupo 19 - Meios de diagnóstico
19.2 - Meios de contraste para imagem por ressonância magnética.	Grupo 19 - Meios de diagnóstico
19.3 - Meios de contraste para ultrassonografia.	Grupo 19 - Meios de diagnóstico
19.4 - Meios de diagnóstico não radiológico.	Grupo 19 - Meios de diagnóstico
19.5 - Preparações radiofarmacêuticas (radiofármacos):	Grupo 19 - Meios de diagnóstico
19.5.1 - Radiofármacos de crómio;	Grupo 19 - Meios de diagnóstico
19.5.2 - Radiofármacos de estrôncio;	Grupo 19 - Meios de diagnóstico
19.5.3 - Radiofármacos de gálio;	Grupo 19 - Meios de diagnóstico
19.5.4 - Radiofármacos de índio;	Grupo 19 - Meios de diagnóstico
19.5.5 - Radiofármacos de iodo;	Grupo 19 - Meios de diagnóstico
19.5.6 - Radiofármacos de samário;	Grupo 19 - Meios de diagnóstico
19.5.7 - Radiofármacos de tálio;	Grupo 19 - Meios de diagnóstico
19.5.8 - Radiofármacos de tecnécio;	Grupo 19 - Meios de diagnóstico
20.1 - Pensos para feridas crónicas:	Grupo 20 - Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos
20.1.1 - Absorventes de odores;	Grupo 20 - Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos
20.1.2 - Alginates;	Grupo 20 - Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos
20.1.3 - Gazes impregnadas;	Grupo 20 - Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos
20.1.4 - Hidrogeles;	Grupo 20 - Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos
20.1.5 - Hidropolímeros.	Grupo 20 - Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos
20.2 - Hemostáticos.	Grupo 20 - Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos
20.3 - Agentes de diluição, irrigação e lubrificação.	Grupo 20 - Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos
20.4 - Gases medicinais.	Grupo 20 - Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos



20.5 - Desinfetantes de material.	Grupo 20 - Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos
20.6 - Soluções para conservação de órgãos.	Grupo 20 - Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos
20.7 - Produtos para embolização.	Grupo 20 - Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos
20.8 - Produtos para fisioterapia.	Grupo 20 - Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos
20.9 - Outros produtos	Grupo 20 - Material de penso, hemostáticos locais, gases medicinais e outros produtos

APÊNDICE 18- SESSÃO DE INTERVENÇÃO

MAEC
Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem
Ponto de situação Pós- COVID 19

USP. SNS ODE.

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

MAEC ODE. USP.

O que já sabemos?

O Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

- O Relatório de análise dos EOCs gerados em 2020 (ACS) da Região Norte;
- Trabalho desenvolvido no ULSM no âmbito da vigilância epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem
- O presente e o futuro do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem
- O ODE da ULSM e Planície

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

Ansiedade Sono Uso do Álcool Autocuidado: Atividade Física Excesso de peso Exercício

Edifício Residencial Rendimento Familiar Abastecimento de Água Gestão do Regime Terapêutico (HTA e DM) Papel de Prestador de Cuidados

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

MAEC ODE. USP.

1. O que já fizemos até agora - Timeline ACeS

OBSERVATÓRIO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Setembro 2021
Aluno Mestrado Católica - Sérgio Sousa

Setembro 2018
Diagnóstico de Saúde (Aluna Mestrado Sandra Santos)

18 Dezembro 2019
Aprovação CA criação ODE

Setembro - 2019
(Aluna mestrado Sílvia)

28 Outubro 2021
Primeira Reunião Pós Covid

Dezembro - 2018
Aprovação Comissão ética e Comissão Local Protecção de dados

Ano 2020 - 2021
NOVO CORONAVÍRUS COVID-19

SClínico

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

MAEC ODE. USP.

1. O que já fizemos até agora - Timeline

OBSERVATÓRIO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Saúde

Setembro 2018
Diagnóstico de Saúde (Aluna Mestrado Sandra Santos)

(Aluna Sandra Santos relatório final Março de 2019)

- Liderança comunitária comprometida: Conhecimentos sobre a VEDE não é percebido em 71% dos membros da comunidade;
- Participação comunitária comprometida: Comunicação comprometida em 53% dos membros da comunidade;
- Participação comunitária comprometida: Existência de estruturas organizativas envolvendo a sua unidade, no diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de Enfermagem, não percebido em 40% dos membros da comunidade;
- Liderança comunitária comprometida: Conhecimento do foco [GRT (Programa Risco: HTA)] não é percebido em 50% dos membros da comunidade;

