



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS FENÓMENOS DE
ENFERMAGEM
PROJETO DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO NUM ACES**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem
Comunitária

Joana Raquel de Oliveira Bastos

Porto, Abril de 2018



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS FENÓMENOS DE
ENFERMAGEM
PROJETO DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO NUM ACES**

**EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE OF NURSING PHENOMENA
COMMUNITY EMPOWERMENT PROJECT AT ONE HCG**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem
Comunitária

Sob a orientação do Doutor Pedro Melo

Joana Raquel de Oliveira Bastos

Porto, Abril de 2018

O meu AGRADECIMENTO:

Ao Doutor Pedro Melo, Enf.º Mestre João Rodrigues
e Enf.ª Mestre Ana Miranda pela orientação, disponibilidade e apoio.
Ao marido, pais e sogros pela força, paciência, compreensão e carinho.

Ao serviço onde desempenho funções e a todos os colegas
que contribuíram com palavras de incentivo.

A todos os que de alguma forma contribuíram para que
este projeto se tornasse possível...

MUITO OBRIGADA!

Resumo

Este relatório tem como finalidade descrever, analisar e refletir sobre o projeto assente no processo de Planeamento em Saúde, desenvolvido no âmbito do Estágio de Intervenção Comunitária do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica, realizado na USP de um ACES do Grande Porto.

A problemática do projeto foi a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, integrando uma abordagem da documentação em Enfermagem, no âmbito dos Sistemas de Informação nos Cuidados de Saúde Primários, uma vez que os registos de enfermagem são um instrumento que permite assegurar a continuidade dos cuidados ao utente/família e obter indicadores acerca da prestação desses cuidados.

Nesse sentido, foram identificadas as taxas de avaliação dos fenómenos de enfermagem selecionados de acordo com o plano local de saúde da USP: Edifício Residencial/Habitação, Rendimento Familiar, Abastecimento de Água, Papel de Prestador de Cuidados, Gestão do Regime Terapêutico nas pessoas com DM e Gestão do Regime Terapêutico nas pessoas com HTA, e foi avaliada a gestão comunitária e o nível de empoderamento comunitário da comunidade ACES, tendo como referência o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), para a promoção da vigilância epidemiológica destes fenómenos. Desenvolvemos, assim, um estudo de natureza mista, sendo numa primeira etapa de natureza descritiva, pois identifica as taxas de avaliação dos focos de enfermagem selecionados e numa segunda etapa é de natureza qualitativa, através da aplicação de um questionário a todos os enfermeiros do ACES, construído a partir da matriz de decisão clínica do MAIEC, e da aplicação de uma Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário numa sessão de Focus Group com os enfermeiros líderes do ACES.

Constatou-se que as taxas de avaliação desses fenómenos foram muito baixas em muitas das unidades de saúde do ACES e que a gestão comunitária no ACES se encontra comprometida, com maior expressão na participação comunitária (falta de estruturas organizativas) e liderança comunitária (deficit de conhecimentos da comunidade para o desenvolvimento da vigilância epidemiológica). Confirmamos, também, o baixo nível de empoderamento comunitário no que diz respeito às estruturas organizativas.

Desta forma, após a intervenção na qual foi criada uma estrutura organizativa para o ACES, denominada de Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem, pretende-se contribuir para melhorar os indicadores de saúde pública no âmbito da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem no ACES. A continuidade deste projeto será assegurada pela equipa que constitui esta estrutura organizativa, com uma monitorização contínua dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados em Enfermagem Comunitária.

Este estágio permitiu adquirir competências especializadas em Enfermagem Comunitária e competências académicas para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Comunitária, Saúde Pública, Epidemiologia, Diagnósticos de Enfermagem, Empoderamento

Abstract

This report intends to describe, analyze and reflect on the project based on the Health Planning process, developed in the Community Intervention of the Master Course with Specialization in Community Nursing of the Universidade Católica, held at Public Health Unit (PHU) of a Health Centre Grouping (HCG).

The problem of the project was the epidemiological surveillance of the nursing phenomena, integrating a documentation approach in Nursing, in the scope of Information Systems in Primary Health Care, since nursing records are an instrument that allows to ensure the continuity of care to the patient / family and to obtain indicators about the care delivery.

In this sense, the evaluation rates of nursing phenomena selected according to PHU local health plan were identified: Housing, Family Income, Water Supply, Role of Carer, Management of Therapeutic Regimen in people with DM and Management of Therapeutic Regimen in people with hypertension. It was also evaluated the community management and the community empowerment level of the HCG community to promote the epidemiological surveillance of these phenomena, having as reference Community Assessment, Intervention and Empowerment Model (CAIEM). We developed a study of mixed nature. In a first step, a descriptive analysis of the evaluation rates of the selected nursing phenomena. In the second stage we developed a qualitative study, through a questionnaire applied to all nurses of the HCG, constructed from the CAIEM clinical decision matrix and through the application of the Empowerment Assessment Rating Scale in a Focus Group session with the leading nurses of HCG.

We identified a low evaluation rates of these phenomena in many of the health units of HCG and that community management in HCG is compromised, with greater expression in community participation (lack of organizational structures) and community leadership (community knowledge deficit for the development of epidemiological surveillance). We also confirm the low level of empowerment with regard to organizational structures.

In this way, after the intervention in which an organizational structure was created for HCG, called Nursing Diagnostics Observatory, it is intended to contribute to improve public health indicators in the scope of epidemiological surveillance of nursing phenomena in HCG.

The continuity of this project will be ensured by the team that constitutes this organizational structure, with a continuous monitoring of the health gains sensitive to care in Community Nursing.

This internship allowed to acquire specialized competences in Community Nursing and academic competences for the acquisition of the Master degree in Nursing.

Keywords: Community Health Nursing, Public Health, Epidemiology, Nursing Diagnoses, Empowerment

Abreviaturas/Símbolos

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DM – Diabetes Mellitus

Enf.º – Enfermeiro

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – International Council of Nurses

IDG – Índice de Desempenho Global

MAIEC – Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

PA – Pressão Arterial

PLS – Plano Local de Saúde

Prof. – Professor

SAM – Sistema de Apoio ao Médico

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SI – Sistemas de Informação

SIARS – Sistema Informático da Administração Regional de Saúde

SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem

SINUS – Sistema de Informação Nacional dos Cuidados de Saúde Primários

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

Índice

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	21
1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM – DOS CONCEITOS AOS DESAFIOS	21
1.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	21
1.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	22
1.3 AS USP E O DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DAS POPULAÇÕES	25
1.4 DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DAS POPULAÇÕES EM RELAÇÃO AOS FENÓMENOS DE ENFERMAGEM: UM CONTEXTO POTENCIAL	27
1.4.1 <i>Edifício Residencial/Habitação</i>	27
1.4.2 <i>Rendimento Familiar</i>	28
1.4.3 <i>Abastecimento de Água</i>	28
1.4.4 <i>Papel de Prestador de Cuidados</i>	29
1.4.5 <i>Gestão do Regime Terapêutico na Diabetes</i>	30
1.4.6 <i>Gestão do Regime Terapêutico na HTA</i>	32
2 CONTRATUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	33
3 MODELO DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO	34
CAPÍTULO II – O PROJETO	37
1 CONTEXTO	38
2 TIPO DE ESTUDO.....	39
3 DIAGNÓSTICO	40
3.1 PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS	40
3.2 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	41
3.2.1 <i>Taxas de Avaliação dos Focos: Habitação/Edifício Residencial, Rendimento Familiar, Abastecimento de Água e Papel de Prestador de Cuidados</i>	41
3.2.2 <i>Taxa de Avaliação do Foco: Gestão do Regime Terapêutico na Diabetes</i>	44
3.2.3 <i>Taxa de Avaliação de Utentes com DM com Consulta de Vigilância de Enfermagem</i>	44
3.2.4 <i>Taxa de Avaliação de Utentes com DM com Acompanhamento Adequado</i>	45
3.2.5 <i>Índice de Acompanhamento Adequado em Utentes com DM</i>	46
3.2.6 <i>Taxa de Avaliação de Utentes com DM com Realização de Exames dos Pés</i>	47
3.2.7 <i>Proporção de Utentes com DM com Registo de Risco de Úlcera de Pé</i>	48
3.2.8 <i>Proporção de Utentes com Novo Diagnóstico de DM – Taxa de Incidência</i>	48
3.2.9 <i>Proporção de Utentes com Diagnóstico de DM – Taxa de Prevalência</i>	49
3.2.10 <i>Taxa de Avaliação do Foco: Gestão do Regime Terapêutico na HTA</i>	50
3.2.11 <i>Taxa de Avaliação de Utentes com HTA com Acompanhamento Adequado</i>	51
3.2.12 <i>Índice de Acompanhamento Adequado em Utentes com HTA</i>	52

3.2.13	<i>Proporção de Utentes com Novo Diagnóstico de HTA – Taxa de Incidência.....</i>	52
3.2.14	<i>Proporção de Utentes com Diagnóstico de HTA – Taxa de Prevalência</i>	53
3.3	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	54
3.3.1	<i>Taxas de Avaliação dos Focos: Habitação/Edifício Residencial, Rendimento Familiar, Abastecimento de Água e Papel de Prestador de Cuidados.....</i>	54
3.3.2	<i>Taxas de Avaliação nos Doentes com Diabetes Mellitus</i>	55
3.3.3	<i>Taxas de Avaliação nos Doentes com Hipertensão Arterial</i>	57
3.3.4	<i>Atividade de Diagnóstico dos Enfermeiros face ao Foco Gestão Comunitária</i>	58
3.3.5	<i>Nível de Empoderamento da Comunidade ACES.....</i>	60
4	DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	62
5	FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	63
5.1	OBJETIVOS GERAIS.....	63
5.2	OBJETIVOS OPERACIONAIS OU METAS	63
6	SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS / EXECUÇÃO.....	65
7	AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS.....	67
7.1	INDICADORES DE ESTRUTURA.....	67
7.2	INDICADORES DE PROCESSO	68
7.3	INDICADORES DE RESULTADO	68
	CAPÍTULO III – UMA EXPERIÊNCIA EM SAÚDE FAMILIAR.....	71
1	CONTEXTUALIZAÇÃO DA USF.....	72
2	MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR.....	74
3	ATIVIDADES REALIZADAS	75
4	DOCUMENTAÇÃO EM SAÚDE FAMILIAR	76
	CAPÍTULO IV – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	79
	CONCLUSÃO	81
	BIBLIOGRAFIA.....	85
	Apêndices	
	Apêndice 1 - Questionário	
	Apêndice 2 - Gráfico I - Taxa de Avaliação Semestral dos Focos: Habitação, Rendimento Familiar e Abastecimento de Água	
	Apêndice 3 - Gráfico II - Taxa de Avaliação Semestral do Foco: Papel de Prestador de Cuidados	
	Apêndice 4 - Gráfico III - Taxa de Avaliação Anual dos Focos: Habitação, Rendimento Familiar e Abastecimento de Água	
	Apêndice 5 - Gráfico IV - Taxa de Avaliação Anual do Foco: Papel de Prestador de Cuidados	
	Apêndice 6 - Gráfico V - Taxa de Avaliação Mensal do Foco: GRT DM	
	Apêndice 7 - Gráfico VI - Taxa de Avaliação Anual do Foco: GRT DM	

Apêndice 8 - Gráfico VII - Taxa de Avaliação Mensal de Utentes DM com Consulta de Vigilância de Enfermagem

Apêndice 9 - Gráfico VIII - Taxa de Avaliação Anual de Utentes DM com Consulta de Vigilância de Enfermagem

Apêndice 10 - Gráfico IX - Taxa de Avaliação Mensal de Utentes DM com Acompanhamento Adequado

Apêndice 11 - Gráfico X - Taxa de Avaliação Anual de Utentes DM com Acompanhamento Adequado

Apêndice 12 - Gráfico XI - Índice Mensal de Acompanhamento Adequado em Utentes DM

Apêndice 13 - Gráfico XII - Índice Anual de Acompanhamento Adequado em Utentes DM

Apêndice 14 - Gráfico XIII - Taxa de Avaliação Mensal de Utentes DM com Realização de Exame dos Pés

Apêndice 15 - Gráfico XIV - Taxa de Avaliação Anual de Utentes DM com Realização de Exame dos Pés

Apêndice 16 - Gráfico XV - Proporção Mensal de Utentes DM com Registo de Risco de Úlcera de Pé

Apêndice 17 - Gráfico XVI - Proporção Anual de Utentes DM com Registo de Risco de Úlcera de Pé

Apêndice 18 - Gráfico XVII - Proporção Mensal de Utentes com Novo Diagnóstico de DM - Incidência

Apêndice 19 - Gráfico XVIII - Proporção Anual de Utentes com Novo Diagnóstico de DM - Incidência

Apêndice 20 - Gráfico XIX - Proporção Mensal de Utentes com Diagnóstico de DM - Prevalência

Apêndice 21 - Gráfico XX - Proporção Anual de Utentes com Diagnóstico de DM - Prevalência

Apêndice 22 - Gráfico XXI - Taxa de Avaliação Mensal do Foco: GRT HTA

Apêndice 23 - Gráfico XXII - Taxa de Avaliação Anual do Foco: GRT HTA

Apêndice 24 - Gráfico XXIII - Taxa de Avaliação Mensal de Utentes HTA com Acompanhamento Adequado

Apêndice 25 - Gráfico XXIV - Taxa de Avaliação Anual de Utentes HTA com Acompanhamento Adequado

Apêndice 26 - Gráfico XXV - Índice Mensal de Acompanhamento Adequado em Utentes HTA

Apêndice 27 - Gráfico XXVI - Índice Anual de Acompanhamento Adequado em Utentes HTA

Apêndice 28 - Gráfico XXVII - Proporção Mensal de Utentes com Novo Diagnóstico de HTA - Incidência

Apêndice 29 - Gráfico XXVIII - Proporção Anual de Utentes com Novo Diagnóstico de HTA - Incidência

Apêndice 30 - Gráfico XXIX - Proporção Mensal de Utentes com Diagnóstico de HTA - Prevalência

Apêndice 31 - Gráfico XXX - Proporção Anual de Utentes com Diagnóstico de HTA - Prevalência

Apêndice 32 - Respostas ao Questionário

Apêndice 33 - Sessão de Intervenção, Ficha de Caracterização da Sessão, Plano da Sessão

Apêndice 34 - Regulamento do ODE

Apêndice 35 - Estudo de Caso com aplicação do MDAIF

Apêndice 36 - Estudo de Caso de um Doente Diabético

Anexos

Anexo 1- Fórmulas para cálculo das Taxas de Avaliação da Matriz Operativa do MDAIF

Anexo 2 – Fórmulas para cálculo das Taxas de Avaliação do Programa de Contratualização da ACSS

Anexo 3 - “Empowerment Assessment Rating Scale” (Laverack, G., 2007)

Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1 – Taxas de Avaliação Semestral dos Focos: Habitação/Edifício Residencial, Rendimento Familiar, Abastecimento de Água e Papel de Prestador de Cuidados	43
Tabela 2 – Taxas de Avaliação Anual dos Focos: Habitação/Edifício Residencial, Rendimento Familiar, Abastecimento de Água e Papel de Prestador de Cuidados	43
Tabela 3 – Taxas de Avaliação do Foco: GRT na DM	44
Tabela 4 – Taxas de Avaliação de utentes com DM com Consulta de Vigilância de Enfermagem	45
Tabela 5 – Taxas de Avaliação de utentes com DM com Acompanhamento Adequado	46
Tabela 6 – Índice de Acompanhamento Adequado em utentes com DM	47
Tabela 7 – Taxas de Avaliação de utentes com DM com Realização de Exames dos Pés	47
Tabela 8 – Proporção de utentes com DM com Registo de Risco de Úlcera de Pé	48
Tabela 9 – Taxas de Incidência de DM.....	49
Tabela 10 – Taxas de Prevalência de DM	50
Tabela 11 – Taxas de Avaliação do Foco: GRT na HTA.....	51
Tabela 12 – Taxas de Avaliação de utentes com HTA com Acompanhamento Adequado	51
Tabela 13 – Índice de Acompanhamento Adequado em utentes com HTA.....	52
Tabela 14 – Taxas de Incidência de HTA	53
Tabela 15 – Taxas de Prevalência de HTA.....	54
Tabela 16 – Atividade de Diagnóstico face ao Foco Gestão Comunitária	59
Tabela 17 – Indicadores de Processo.....	68
Tabela 18 – Indicadores de Resultado.....	69
Figura 1 – Nível de empoderamento comunitário do ACES para a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem	61

INTRODUÇÃO

Este relatório é referente ao processo de estágio no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica do Porto.

O módulo I de estágio, que decorreu entre 2 de maio e 23 de junho de 2017, e o módulo II, que decorreu entre 11 de setembro e 3 de novembro de 2017, foram realizados na Unidade de Saúde Pública de um ACES do Grande Porto, sob a orientação científica do Doutor Pedro Melo e a coorientação e tutoria do Mestre João Rodrigues, permitindo a elaboração de um projeto assente no processo de planeamento em saúde. O módulo III de estágio decorreu entre 6 e 27 de novembro de 2017 e foi realizado numa Unidade de Saúde Familiar do mesmo ACES, sob a orientação científica do Doutor Pedro Melo e a coorientação e tutoria da Mestre Ana Miranda, permitindo entender a intervenção de um enfermeiro de família e as dificuldades associadas à sua documentação nos sistemas informáticos.

A enfermagem comunitária, tendo o seu foco de atuação na comunidade, dota o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária de um papel preponderante através da sua prática, sendo este o profissional mais capacitado para prestar cuidados de saúde específicos e diferenciados ao utente, grupo ou comunidade, no sentido de os ajudar a experienciar as respostas aos processos de vida o melhor possível, traduzindo ganhos em saúde. (1)

A Unidade de Saúde Pública, que funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES onde se encontra inserida, tem como competência elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.