SClínico

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

1. O que já fizemos até agora - Timeline

OBSERVATÓRIO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Setembro 2018
Diagnóstico de Saúde
(aluna Mestrado Sandra Santos)

Dezembro - 2018
Aprovação Comissão ética e Comissão Local Protecção de dados

Setembro - 2019
(aluno mestrado Diário)

ANÁLISE DE EXTRAÇÃO DE DADOS DO SCLÍNICO, DOCUMENTANDO A PREVALÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E/OU O PADRÃO DE REGISTO DOS MESMOS, NO FOCO GRT, DOS UTENTES COM DIAGNÓSTICO MÉDICO DE HTA e/ou PNDCC: Risco de HTA ativo.

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

1. O que já fizemos até agora - Timeline

OBSERVATÓRIO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Setembro 2018
Diagnóstico de Saúde
(aluna Mestrado Sandra Santos)

Dezembro - 2018
Aprovação Comissão ética e Comissão Local Protecção de dados

Setembro - 2019
(aluno mestrado Diário)

ANÁLISE DE EXTRAÇÃO DE DADOS DO SCLÍNICO, DOCUMENTANDO A PREVALÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E/OU O PADRÃO DE REGISTO DOS MESMOS, NO FOCO GRT, DOS UTENTES COM DIAGNÓSTICO MÉDICO DE HTA e/ou PNDCC: Risco de HTA ativo.

Metas e Indicadores de Resultado

Documentação em Enfermagem

- Melhorar a proporção da documentação do foco de atenção GRT nos doentes hipertensos (K86 ou K87) do ACeS de 75% para 85% (ganho em saúde de 10%), até 31 de dezembro de 2020
- Melhorar a proporção de diagnósticos de Enfermagem codificados ativos relativos ao foco Gestão do Regime Terapêutico, nos doentes hipertensos (K86 ou K87) do ACeS de 57% para 75% (ganho em saúde de 18%), até 31 de dezembro de 2020
- Diminuir a proporção da documentação do foco de atenção Gestão do Regime Terapêutico, com status não codificados ou sem qualquer status associado, nos doentes hipertensos (K86 ou K87) do ACeS de 10% para 0% (ganho em saúde de 10%), até 31 de dezembro de 2020

C T P R

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

1. O que já fizemos até agora - Timeline

OBSERVATÓRIO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Setembro 2018
Diagnóstico de Saúde
(aluna Mestrado Sandra Santos)

Dezembro - 2018
Aprovação Comissão ética e Comissão Local Protecção de dados

Setembro - 2019
(aluno mestrado Diário)

ANÁLISE DE EXTRAÇÃO DE DADOS DO SCLÍNICO, DOCUMENTANDO A PREVALÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E/OU O PADRÃO DE REGISTO DOS MESMOS, NO FOCO GRT, DOS UTENTES COM DIAGNÓSTICO MÉDICO DE HTA e/ou PNDCC: Risco de HTA ativo.

A ponderar para otimizar os ODE:

- Definir critérios de extração de dados
- Codificação Clínica ou em registo de Programas de Enfermagem?
- Comparação com indicadores ACeS
- Questões multidisciplinares associadas
- Otimização dos status anteriores à parametrização nacional - empregar enfermeiros dos ACeS?
- Integração da codificação médica no perfil de Enfermagem de SCLÍNICO?
- Criação de NDCs para múltiplos Focos de Atenção dos Enfermeiros?
- Criação de NDCs para múltiplos Focos de Atenção dos Enfermeiros?
- Similares a NDCs NDC(2018) "Técnicos e ou Alunos entre-Catolice e Registos de Enfermagem, Atividade Clínica, Diagnósticos, Intervenção"

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

1. O que já fizemos até agora - Timeline

OBSERVATÓRIO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Setembro 2018
Diagnóstico de Saúde
(aluna Mestrado Sandra Santos)

Dezembro - 2018
Aprovação Comissão ética e Comissão Local Protecção de dados

Setembro - 2019
(aluno mestrado Diário)

ANÁLISE DE EXTRAÇÃO DE DADOS DO SCLÍNICO, DOCUMENTANDO A PREVALÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E/OU O PADRÃO DE REGISTO DOS MESMOS, NO FOCO GRT, DOS UTENTES COM DIAGNÓSTICO MÉDICO DE HTA e/ou PNDCC: Risco de HTA ativo.

16 Dezembro 2019
Aprovação CA criação ODE

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

1. Q que já fizemos até agora - Timeline

OBSERVATÓRIO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Setembro 2018
Diagnóstico de Saúde
(aluna Mestrado Sandra Santos)

18 Dezembro 2019
Aprovação CA
criação ODE

Setembro - 2019
(aluna mestrado Sáia)

Dezembro - 2018
Aprovação Comissão ética e
Comissão Local Proteção de dados

Análise de extração de dados do SciClínico, documentando a prevalência dos diagnósticos de Enfermagem após o período de registo dos mesmos, no foco GRI, dos utentes com diagnóstico médico de HTA e/ou PNECC. Foco de HTA ativo.

Ano 2020 - 2021
NOVO CORONAVÍRUS
COVID-19

SciClínico Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem 9

1. Q que já fizemos até agora - Timeline ACeS Matosinhos

OBSERVATÓRIO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Setembro 2018
Diagnóstico de Saúde
(aluna Mestrado Sandra Santos)

18 Dezembro 2019
Aprovação CA
criação ODE

Setembro - 2019
(aluna mestrado Sáia)

Dezembro - 2018
Aprovação Comissão ética e
Comissão Local Proteção de dados

Análise de extração de dados do SciClínico, documentando a prevalência dos diagnósticos de Enfermagem após o período de registo dos mesmos, no foco GRI, dos utentes com diagnóstico médico de HTA e/ou PNECC. Foco de HTA ativo.

Ano 2020 - 2021
NOVO CORONAVÍRUS
COVID-19

28 Outubro 2021
Primeira Reunião Foc Covid

SciClínico Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem 10

2. Enquadramento do problema

SciClínico Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem 11

2. Enquadramento do problema

REPUBLICA PORTUGUESA Metainformação - Especificação de Conceito

121 Consulta Diagnóstico e observação de enfermagem codificado pelo CPE

Descrição:
Código CPE específicos do determinado tipo de consulta de enfermagem

1. CPE: Classificação hierárquica para o "Módulo Diagnóstico" e uma ligação que permite posterior actualização de Diagnósticos no momento da prestação do cuidado. Alguns dos códigos que permitem codificar diagnósticos, intervenções e intervenções de observação base de dados de enfermagem e mesmo assim obter um nível gerador de informação na realização de tarefas.

2. Nível de consulta de enfermagem realizada por intervenções observadas em investigação, especificamente em nível de consultório e monitorização de saúde.

0000) Consulta de Enfermagem de Vigilância
0001) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública e Saúde
0002) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0003) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0004) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública e Planeamento Familiar
0005) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0006) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0007) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0008) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0009) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0010) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0011) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0012) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0013) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0014) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0015) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0016) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0017) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0018) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0019) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0020) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública

Fonte: <https://www.cipe.gov.pt/pt/consultas>

SciClínico Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem 12

2. Enquadramento do problema

REPUBLICA PORTUGUESA Metainformação - Especificação de Conceito

122 Consulta Diagnóstico e observação de enfermagem codificado pelo CPE

Descrição:
Código CPE específicos do determinado tipo de consulta de enfermagem

1. CPE: Classificação hierárquica para o "Módulo Diagnóstico" e uma ligação que permite posterior actualização de Diagnósticos no momento da prestação do cuidado. Alguns dos códigos que permitem codificar diagnósticos, intervenções e intervenções de observação base de dados de enfermagem e mesmo assim obter um nível gerador de informação na realização de tarefas.

2. Nível de consulta de enfermagem realizada por intervenções observadas em investigação, especificamente em nível de consultório e monitorização de saúde.

0000) Consulta de Enfermagem de Vigilância
0001) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública e Saúde
0002) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0003) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0004) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública e Planeamento Familiar
0005) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0006) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0007) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0008) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0009) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0010) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0011) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0012) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0013) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0014) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0015) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0016) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0017) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0018) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0019) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0020) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública

Fonte: <https://www.cipe.gov.pt/pt/consultas>

Inexistência de uma Consulta de Enfermagem e Vigilância em Tuberculose

SciClínico Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem 13

2. Enquadramento do problema

REPUBLICA PORTUGUESA Metainformação - Especificação de Conceito

123 Consulta Diagnóstico e observação de enfermagem codificado pelo CPE

Descrição:
Código CPE específicos do determinado tipo de consulta de enfermagem

1. CPE: Classificação hierárquica para o "Módulo Diagnóstico" e uma ligação que permite posterior actualização de Diagnósticos no momento da prestação do cuidado. Alguns dos códigos que permitem codificar diagnósticos, intervenções e intervenções de observação base de dados de enfermagem e mesmo assim obter um nível gerador de informação na realização de tarefas.