Assim, a área da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem enquadrada como uma área potenciadora da valorização da documentação dos cuidados de enfermagem, assegurando a gestão de programas que integrem as necessidades da população, e que monitoriza os ganhos em saúde na população, sensíveis a esses cuidados de enfermagem.

A abordagem da gestão comunitária da comunidade ACES, neste contexto, permite promover o seu empoderamento comunitário na tomada de decisão clínica dos enfermeiros, tendo por base o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), para a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem. (2)

Os objetivos pessoais definidos para todo este percurso são:

- Demonstrar capacidade de integração e de trabalho em colaboração com a equipa multidisciplinar;
- Demonstrar espírito de iniciativa, responsabilidade e capacidade crítico-reflexiva;
- Ampliar competências comunicacionais e de relação interpessoal;
- Aprofundar conhecimentos, habilidades e capacidades na área de especialização em Enfermagem Comunitária;
- Ampliar competências na área de especialização em Enfermagem Comunitária;
- Refletir sobre a importância do Planeamento em Saúde;
- Identificar o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na gestão e programas e projetos de um ACES;
- Identificar as áreas de atenção da população abrangida pelo ACES;
- Identificar as taxas de avaliação dos Focos de Enfermagem: Edifício Residencial/Habitação, Rendimento Familiar, Abastecimento de Água, Papel de Prestador de Cuidados, Gestão do Regime Terapêutico na Diabetes e Gestão do Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial;
- Avaliar a Gestão Comunitária no ACES;
- Avaliar o nível de empoderamento comunitário da comunidade ACES;
- Efetuar a priorização dos diagnósticos encontrados;

- Identificar estratégias de documentação dos diagnósticos de enfermagem em análise;
- Contribuir para a promoção da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem no ACES;
- Identificar a dinâmica de trabalho de um Enfermeiro de Família numa USF;
- Identificar as dificuldades sentidas, ao nível da documentação dos cuidados de enfermagem no SClínico, pelos profissionais de enfermagem de uma USF na sua prática.

Com este relatório pretende-se, através de uma metodologia descritiva e reflexiva, apresentar de forma clara todo o percurso realizado ao longo destes módulos de estágio, evocando todas as atividades realizadas, os resultados obtidos e conseqüentemente a sua avaliação.

Este relatório apresenta uma estrutura dividida em seis partes: introdução, onde é feita uma breve referência aos objetivos pessoais e ao trabalho desenvolvido, o capítulo I, que apresenta o enquadramento teórico do tema, o capítulo II, que aborda o projeto elaborado, assente no processo de planeamento em saúde, o capítulo III, que contextualiza a experiência em saúde familiar, o capítulo IV, que aborda o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Comunitária e a conclusão, que apresenta uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido. As referências bibliográficas seguem a Norma ISO 690 com referência numérica.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao longo deste capítulo serão abordados temas como a vigilância epidemiológica e os diagnósticos de enfermagem, a contratualização dos cuidados de saúde primários e o modelo de avaliação, intervenção e empoderamento comunitário.

1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM – DOS CONCEITOS AOS DESAFIOS

1.1 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A Epidemiologia consiste no estudo da distribuição da doença nas populações e dos fatores que influenciam ou determinam essa distribuição. (3) A doença, o mal-estar e a falta de saúde não se distribuem aleatoriamente na população humana. Existem certas características que predispõem ou que protegem contra uma variedade de diferentes doenças. Essas características podem ser primariamente genéticas na sua origem, ou podem ser o resultado da exposição a certos perigos ambientais. Muitas vezes, o desenvolvimento de doença resulta da interação entre fatores genéticos e ambientais.

A vigilância epidemiológica consiste no conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção. (4)

A vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença. Permite conhecer a situação de saúde da comunidade, conhecer os fatores causais

determinantes e condicionantes da saúde, identificar os grupos mais sujeitos aos riscos e as áreas prioritárias de ação, orientar e colaborar no planeamento e na tomada de decisões.

Os epidemiologistas baseiam-se nos conceitos de incidência e prevalência para avaliar a ocorrência de doenças. A incidência corresponde ao número de casos novos de doença ocorridos num certo período de tempo numa população específica. A prevalência indica o número de casos de doença (novos e antigos) encontrados numa população definida em um determinado período no tempo. (3)

Como outro indicador epidemiológico podemos referir as taxas de avaliação, que consistem na relação entre o número de casos de ocorrência de um determinado foco ou diagnóstico de enfermagem e o total de casos (utentes com contactos com o centro de saúde) ocorridos num determinado período de tempo. (5)

1.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os registos são um instrumento imprescindível no dia-a-dia dos enfermeiros, independentemente do local onde desenvolvam a sua atividade profissional. Através deles é possível assegurar a continuidade dos cuidados ao doente, obter dados para avaliação e desenvolvimento da disciplina de enfermagem e prosseguir o desafio de dar visibilidade à Enfermagem enquanto profissão. (6)

As tecnologias de informação têm vindo, ao longo dos tempos, a afirmar-se como indispensável nas organizações, e na saúde não é exceção.

Com a crescente preocupação com a qualidade dos cuidados, as Organizações de Saúde apostam na implementação de Sistemas de Informação (SI) para otimizar os seus processos e, assim, maximizar resultados. (7) A qualidade dos cuidados prestados está diretamente relacionada com a qualidade da informação disponível aos profissionais de saúde e, a gestão da informação clínica é uma parte fundamental da sua atividade diária.

A implementação de um SI permite melhorar a prática clínica, adequar os cuidados de saúde, aumentar a eficiência e efetividade das organizações de saúde. (7)

A visibilidade social do exercício profissional dos enfermeiros só é viável através da produção de indicadores que são gerados a partir da informação documentada pelos mesmos ao nível da prestação de cuidados de Enfermagem. (8)

O SIE tem como objetivo facilitar a documentação, diminuindo assim o tempo gasto em tarefas burocráticas e conferindo maior confiabilidade e exatidão na informação e padronização de registos. Devem servir de suporte legal dos cuidados de enfermagem prestados, dar visibilidade aos contributos dos cuidados de enfermagem nomeadamente para os ganhos em saúde, facilitar a gestão e formação, promover a investigação e a continuidade de cuidados. (9)

A CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) é um sistema de linguagem de Enfermagem, com uma terminologia funcional para sua prática. O seu principal objetivo é unificar vocabulários locais num vocabulário abrangente e universal, para servir como uma infraestrutura de informação da Enfermagem, de forma a melhorar a prestação dos serviços de saúde. Outros objetivos propostos pela CIPE é a representação de conceitos e a descrição de cuidados utilizados na prática local e mundial. (10)

A CIPE dá um contributo significativo para a obtenção de dados sobre a prestação de cuidados de saúde. Sendo uma terminologia padronizada, a CIPE permite gerar dados fiáveis e válidos acerca do trabalho de Enfermagem. 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, possa ser avaliado quantitativamente e comparado entre pontos de prestação de cuidados em todo o mundo. (10)

As Instituições de Saúde e as equipas de Enfermagem destas, têm vindo a desenvolver esforços na tentativa de implementar Sistemas de Informação e documentação utilizando a CIPE, que facilitem os registos por parte dos profissionais de Enfermagem e que permitam avaliar adequadamente os ganhos em saúde.

A CIPE assenta no pressuposto de que a prática de enfermagem não é estática mas sim mutável e dinâmica. A CIPE é, assim, 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.

A proposta inicial da construção da CIPE ocorreu em 1989, a partir do *International Council of Nurses (ICN)*. Desde então, vários estudos, reuniões e congressos têm sido realizados em várias partes do mundo, com o intuito de aperfeiçoar este sistema de classificação.

Em 1996 foi publicada a CIPE versão Alfa, precedida das publicações CIPE versão Beta, em 1999, CIPE versão Beta 2, em 2001 e, finalmente, em 2005, a CIPE versão 1.0. Em 2006, a CIPE versão 1.0 foi traduzida para a língua portuguesa, por meio dos esforços da Ordem dos Enfermeiros de Portugal e em 2007, esta versão foi traduzida para o idioma português brasileiro. Em 2008 publicou-se a CIPE versão 1.1 e em Julho de 2009, foi lançada a versão 2.0 da CIPE.

A partir da introdução de uma linguagem comum, a CIPE, foi possível o desenvolvimento do modelo de SIE que se centra no processo de enfermagem.

O SClínico dos CSP é um sistema de informação evolutivo, desenvolvido pela SPMS (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde), que surge da vasta experiência com duas anteriores aplicações usadas por médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde: o SAM (Sistema de Apoio ao Médico) e o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). O SClínico evoluiu para ser uma aplicação única, comum a todos os prestadores de cuidados de saúde e centrada no doente. (11)

O SIARS (Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde) é um sistema com um enorme repositório de dados, registados no SClínico, provenientes de todas as unidades de saúde e que permite a consulta desses dados. (12)

O SINUS (Sistema de Informação Nacional dos Cuidados de Saúde Primários) tem como objetivo a informatização do perfil administrativo dos CSP, apresentando como funcionalidades e áreas de atuação a gestão de utentes, o agendamento de contactos programados e o registo de contactos não

programados, a cobrança de taxas, a gestão de utilizadores e de profissionais, a geração de agendas e as estatísticas e listagens. (13)

O acesso à informação clínica variada do utente, a utilização e partilha dos dados com profissionais de saúde de diversas áreas e a sistematização dos mesmos, permite homogeneizar as práticas e a informação recolhida a nível nacional, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz e eficiente, fazendo com que desempenhem melhor o seu papel na equipa multidisciplinar, possibilitando, desta forma, um melhor apoio, assistência e acompanhamento ao utente.