2. Nível de consulta de enfermagem realizada por intervenções observadas em investigação, especificamente em nível de consultório e monitorização de saúde.

0000) Consulta de Enfermagem de Vigilância
0001) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública e Saúde
0002) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0003) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0004) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública e Planeamento Familiar
0005) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0006) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0007) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0008) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0009) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0010) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0011) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0012) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0013) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0014) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0015) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0016) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0017) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0018) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0019) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública
0020) Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Pública

Fonte: <https://www.cipe.gov.pt/pt/consultas>

Índice	Descrição de saúde	Prevalência	Prevalência	Prevalência	Prevalência
1	Diagnóstico de saúde	8,1	1,8	1,9	1,1
2	Diagnóstico de saúde	6,9	2,9	3,1	4,3
3	Diagnóstico de saúde	5,7	3,8	2,8	6,1
4	Diagnóstico de saúde	6,1	5,4	5,7	5,9
5	Diagnóstico de saúde	6,1	3,8	2,9	4,1
6	Diagnóstico de saúde	5,8	1,8	1,8	4,8
7	Diagnóstico de saúde	5,8	2,2	2,2	6,1
8	Diagnóstico de saúde	5,8	3,8	3,1	1,8
9	Diagnóstico de saúde	4,8	2,4	2,7	5,4
10	Diagnóstico de saúde	4,1	3,4	3,4	3,4
11	Diagnóstico de saúde	5,8	1,8	1,8	4,8
12	Diagnóstico de saúde	5,2	2,4	2,2	4,9
13	Diagnóstico de saúde	5,1	2,8	2,9	4,1
14	Diagnóstico de saúde	4,8	3,8	2,2	5,1
15	Diagnóstico de saúde	4,9	1,2	1,2	4,4
16	Diagnóstico de saúde	4,4	1,8	2,4	3,1
17	Diagnóstico de saúde	3,9	1,7	1,8	4,4
18	Diagnóstico de saúde	3,1	1,2	1,2	1,8
19	Diagnóstico de saúde	3,1	1,4	1,4	3,1

Fonte: Plano local de Saúde 2011-2016

SciClínico Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem 14

2. Enquadramento do problema

Indicadores de avaliação da Tuberculose

Indicador	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Proporção (%) de casos com diagnóstico de TB Pulmonar, não multirresistente, confirmada no ano x-1 que finalizaram o tratamento com resultado de "sucesso" no ano x	87,7	86,1	86,1	85,3	84,8	82,7
Variação (%) do nº de casos de TB (qualquer forma) em crianças com menos de 6 anos de idade no ano x-1 em relação ao ano x-2	nd	nd	-26	-12	19	9
Número de casos de TB (qualquer forma) em crianças com menos de 6 anos	24	19	17	21	23	na

Fonte: SVIG-TB

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem 15

2. Enquadramento do problema

Tuberculose

O risco de adoecer com tuberculose no concelho de [redacted] é ainda um dos mais elevados na Região Norte, embora aparente uma tendência decrescente nos últimos anos. Em 2015, a incidência dos casos novos de tuberculose em [redacted] foi 31,7 por 100 mil habitantes, superior à observada na Região Norte (22,5/100 mil), como se pode constatar na seguinte figura.

Figura 83 Evolução taxa de notificação de casos novos (per 100.000 habitantes) de tuberculose, 2000-2015. Fonte: ADE Norte

Zona: Diagnóstico de Saúde [redacted]

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem 16

2. Enquadramento do problema

Anexo 1. Taxa de notificação por Concelho, Região Norte, SVIG-TB 2023

Concelho	Casos 2019	Nº Casos 2015/2019	Taxa Inc 2015/2019
[redacted]	31	233	15,4
Lamego	2	1,0	0,5
Trás-os-Montes	4	10,0	2,5
Mirandela	3	6,7	2,2
Guarda	10	14,0	1,4
Moimenta da Beira	3	5,2	1,7
Manhiça	6	9,7	1,6
Montemaior	7	20,0	2,9
Alfândega	5	16,1	3,2
Oliveira de Azeméis	5	40	13,9

Fonte: RELATÓRIO DE VIGILÂNCIA E MONITORIZAÇÃO DA TUBERCULOSE EM PORTUGAL - 2020

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem 17

2. Enquadramento do problema

Gráfico 18. Evolução do número de novos casos de TB grave e não grave, em crianças com idade inferior a 6 anos, 2008-2019.