Os registos de enfermagem devem respeitar a natureza dos cuidados, de forma a uniformizarem as situações que pretendem descrever. São uma ferramenta significativa para descrever a enfermagem e aumentar a sua visibilidade. (6)

No âmbito da CIPE, um diagnóstico de enfermagem é a designação atribuída a uma decisão sobre um fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem. (10)

A partir da avaliação inicial do utente poderão ser definidos os fenómenos de enfermagem de acordo com a natureza dos cuidados, levando a diagnósticos de Enfermagem que por sua vez exigem intervenções, no sentido de melhorar ou resolver o diagnóstico definido.

Para que se possa fazer um diagnóstico tem que se ter em conta o fenómeno sobre o qual recai a intervenção, ou seja, o aspeto de saúde com relevância para a prática de Enfermagem, foco de atenção dessa mesma prática.

1.3 AS USP E O DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DAS POPULAÇÕES

Cada Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) dispõe de uma Unidade de Saúde Pública (USP) que é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, que atua em cooperação com todas as unidades funcionais do ACES onde se encontra inserida, assim como com as estruturas locais, com as quais poderá promover parcerias no sentido de

responder de modo eficiente e com qualidade às necessidades de saúde e expectativas dos cidadãos e das comunidades. (14)

A USP tem, assim, como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, com o objetivo de obter ganhos em saúde, contribuindo para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.

A USP é um observatório local de saúde que funciona como uma estrutura de vigilância e monitorização de saúde, com funções de vigilância epidemiológica e ambiental, planeamento em saúde e definição de estratégias locais. Deste modo, na sequência da informação obtida, que posteriormente é analisada e tratada, a USP elabora a proposta de um Plano Local de Saúde (PLS), que vise dar resposta às necessidades de saúde da população identificadas e aos respetivos determinantes. (14)

O PLS é um documento estratégico cujas orientações visam contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, definindo e quantificando a mudança desejada, baseando-se na corresponsabilização e coparticipação da comunidade. (15)

Para a elaboração do PLS é realizado um diagnóstico de situação de saúde da população das freguesias abrangida pelo ACES.

O diagnóstico de situação de saúde tem como finalidade descrever de forma sucinta o estado de saúde da população, dos seus determinantes e de potenciais riscos, de forma a planear a intervenção em saúde.

Para a elaboração do diagnóstico de saúde, a USP teve em consideração os determinantes socioeconómicos como a escolaridade, o emprego, as famílias e a habitação, e a criminalidade, entre outros; a saúde da população, avaliando as taxas de mortalidade e de morbilidade relacionadas com diversas patologias, a vacinação, as doenças profissionais e acidentes de trabalho, o clima, as águas e saneamento e o ruído; a caracterização de riscos como as cheias e inundações, a radioatividade natural, as ondas de calor e as vagas de frio, os acidentes graves de tráfego rodoviário e os acidentes em parques industriais. (16)

1.4 DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DAS POPULAÇÕES EM RELAÇÃO AOS FENÓMENOS DE ENFERMAGEM: UM CONTEXTO POTENCIAL

A seleção dos focos de enfermagem para realizar vigilância epidemiológica baseou-se na análise do diagnóstico de situação de saúde desenvolvido pela USP. Assim, os focos de enfermagem escolhidos são o edifício residencial e o rendimento familiar, que fazem parte dos determinantes socioeconômicos avaliados pela USP, o abastecimento de água, o papel de prestador de cuidados e a gestão do regime terapêutico nas pessoas com diabetes e nas pessoas com hipertensão arterial, que se enquadram na avaliação da saúde da população que a USP realizou. Sendo que alguns destes focos são também avaliados de acordo com o modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar (MDAIF), pelos enfermeiros de família do ACES.

O MDAIF é um referencial teórico e operativo que pretende dar resposta às necessidades dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias, no contexto dos CSP. A matriz operativa centrada em três dimensões avaliativas fundamentais: estrutural, de desenvolvimento e funcional, constitui-se como um instrumento orientador e sistematizador das práticas de enfermagem de saúde familiar, permitindo a interligação entre as etapas do processo de enfermagem. Apresenta um cariz dinâmico, flexível e interativo, que permite identificar as necessidades das famílias em cuidados, propondo intervenções que possam dar resposta a essas necessidades. (17)

Assim, os focos de enfermagem edifício residencial, rendimento familiar e abastecimento de água inserem-se na dimensão estrutural do MDAIF, e o papel de prestador de cuidados faz parte da dimensão funcional do mesmo modelo. De seguida, serão abordados cada um dos focos de enfermagem seleccionados:

1.4.1 EDIFÍCIO RESIDENCIAL/HABITAÇÃO

O edifício residencial/habitação corresponde ao espaço habitacional onde reside a família, proporcionando abrigo e proteção. (17)

Para avaliar o edifício residencial pode-se aplicar a escala de Graffar e avaliar o conhecimento sobre os riscos de um edifício residencial não seguro ou negligenciado.

Quando se elabora o diagnóstico de edifício residencial não seguro ou negligenciado é importante requerer e orientar a família para os serviços sociais (técnica de serviço social, autarquia,...), ensinar sobre os riscos de um edifício residencial não seguro ou negligenciado, instruir e motivar a família para o governo da casa.

1.4.2 RENDIMENTO FAMILIAR

O rendimento familiar está relacionado com os recursos económicos de uma família e a sua capacidade para assegurar a segurança e a satisfação das necessidades básicas de cada membro da família. (17)

Para avaliar o rendimento familiar pode-se aplicar a escala de Graffar e avaliar o conhecimento sobre gestão do rendimento de acordo com as despesas familiares.

A pobreza pode provocar vulnerabilidade por dificultar a vida em sociedade e por limitar o acesso aos recursos necessários à promoção da saúde.

A pobreza e a exclusão social estão também associadas a uma maior prevalência de estilos de vida menos saudáveis, com um acesso mais difícil a cuidados de saúde e a medicamentos.

Quando o rendimento familiar é insuficiente é importante requerer e orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social) e promover a gestão do rendimento.

1.4.3 ABASTECIMENTO DE ÁGUA

O abastecimento de água está relacionado com a acessibilidade de água potável que as famílias apresentam e que é essencial para a manutenção das condições necessárias à promoção da saúde. Esta área de atenção toma maior

relevo quando é utilizada água de rede privada para consumo humano, sendo necessário perceber se existe controlo da qualidade da água e se as famílias demonstram conhecimentos sobre estratégias de manutenção da qualidade da água. (17)

Quando o abastecimento de água não é adequado é necessário ensinar sobre a importância do controlo da qualidade da água, instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água e orientar para os serviços de controlo da qualidade da água.

1.4.4 PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS

O papel de prestador de cuidados é definido como o padrão interacional estabelecido na família que tem como finalidade dar apoio a um dos seus membros que se encontra dependente no autocuidado, por razões ligadas a uma situação de doença. (17)

O apoio manifesta-se por comportamentos normativos que são regulados pelos valores e pelas expectativas do sistema familiar em interação com os valores da sociedade sobre o modo como a família deve agir quando um dos seus membros se encontra dependente e sobre como deve ser exercido o papel de prestador de cuidados.

Em relação a esta área de atenção é necessário avaliar se existe conhecimento do papel, comportamentos de adesão, consenso do papel, conflito do papel ou saturação do papel.

O conhecimento do papel tem a ver com a aprendizagem cognitiva e prática que permite desenvolver eficazmente as tarefas direcionadas ao membro com dependência. (17)

O comportamento de adesão está relacionado com o desenvolvimento efetivo das tarefas de prestação de cuidados. (17)

O consenso do papel corresponde à aceitação por parte dos membros da família sobre as expectativas associadas ao papel. O consenso exprime-se pelas expectativas positivas associadas ao desempenho do papel, influenciadas pelas normas e aprovação dos outros. Neste contexto, a negociação sobre a divisão

das tarefas, a concordância sobre as expectativas ligadas ao papel, a oportunidade de expressarem sentimentos face ao seu desempenho e, ainda o envolvimento dos membros da família no exercício do mesmo, são alguns dos itens a considerar para a avaliação desta categoria. (17)

Existe conflito do papel quando as expectativas ligadas ao desempenho dos papéis ou de um papel são incompatíveis, pelas dificuldades na conciliação quer dos vários papéis familiares, quer das tarefas necessárias à consecução do mesmo. Importa assim direcionar as questões para a identificação de sobrecarga de tarefas e papéis atribuídos a cada elemento e, ainda, o apoio da família alargada ou de outros sistemas amplos no exercício desses papéis. (17)

Estamos perante a saturação do papel quando o membro da família ou os membros que desempenham o papel não têm recursos de tempo ou de energia para desempenhar eficazmente as tarefas inerentes ao mesmo. Muitas vezes associado à sobrecarga física e/ou emocional, a compreensão aprofundada sobre a história de desenvolvimento familiar e as expectativas individuais sobre o papel a desempenhar, contribuem para o desenvolvimento de estratégias que conduzem ao desenvolvimento de mudanças no funcionamento da família, impulsionando a sua funcionalidade efetiva. (17)

1.4.5 GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NA DIABETES

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica crónica que se caracteriza pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue, a hiperglicemia. A Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD) refere que a sua prevalência continua a aumentar nos últimos anos, o que constitui um sério problema em termos de saúde pública mundial pela sua morbilidade e pela redução da esperança média de vida. (18)

A diabetes tipo 1 é causada pela destruição das células produtoras de insulina do pâncreas pelo sistema imunitário do organismo, ou seja, normalmente associada a uma reação auto-imune. Dessa forma, as células beta do pâncreas produzem pouca ou nenhuma insulina, a hormona que permite que a glicose entre nas células do corpo. A diabetes tipo 1 ocorre geralmente em crianças ou adultos jovens, podendo, no entanto, afetar pessoas de qualquer

idade. As pessoas que sofrem de diabetes tipo 1 necessitam de injeções diárias de insulina para controlar os níveis de glicose no sangue. (18)

A diabetes tipo 2 surge quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o organismo não consegue utilizar eficazmente a insulina produzida. Este diagnóstico ocorre, geralmente, após os 40 anos de idade, mas pode ocorrer mais cedo associado à obesidade. As pessoas que sofrem de diabetes tipo 2 não são dependentes de insulina exógena, mas podem necessitar de insulina para o controle da hiperglicemia, se não o conseguirem através da dieta associada a antidiabéticos orais. (18)

Sendo a DM uma doença crônica para a qual ainda não existe cura, o seu tratamento tem como finalidade o controle dos níveis de glicose no sangue, sendo esta a única forma de evitar o aparecimento de complicações. As complicações da diabetes podem ser divididas em complicações agudas e crônicas.

As complicações agudas englobam essencialmente a hipoglicemia, a hiperglicemia, a cetoacidose diabética (mais comum na diabetes tipo 1) e o coma hiperosmolar. Todas elas implicam risco de vida, caso o doente não seja tratado a tempo.

As complicações tardias são causadas essencialmente por lesões nos vasos sanguíneos e nos nervos devido a elevados níveis de glicemia durante um grande período de tempo e incluem doença vascular cerebral, doença coronária, retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença vascular periférica e pé diabético. (18)

No diabético, a prática do autocuidado é essencial no seu tratamento. O que implica que o indivíduo se encontre capacitado para vigiar e responder de forma ativa aos fatores ambientais e fisiológicos e que se encontre apto para efetuar os ajustes necessários, com o objetivo de manter um bom controle metabólico e evitar o aparecimento de complicações. (19)

A autovigilância, autocontrole e autogestão eficaz da DM são fatores de extrema importância para a manutenção da saúde e da qualidade de vida das pessoas com diabetes. Dessa forma, para a sua aprendizagem e treino, em muito contribui o papel dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, enquanto educadores, cujo papel é orientar e educar o diabético a descobrir o plano terapêutico mais adequado às suas necessidades.

1.4.6 GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NA HTA

A Pressão Arterial (PA) é a força com que o sangue circula pelo interior das artérias no corpo. A Hipertensão Arterial (HTA) ocorre quando esta pressão aumenta de forma crónica, o que faz com que o coração tenha de exercer um esforço maior do que o normal para fazer circular o sangue através dos vasos sanguíneos. A PA tem duas medidas: a pressão arterial sistólica e a pressão arterial diastólica. A primeira corresponde ao momento em que o coração contrai e envia o sangue para todo o corpo. A segunda ocorre quando o coração relaxa para se voltar a encher de sangue. (20)

A HTA é uma epidemia global e constitui um fator de risco para o desenvolvimento de determinadas patologias, como a insuficiência cardíaca, acidentes vasculares cerebrais, enfarte do miocárdio, insuficiência renal, perda gradual da visão, e esclerose das artérias, entre outras. A adoção de um estilo de vida saudável pode prevenir o aparecimento da doença e a sua deteção e acompanhamento precoces podem reduzir o risco de vir a desenvolver estas patologias. (21)

A HTA é diagnosticada quando uma pessoa apresenta, em pelo menos dois momentos diferentes, um dos valores de PA (sistólica ou diastólica) ou ambos, iguais ou superiores a 140/90mmHg, determinados por um profissional treinado e utilizando um aparelho calibrado e validado. (20)

A HTA é uma doença crónica, sem cura, mas que pode ser controlada, requerendo a participação ativa da pessoa no tratamento. O tratamento deve incluir duas vertentes: tratamento farmacológico e tratamento não farmacológico (modificação dos estilos de vida). Assim, a pessoa com HTA deve ser envolvida na decisão terapêutica, o que implica que esta desempenhe um papel central no tratamento e tenha responsabilidade na sua própria saúde.

2 CONTRATUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A reforma dos cuidados de saúde primários (CSP) assumiu a contratualização como um elemento estruturante e essencial, num processo que tinha como finalidade a criação de equipas multiprofissionais funcionalmente autónomas, o desenvolvimento de uma cultura de governação clínica e de saúde e a progressiva implementação de um sistema retributivo ligado ao desempenho profissional. Esta mudança tem como objetivo assegurar uma prestação de cuidados de saúde de proximidade, com qualidade e que responda de forma eficiente e efetiva às necessidades da população. (22)

A contratualização é um instrumento de gestão por objetivos, baseado nas necessidades em saúde da população, orientado para ganhos em saúde, com um compromisso de resultados e uma clara identificação e alocação de recursos humanos e materiais, que visa a monitorização, acompanhamento e avaliação. (23)

Esta contratualização é operacionalizada pela negociação de um plano de ação plurianual (três anos) com metas anuais, centrado na pessoa e focado nos resultados, orientado pelo processo de cuidados. E aplica-se às unidades funcionais do tipo Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). (23)

O Plano de Ação está organizado numa Matriz de Desempenho Multidimensional que abrange áreas como o desempenho, os serviços, a qualidade organizacional, a formação e as atividades científicas. (23)

O Índice de Desempenho Global (IDG) é um reflexo do plano de ação, com indicadores de acompanhamento adequado. (22) A ponderação do IDG tem em conta o contexto geodemográfico, socioeconómico e as características das unidades funcionais.

As unidades funcionais de cada ACES têm de dar resposta ao que está contratualizado de forma a aumentar o seu IDG. De acordo com o IDG que apresentem, as USF e UCSP podem receber incentivos institucionais e/ou financeiros.

3 MODELO DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

A comunidade como cliente dos enfermeiros exige uma orientação da tomada de decisão que vise o empoderamento comunitário enquanto processo e enquanto resultado. (2)

O Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) permite integrar o processo de empoderamento comunitário na tomada de decisão clínica dos enfermeiros, tendo como domínio de atenção central a Gestão Comunitária. A atividade de diagnóstico dos enfermeiros, utilizando como referência o MAIEC, integra como subdomínios de diagnóstico a Participação Comunitária, a Liderança Comunitária e o Processo Comunitário. Este modelo potencia a assunção do empoderamento comunitário como processo central de abordagem das comunidades. Privilegia, também, o envolvimento da comunidade no diagnóstico e na resolução dos seus problemas, aumentando assim a sua autonomia e a continuidade dos projetos, ao potenciar os processos intencionais e de interação do ambiente da comunidade. Esta abordagem é promotora de um investimento económico efetivo com resultados de ganhos em saúde numa perspetiva de continuidade e longitudinalidade dos resultados. (2)

Com este projeto de investigação, na continuidade dos resultados do estudo que desenvolveu o MAIEC, pretendemos identificar os contributos da sua aplicação no empoderamento comunitário como resultado da intervenção dos enfermeiros, por forma a compreender de que forma o MAIEC possibilitará integrar-se na decisão clínica dos enfermeiros, quando a comunidade é o alvo dos seus cuidados.

Desta forma, vamos enquadrar o ACES como uma comunidade, no sentido de melhorar a problemática da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, o que exige a articulação de várias estruturas no contexto da melhoria da gestão comunitária para a concretização de soluções para esta problemática.

Neste sentido, foi avaliado o nível de empoderamento das comunidades, através da aplicação da “*Empowerment Assessment Rating Scale*” (24) para

avaliar o nível de empoderamento comunitário nos seus nove domínios (a participação, a liderança, as estruturas organizativas, a avaliação dos problemas, a mobilização dos recursos, a capacidade para questionar, as ligações a outras pessoas e organizações, o papel dos agentes externos e a capacidade de gestão do programa/projeto).