Fonte: SVIG TB e SVIG TB 2020

Gráfico 19. Taxa de incidência de Tuberculose Infantil 2008-2019.

Fonte: SVIG TB e SVIG TB 2020

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem 18

2. Enquadramento do problema

Quadro I - Crianças de idade inferior a 6 anos, elegíveis para vacinação com BCG (grupos de risco para tuberculose) – condições e situações abrangidas

Crianças sem registo de BCG / sem cicatriz vacinal	Situações abrangidas:
Provenientes de países com elevada incidência de tuberculose	Países com elevada incidência Tuberculose
Que terminaram o processo de rastreio de contactos e/ou esquema de profilaxia/tratamento	A avaliar pelas Unidades de Saúde Pública em articulação com os Coordenadores Regionais do Programa Nacional para a Tuberculose e Centros de Diagnóstico Pneumológico (CDP)
Cujos pais, outros coabitantes ou conviventes apresentem	- Infecção VIH/SIDA, após exclusão de infeção VIH na criança ^{a)} - Dependência de álcool ou de drogas - Proveniência, nos últimos 10 anos, de país com elevada incidência de TB (ver anexo II)
Pertencentes a comunidades com risco elevado de tuberculose	A avaliar pelas Unidades de Saúde Pública em articulação com os Coordenadores Regionais do Programa Nacional para a Tuberculose e CDP
Viajantes para países com elevada incidência de tuberculose	Ver anexo II

a) Poderão ser divididas outras listas, posteriormente, se adequado.
b) Se não VIH, deve ser excluída infeção VIH na criança antes da vacinação com BCG.

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem 19

2. Enquadramento do problema

Quadro I - Crianças de idade inferior a 6 anos, elegíveis para vacinação com BCG (grupos de risco para tuberculose) – condições e situações abrangidas

- Freguesias com risco elevado de tuberculose

Definidas no ano 2016

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem 20

3. Futuros Projetos- Aluno mestrado da Universidade Católica

Objetivos

OBJETIVOS

- ✓ 1- Caracterizar do ponto de vista epidemiológico a população com Tuberculose no concelho de [redacted] considerando os dados dos formulários 1 e 2 do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose) e a documentação de Enfermagem no SClínico Cuidados de Saúde Primários.
- ✓ 2- Analisar a concordância entre os registos com diagnóstico médico de Tuberculose (A70) e a associação do P.N.L.C.T. Acompanhamento de Doentes Com Tuberculose nos registos de Enfermagem (C006.99), documentados no SClínico Cuidados de Saúde Primários neste Aceso;
- ✓ 3- Analisar a prevalência de registo do foco de enfermagem Gestão do Regime Terapêutico ativo (1A.1.1.2.1.1.9.1.5.) nos utentes codificados com diagnóstico médico de Tuberculose (A70) ou na ausência de codificação, classificados como casos possíveis de tuberculose neste Aceso (SClínico Cuidados de Saúde Primários);
- ✓ 4- Analisar a prevalência de registo do foco de enfermagem Comportamentos de Adesão ativo (1A.1.1.2.2.1.1.9.1.) nos utentes codificados com diagnóstico médico de Tuberculose (A70) ou na ausência de codificação, classificados como casos possíveis de tuberculose neste Aceso (SClínico Cuidados de Saúde Primários);

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

3. Futuros Projetos- Aluno mestrado da Universidade Católica

Objetivos

- ✓ 5- Analisar a prevalência de registo do foco de enfermagem Auto Controlo: Infecção (1A.1.1.2.1.1.8.2.7.) nos utentes codificados com diagnóstico médico de Tuberculose (A70) ou na ausência de codificação, classificados como casos possíveis de tuberculose deste Aceso (SClínico Cuidados de Saúde Primários);
- ✓ 6- Identificar a prevalência dos diagnósticos de Enfermagem associados aos focos acima descritos.
- ✓ 7- Caracterizar do ponto de vista epidemiológico a população com Tuberculose no concelho de [redacted] de modo a identificar as comunidades com risco elevado de Tuberculose, para facilitar/otimizar o processo de avaliação da elegibilidade para vacinação com BCG (Norma nº 06/2016 e Norma nº 010/2018).