A validação da escala foi desenvolvida com a comunidade organizativa do ACES, envolvendo os órgãos de gestão do próprio ACES e de todas as suas unidades funcionais, no contexto do nosso projeto na Unidade de Saúde Pública, relacionado com a vigilância epidemiológica dos fenómenos de Enfermagem. Esta etapa, para além de adaptar culturalmente a escala, permitiu identificar o nível de empoderamento desta comunidade, com os dados emergentes da sua aplicação. Na etapa seguinte, depois de obter um instrumento de medição objetiva do nível de empoderamento comunitário, desenvolvemos a avaliação do nível de empoderamento do ACES antes e posteriormente será novamente avaliado após a aplicação das intervenções propostas pelo MAIEC. (2)

CAPÍTULO II – O PROJETO

O Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária proporcionou a possibilidade de desenvolver um projeto, assente no processo de planeamento em saúde, em que a problemática abordada foi a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem: um projeto de empoderamento comunitário num ACES.

O Planeamento em Saúde procura um estado de saúde através da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e reabilitação e da mudança de comportamento nas populações. (25)

O Planeamento em Saúde, no contexto da decisão clínica em Enfermagem, consiste na aplicação no processo de enfermagem, de todas as etapas do planeamento em saúde com a finalidade de responder ao diagnóstico de enfermagem, promovendo a melhoria dos determinantes em saúde da população em geral e os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem em particular. Neste sentido, enquadrámos no processo de decisão clínica em enfermagem a abordagem da gestão comunitária da comunidade do ACES, que permite promover o seu empoderamento comunitário na tomada de decisão clínica dos enfermeiros, tendo por base o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), para a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem. Integramos também, na etapa diagnóstica do processo de enfermagem, a análise das taxas de avaliação dos fenómenos selecionados em todo o ACES, no período de tempo determinado, para analisar de acordo com estes resultados, a possibilidade de avaliar a prevalência destes mesmos fenómenos.

Ao longo deste capítulo serão abordadas todas as etapas do planeamento em saúde.

1 CONTEXTO

Este projeto é realizado na USP de um ACES do Grande Porto. E tem como finalidade contribuir para melhorar os indicadores de saúde pública no âmbito da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem no ACES.

A equipa da USP é constituída por 3 enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, médicos, psicólogos, técnicos de saúde ambiental e secretários clínicos. Os enfermeiros da USP possuem como competências a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde, a coordenação de Programas de Saúde de âmbito comunitário, a capacitação de grupos e comunidades e a cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. (26)

Os principais destinatários da USP do ACES são os utentes cuja residência se encontra no seu âmbito geográfico, ainda que temporariamente, sem limite de inscrição e independentemente de estarem inscritos no ACES. A área geodemográfica deste ACES do Grande Porto apresenta uma população residente de cerca de 85.671 habitantes. (16)

A população alvo deste projeto é constituída pelos 86 profissionais de enfermagem que trabalham nas 13 unidades funcionais do ACES (USP, UCC, UCSP e USF).

2 TIPO DE ESTUDO

Este estudo é de natureza mista, sendo numa primeira etapa de natureza descritiva, pois identifica as taxas de avaliação dos focos de enfermagem selecionados. O estudo descritivo *“serve para identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação ou de uma população.”* (26)

Numa segunda etapa é de natureza predominantemente qualitativa, na aplicação de um questionário, no sentido de desenvolver o diagnóstico de enfermagem face ao foco gestão comunitária tendo a comunidade do ACES como cliente. E também, na aplicação de uma escala que permite validar o nível de empoderamento comunitário do ACES.

Numa terceira etapa, o estudo utiliza como metodologia o estudo quási-experimental com desenho antes-após de grupo único com a análise estatística dos resultados da aplicação da escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário, analisada em simultâneo com a aplicação do processo de enfermagem à comunidade do ACES, identificando o resultado das intervenções no aumento do empoderamento comunitário da comunidade. Neste relatório não são apresentados os resultados da avaliação do foco Gestão Comunitária após a intervenção de acordo com o MAIEC, nem a reavaliação do nível de empoderamento comunitário do ACES, devido ao cronograma de estágio. Sendo que, enquanto investigadora do projeto participarei nessa etapa, que será realizada em Maio.

3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de situação é o primeiro passo no processo de planeamento, devendo corresponder às necessidades de saúde da população. (25) Devemos identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes, uma vez que é relevante ter conhecimento das causas desses mesmos problemas. (27)

3.1 PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Para efetuar o cálculo das taxas de avaliação dos focos de enfermagem: Habitação/Edifício Residencial, Rendimento Familiar, Abastecimento de Água e Papel de Prestador de Cuidados, foram retirados dados numéricos do sistema informático da ARS (SIARS). Após, foram utilizadas fórmulas que fazem parte da matriz operativa do MDAIF (Anexo 1).

Para o cálculo das taxas de avaliação dos focos de enfermagem: Gestão do Regime Terapêutico na DM e Gestão do Regime Terapêutico na HTA, foram retirados dados numéricos do sistema informático da ARS (SIARS). Após, foram utilizadas fórmulas que fazem parte do programa de contratualização da ACSS (Anexo 2).

Para desenvolver o diagnóstico de enfermagem face ao foco gestão comunitária tendo a comunidade do ACES como cliente, foi construído um questionário tendo por base o MAIEC (Apêndice 1).

No sentido de avaliar o nível de empoderamento da comunidade do ACES, na perspetiva dos enfermeiros que possuem responsabilidades na área da gestão, para desenvolver a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, foi aplicada a versão portuguesa da “*Empowerment Assessment Rated Scale*” (24) numa sessão de grupos focais.

3.2 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a recolha dos dados do SIARS, em relação aos focos de enfermagem, os mesmos foram tratados no programa Excel. Posteriormente, procedeu-se ao cálculo dos indicadores relativos às taxas de avaliação com a aplicação das suas fórmulas. De seguida, serão detalhados os procedimentos tidos em consideração para o cálculo de cada indicador selecionado, no que respeita à seleção do numerador e denominador.

Em relação ao questionário para desenvolver o diagnóstico de enfermagem face ao foco gestão comunitária, tendo a comunidade do ACES como cliente, este foi validado, através da realização de um pré-teste numa unidade funcional com as mesmas características da população alvo, mantendo os mesmos conteúdos, e foi aplicado, sendo os resultados posteriormente apresentados.

Foi realizada uma sessão de grupos focais com os representantes dos conselhos técnicos de cada unidade funcional do ACES (ou alguém em quem delegassem essa função), onde se validou o conteúdo da tradução portuguesa da “*Empowerment Assessment Rating Scale*” (24) para o contexto de uma comunidade ACES, avaliando-se ao mesmo tempo o nível de empoderamento comunitário do ACES, nos nove domínios da escala, para a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem (Anexo 3).

3.2.1 TAXAS DE AVALIAÇÃO DOS FOCOS: HABITAÇÃO/EDIFÍCIO RESIDENCIAL, RENDIMENTO FAMILIAR, ABASTECIMENTO DE ÁGUA E PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS

A taxa de avaliação do foco Habitação/Edifício Residencial é um indicador que exprime o número de famílias com registo da avaliação deste foco. Este indicador é avaliado por uma fórmula em que o numerador corresponde ao número de famílias avaliadas em Habitação/Edifício Residencial e o denominador corresponde ao número total de famílias inscritas na unidade de

saúde. O valor é multiplicado por cem, sendo apresentado na unidade de medida %. As regras de cálculo fazem parte da matriz operativa do MDAIF (Anexo 1).

A taxa de avaliação do foco Rendimento Familiar é um indicador que exprime o número de famílias com registo da avaliação deste foco. Este indicador é avaliado por uma fórmula em que o numerador corresponde ao número de famílias avaliadas em Rendimento Familiar e o denominador corresponde ao número total de famílias inscritas na unidade de saúde. O valor é multiplicado por cem, sendo apresentado na unidade de medida %. As regras de cálculo fazem parte da matriz operativa do MDAIF (Anexo 1).

A taxa de avaliação do foco Abastecimento de Água é um indicador que exprime o número de famílias com registo da avaliação deste foco. Este indicador é avaliado por uma fórmula em que o numerador corresponde ao número de famílias avaliadas em Abastecimento de Água e o denominador corresponde ao número total de famílias inscritas na unidade de saúde. O valor é multiplicado por cem, sendo apresentado na unidade de medida %. As regras de cálculo fazem parte da matriz operativa do MDAIF (Anexo 1).

A taxa de avaliação do foco Papel de Prestador de Cuidados é um indicador que exprime o número de famílias com registo da avaliação deste foco. Este indicador é avaliado por uma fórmula em que o numerador corresponde ao número de famílias avaliadas em Papel de Prestador de Cuidados e o denominador corresponde ao número total de famílias com membro dependente inscritas na unidade de saúde. O valor é multiplicado por cem, sendo apresentado na unidade de medida %. As regras de cálculo fazem parte da matriz operativa do MDAIF (Anexo 1).

A Tabela 1 exprime a taxa de avaliação destes focos por unidade de saúde, em cada semestre do ano 2016. E a Tabela 2 exprime a taxa de avaliação média anual destes focos para cada unidade de saúde e para o ACES.

Tabela 1 – Taxas de Avaliação Semestral dos Focos: Habitação/Edifício Residencial, Rendimento Familiar, Abastecimento de Água e Papel de Prestador de Cuidados

Ano 2016								
Unidades	1º semestre				2º semestre			
	Habitação	Rendimento	Ab. Água	Prest. Cuid.	Habitação	Rendimento	Ab. Água	Prest. Cuid.
A	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
B	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
C	0,00%	0,00%	0,00%	1,18%	0,00%	0,00%	0,00%	0,59%
D	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,52%
E	0,07%	0,07%	0,06%	2,99%	0,09%	0,10%	0,11%	8,96%
F	0,00%	0,00%	0,00%	14,16%	0,00%	0,00%	0,00%	1,77%
G	0,01%	0,01%	0,01%	3,18%	0,00%	0,00%	0,00%	2,73%
H	0,00%	0,00%	0,00%	0,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,66%
I	0,00%	0,00%	0,00%	3,77%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
J	0,00%	0,00%	0,00%	14,74%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
K	0,00%	0,00%	0,00%	25,81%	0,01%	0,00%	0,01%	100,00%
L	0,00%	0,00%	0,00%	40,00%	0,00%	0,00%	0,00%	33,33%
Total ACES	0,01%	0,01%	0,01%	4,95%	0,01%	0,01%	0,01%	3,81%

Tabela 2 – Taxas de Avaliação Anual dos Focos: Habitação/Edifício Residencial, Rendimento Familiar, Abastecimento de Água e Papel de Prestador de Cuidados

Ano 2016				
Unidades	Habitação	Rendimento	Ab. Água	Prest. Cuid.
A	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
B	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
C	0,00%	0,00%	0,00%	1,76%
D	0,00%	0,00%	0,00%	1,52%
E	0,16%	0,17%	0,17%	11,94%
F	0,00%	0,00%	0,00%	15,93%
G	0,01%	0,01%	0,01%	5,91%
H	0,00%	0,00%	0,00%	0,99%
I	0,00%	0,00%	0,00%	3,77%
J	0,00%	0,00%	0,00%	14,74%
K	0,01%	0,00%	0,01%	100,00%
L	0,00%	0,00%	0,00%	73,33%
Total ACES	0,02%	0,02%	0,02%	8,76%

3.2.2 TAXA DE AVALIAÇÃO DO FOCO: GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NA DIABETES

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes, com registo de gestão do regime terapêutico no último ano. Este indicador é avaliado por uma fórmula em que o numerador corresponde à contagem de utentes, inscritos na unidade de saúde, com diabetes que apresentam registo da gestão do regime terapêutico no último ano, avaliada em 3 itens: hábitos alimentares, hábitos de exercício físico e regime medicamentoso, e o denominador corresponde à contagem de utentes, inscritos na unidade de saúde, com diabetes. O valor é multiplicado por cem, sendo apresentado na unidade de medida %. As regras de cálculo fazem parte do programa de contratualização da ACSS (Anexo 2).

A Tabela 3 exprime a taxa de avaliação deste foco por unidade de saúde, em cada mês do ano 2016. Também é apresentada a taxa de avaliação média anual para cada unidade de saúde e para o ACES.

Tabela 3 – Taxas de Avaliação do Foco: GRT na DM

Unidades	Ano 2016												Anual
	Dezembro	Novembro	Outubro	Setembro	Agosto	Julho	Junho	Maio	Abril	Março	Fevereiro	Janeiro	
A	5,0%	4,6%	4,2%	4,0%	4,0%	3,8%	3,4%	3,3%	2,6%	1,7%	0,6%	0,4%	3,1%
B	2,1%	2,1%	2,1%	2,1%	2,1%	1,8%	1,8%	1,8%	1,4%	0,7%	0,7%	0,7%	1,6%
C	68,2%	65,7%	61,4%	55,8%	52,5%	48,3%	45,7%	39,4%	32,8%	26,0%	15,8%	7,4%	43,2%
D	16,9%	16,6%	15,5%	14,6%	14,2%	14,0%	13,5%	12,5%	11,9%	8,2%	4,7%	1,8%	12,0%
E	89,4%	88,6%	86,2%	82,7%	81,7%	80,8%	79,8%	74,9%	70,2%	60,1%	41,7%	23,9%	71,7%
F	93,5%	92,0%	90,3%	87,4%	84,2%	81,8%	78,9%	73,7%	65,1%	53,4%	37,5%	17,9%	71,3%
G	92,6%	92,6%	91,6%	90,5%	89,3%	88,4%	87,0%	79,8%	72,1%	60,1%	40,0%	19,7%	75,3%
H	80,4%	78,3%	74,8%	71,8%	69,2%	66,3%	63,9%	57,9%	49,9%	38,8%	21,3%	9,4%	56,8%
I	36,7%	35,3%	31,6%	26,6%	24,0%	23,2%	21,2%	18,3%	15,1%	11,5%	7,6%	2,0%	21,1%
J	69,3%	68,7%	68,0%	65,2%	62,2%	61,9%	61,1%	55,0%	49,4%	42,1%	26,9%	9,0%	53,2%
Total ACES													40,9%

3.2.3 TAXA DE AVALIAÇÃO DE UTENTES COM DM COM CONSULTA DE VIGILÂNCIA DE ENFERMAGEM

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes, com consulta de vigilância de enfermagem no último ano. Este indicador é avaliado por uma fórmula em que o numerador corresponde à contagem de utentes com diabetes, inscritos na unidade de saúde, com consulta de vigilância de enfermagem no

último ano, e o denominador corresponde à contagem de utentes, inscritos na unidade de saúde, com diabetes. O valor é multiplicado por cem, sendo apresentado na unidade de medida %. As regras de cálculo fazem parte do programa de contratualização da ACSS (Anexo 2).

A Tabela 4 exprime a taxa de avaliação por unidade de saúde, em cada mês do ano 2016. Também é apresentada a taxa de avaliação média anual para cada unidade de saúde e para o ACES.

Tabela 4 – Taxas de Avaliação de utentes com DM com Consulta de Vigilância de Enfermagem

Unidades	Ano 2016												Anual
	Dezembro	Novembro	Outubro	Setembro	Agosto	Julho	Junho	Maio	Abril	Março	Fevereiro	Janeiro	
A	45,5%	43,5%	39,7%	33,3%	32,4%	32,8%	30,5%	28,8%	25,9%	22,5%	14,3%	7,3%	29,7%
B	58,3%	56,0%	50,5%	46,3%	45,0%	44,2%	42,2%	42,0%	38,9%	35,3%	25,9%	18,5%	41,9%
C	90,4%	88,1%	84,1%	78,7%	76,5%	73,4%	70,2%	64,7%	57,1%	47,1%	30,1%	16,7%	64,8%
D	57,2%	55,6%	52,5%	49,9%	48,5%	47,5%	45,7%	42,5%	37,7%	30,6%	22,3%	13,7%	42,0%
E	88,5%	87,4%	85,4%	83,9%	82,5%	80,7%	79,8%	75,0%	70,3%	60,9%	42,4%	25,3%	71,8%
F	93,6%	92,9%	90,9%	88,4%	85,8%	84,2%	82,5%	78,3%	70,5%	60,6%	44,7%	22,1%	74,5%
G	92,3%	91,6%	90,4%	89,2%	88,7%	87,8%	86,7%	80,2%	73,5%	62,2%	42,2%	21,1%	75,5%
H	85,3%	83,6%	79,6%	76,5%	73,4%	71,0%	68,9%	62,9%	54,8%	43,2%	25,2%	12,2%	61,4%
I	70,1%	67,2%	56,3%	46,6%	43,0%	40,6%	37,8%	32,8%	28,6%	24,5%	16,7%	9,7%	39,5%
J	84,9%	84,1%	83,0%	79,6%	76,5%	75,6%	74,5%	66,0%	60,0%	52,2%	36,1%	13,9%	65,5%
Total ACES													56,7%

3.2.4 TAXA DE AVALIAÇÃO DE UTENTES COM DM COM ACOMPANHAMENTO ADEQUADO

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes, com acompanhamento adequado de acordo com as normas da DGS, no último ano. Este indicador é avaliado por uma fórmula em que o numerador corresponde à contagem de utentes com diabetes, inscritos na unidade de saúde, com acompanhamento adequado, e o denominador corresponde à contagem de utentes, inscritos na unidade de saúde, com diabetes. O valor é multiplicado por cem, sendo apresentado na unidade de medida %. As regras de cálculo fazem parte do programa de contratualização da ACSS (Anexo 2).

A Tabela 5 exprime a taxa de avaliação por unidade de saúde, em cada mês do ano 2016. Também é apresentada a taxa de avaliação média anual para cada unidade de saúde e para o ACES.