22 Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

4- Variáveis em estudo

Caracterização

- Utente
- Sexo
- Data nascimento
- Nacionalidade
- Morada
- Concelho
- Freguesia
- Profissão
- BCG
- Mantoux

Codificação/CPC

806	DPOC	N74	Neoplasia outros Orgãos
800	Infecção VIH	N75	Neoplasia outros Orgãos
U99	Insuficiência Renal em Diálise	R92	Neoplasia outros Orgãos
B72	Linfoma	S77	Neoplasia outros Orgãos
R84	Neoplasia do pulmão	S79	Neoplasia outros Orgãos
R85	Neoplasia do ovário	U76	Neoplasia outros Orgãos
R74	Neoplasia outros Orgãos	U79	Neoplasia outros Orgãos
R75	Neoplasia outros Orgãos	X76	Neoplasia outros Orgãos
D74	Neoplasia outros Orgãos	X79	Neoplasia outros Orgãos
O75	Neoplasia outros Orgãos	Y77	Neoplasia outros Orgãos
D76	Neoplasia outros Orgãos	R99	Sarcoidose
D77	Neoplasia outros Orgãos	R99	Silicose
O78	Neoplasia outros Orgãos	F27	Tabagismo
F74	Neoplasia outros Orgãos	A70	Tuberculose

23 Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

4- Variáveis em estudo

Enfermagem

Programa P.N.L.C.T. Acompanhamento de Doentes Com Tuberculose

Fenómeno : Auto Controlo: Infecção

Auto controlo: infecção comprometido

Sem auto controlo: infecção comprometido

Conhecimento para promover auto controlo: infecção

Potencial para melhorar o conhecimento para promover auto controlo: infecção

Sem potencial para melhorar o conhecimento para promover auto controlo: infecção

Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de contaminação

Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de contaminação

Conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre prevenção de contaminação

Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre prevenção de contaminação

Potencial para melhorar o conhecimento da comunidade sobre auto controlo: infecção

24 Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

4- Variáveis em estudo

Enfermagem

Fenómeno de Enfermagem :Comportamento de Adesão

Conhecimento para promover comportamento de adesão

Potencial para melhorar o conhecimento para promover comportamento de adesão

Sem potencial para melhorar o conhecimento para promover comportamento de adesão

Adesão ao regime de exercício

Não adesão ao regime de exercício

Adesão ao regime dietético

Não adesão ao regime dietético

Adesão ao regime medicamentoso

Baixa adesão ao regime medicamentoso

Adesão ao regime terapêutico

Não adesão ao regime terapêutico

Adesão ao rastreio

Não adesão ao rastreio

25 Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

4- Variáveis em estudo

Enfermagem

Fenómeno de Enfermagem :Gestão do Regime Terapêutico

Conhecimento sobre regime medicamentoso

Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso

Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre regime medicamentoso

Gestão do regime terapêutico comprometida

Sem gestão do regime terapêutico comprometida

Capacidade para gerir o regime dietético

Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime dietético

Sem potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime dietético

Capacidade para gerir o regime de exercício

Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime de exercício

Sem potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime de exercício

26 Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

4- Variáveis em estudo

Enfermagem

Fenómeno de Enfermagem : Gestão do Regime Terapêutico

- Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico
- Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre regime terapêutico
- Conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre regime terapêutico
- Potencial para melhorar o conhecimento da mãe e(ou) do pai sobre regime terapêutico
- Capacidade para gerir o regime medicamentoso
- Potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime medicamentoso
- Sem potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime medicamentoso
- Conhecimento sobre regime de exercício
- Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de exercício
- Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre regime de exercício
- Conhecimento sobre regime dietético
- Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético
- Sem potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

27 Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

4- Variáveis em estudo

Enfermagem


Intervenção de Enfermagem : "Supervisionar a autoadministração de medicamentos"

- Medicação
- Unidade de Registo
- Local de contacto
- Tipo de agendamento

28 Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

MAIEC ODE USP

5- Passos Seguintes



- Reativação Grupo Tuberculose e elos de Enfermagem
- Criação de Consulta de Enfermagem em Tuberculose
- Formação em Tuberculose
- Monitorização e análise sistemática de dados
- Melhorar o sistema de informação em Tuberculose
- Criação de indicadores de Enfermagem em Tuberculose

29 Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem | 28 de Outubro 2023

MAIEC ODE USP

5- Passos Seguintes

30 Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem | 28 de Outubro 2023