Tabela 5 – Taxas de Avaliação de utentes com DM com Acompanhamento Adequado

Unidades	Ano 2016												Anual
	Dezembro	Novembro	Outubro	Setembro	Agosto	Julho	Junho	Maiο	Abril	Março	Fevereiro	Janeiro	
A	13,7%	10,2%	7,1%	5,0%	2,8%	1,0%	4,8%	3,3%	2,6%	1,6%	0,7%	0,0%	4,4%
B	8,1%	8,0%	7,3%	4,3%	0,4%	0,0%	5,0%	4,3%	2,8%	2,4%	1,4%	0,0%	3,7%
C	66,0%	57,8%	44,6%	30,3%	16,4%	7,8%	38,8%	33,3%	26,1%	19,7%	8,3%	4,1%	29,4%
D	11,4%	7,7%	5,0%	2,4%	1,1%	0,5%	4,8%	3,3%	1,9%	1,0%	0,3%	0,0%	3,3%
E	56,7%	51,0%	42,5%	33,1%	19,0%	7,9%	29,6%	26,7%	22,6%	17,7%	9,2%	3,6%	26,6%
F	63,9%	55,6%	45,4%	33,9%	22,5%	13,5%	36,5%	32,3%	26,1%	20,4%	12,4%	5,6%	30,7%
G	56,8%	51,5%	41,1%	31,6%	19,3%	10,7%	31,6%	26,9%	21,3%	16,9%	11,0%	4,4%	26,9%
H	54,2%	44,1%	32,3%	22,3%	11,4%	4,1%	24,8%	20,1%	14,3%	8,2%	3,5%	1,1%	20,0%
I	26,5%	20,6%	11,3%	7,6%	3,6%	2,2%	10,8%	8,1%	5,6%	3,5%	1,4%	0,1%	8,4%
J	40,5%	32,4%	24,9%	13,3%	4,1%	2,2%	24,7%	19,7%	12,1%	8,1%	2,9%	0,6%	15,4%
Total ACES													16,9%

3.2.5 ÍNDICE DE ACOMPANHAMENTO ADEQUADO EM UTENTES COM DM

Indicador que exprime o índice de acompanhamento adequado em utentes com DM, de acordo com as normas da DGS, no último ano. Este indicador é avaliado por uma fórmula em que o numerador corresponde ao somatório do “score de acompanhamento” determinado para cada utente com DM inscrito. Este “score de acompanhamento” de cada utente pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento. E, o denominador corresponde à contagem de utentes, inscritos na unidade de saúde, com diabetes. As regras de cálculo fazem parte do programa de contratualização da ACSS (Anexo 2).

A Tabela 6 exprime o índice de acompanhamento por unidade de saúde, em cada mês do ano 2016. Também é apresentada uma média anual para cada unidade de saúde e para o ACES.

Tabela 6 – Índice de Acompanhamento Adequado em utentes com DM

Unidades	Ano 2016												Anual
	Dezembro	Novembro	Outubro	Setembro	Agosto	Julho	Junho	Maior	Abril	Março	Fevereiro	Janeiro	
A	0,45	0,42	0,36	0,31	0,26	0,22	0,42	0,39	0,36	0,30	0,22	0,15	0,32
B	0,39	0,38	0,36	0,28	0,21	0,18	0,35	0,32	0,28	0,27	0,19	0,13	0,28
C	0,85	0,81	0,73	0,61	0,49	0,40	0,75	0,70	0,62	0,52	0,36	0,21	0,59
D	0,41	0,38	0,33	0,27	0,23	0,20	0,35	0,32	0,27	0,22	0,17	0,11	0,27
E	0,83	0,80	0,74	0,66	0,53	0,41	0,75	0,71	0,65	0,57	0,41	0,26	0,61
F	0,85	0,80	0,73	0,63	0,53	0,44	0,77	0,72	0,65	0,54	0,40	0,24	0,61
G	0,86	0,82	0,72	0,63	0,51	0,42	0,80	0,74	0,68	0,59	0,43	0,26	0,62
H	0,77	0,71	0,59	0,50	0,40	0,32	0,68	0,62	0,54	0,44	0,29	0,18	0,50
I	0,61	0,56	0,47	0,40	0,32	0,27	0,52	0,47	0,40	0,34	0,25	0,16	0,40
J	0,71	0,65	0,59	0,47	0,37	0,34	0,62	0,56	0,49	0,41	0,30	0,17	0,47
Total ACES													0,47

3.2.6 TAXA DE AVALIAÇÃO DE UTENTES COM DM COM REALIZAÇÃO DE EXAMES DOS PÉS

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes, com pelo menos um exame dos pés registado no último ano. Este indicador é avaliado por uma fórmula em que o numerador corresponde à contagem de utentes com diabetes, inscritos na unidade de saúde, com exame dos pés registado no último ano, e o denominador corresponde à contagem de utentes, inscritos na unidade de saúde, com diabetes. O valor é multiplicado por cem, sendo apresentado na unidade de medida %. As regras de cálculo fazem parte do programa de contratualização da ACSS (Anexo 2).

A Tabela 7 exprime a taxa de avaliação por unidade de saúde, em cada mês do ano 2016. Também é apresentada a taxa de avaliação média anual para cada unidade de saúde e para o ACES.

Tabela 7 – Taxas de Avaliação de utentes com DM com Realização de Exames dos Pés

Unidades	Ano 2016												Anual
	Dezembro	Novembro	Outubro	Setembro	Agosto	Julho	Junho	Maior	Abril	Março	Fevereiro	Janeiro	
A	36,9%	35,2%	31,7%	29,2%	27,5%	26,9%	22,8%	20,6%	18,4%	15,1%	10,0%	5,4%	23,3%
B	20,5%	19,4%	18,9%	18,0%	16,3%	15,9%	14,9%	14,9%	14,1%	12,2%	7,7%	4,5%	14,8%
C	91,6%	88,6%	84,0%	77,8%	74,9%	71,4%	68,5%	62,5%	53,6%	44,0%	27,3%	14,0%	63,2%
D	48,3%	46,6%	42,9%	39,9%	37,6%	36,3%	34,8%	31,5%	26,1%	19,5%	12,7%	6,6%	31,9%
E	93,3%	92,8%	91,5%	91,3%	90,7%	89,5%	88,1%	82,0%	76,6%	67,8%	48,4%	28,3%	78,3%
F	92,6%	91,2%	89,4%	86,9%	83,5%	81,6%	79,5%	74,8%	65,0%	54,0%	38,7%	18,2%	71,3%
G	91,7%	91,1%	89,0%	87,4%	85,3%	83,4%	80,5%	73,7%	66,2%	55,6%	37,2%	18,0%	71,6%
H	83,8%	80,5%	73,7%	69,0%	65,0%	61,0%	57,3%	49,7%	41,8%	30,4%	15,4%	6,9%	52,9%
I	65,3%	60,6%	50,1%	40,9%	37,2%	35,9%	33,2%	28,7%	23,5%	19,5%	13,5%	6,1%	34,5%
J	83,6%	82,6%	80,7%	76,6%	71,7%	71,2%	68,9%	61,8%	53,2%	44,0%	27,5%	9,7%	61,0%
Total ACES													50,3%

3.2.7 PROPORÇÃO DE UTENTES COM DM COM REGISTO DE RISCO DE ÚLCERA DE PÉ

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes, com registo de risco de ulceração do pé no último ano. Este indicador é avaliado por uma fórmula em que o numerador corresponde à contagem de utentes com diabetes, inscritos na unidade de saúde, com registo de risco de ulceração do pé realizado no último ano, e o denominador corresponde à contagem de utentes, inscritos na unidade de saúde, com diabetes. O valor é multiplicado por cem, sendo apresentado na unidade de medida %. As regras de cálculo fazem parte do programa de contratualização da ACSS (Anexo 2).

A Tabela 8 exprime a taxa de avaliação por unidade de saúde, em cada mês do ano 2016. Também é apresentada a taxa de avaliação média anual para cada unidade de saúde e para o ACES.

Tabela 8 – Proporção de utentes com DM com Registo de Risco de Úlcera de Pé

Unidades	Ano 2016												Anual
	Dezembro	Novembro	Outubro	Setembro	Agosto	Julho	Junho	Maiο	Abril	Março	Fevereiro	Janeiro	
A	38,5%	36,8%	33,7%	31,1%	29,3%	28,8%	24,5%	22,2%	19,5%	16,1%	10,8%	6,0%	24,8%
B	19,7%	18,9%	18,2%	17,9%	16,7%	15,8%	15,0%	15,1%	14,2%	13,4%	8,8%	4,7%	14,9%
C	87,5%	84,7%	80,8%	75,9%	73,6%	71,1%	68,5%	63,0%	54,9%	45,2%	28,2%	14,6%	62,3%
D	56,9%	54,5%	51,8%	48,9%	46,1%	45,1%	43,6%	39,5%	32,1%	23,3%	15,1%	7,2%	38,7%
E	95,1%	94,9%	94,0%	93,8%	93,3%	92,3%	90,9%	85,2%	80,0%	70,8%	51,5%	30,3%	81,0%
F	94,7%	94,4%	93,1%	90,4%	87,1%	85,2%	83,1%	79,0%	71,1%	59,7%	44,2%	20,2%	75,2%
G	92,3%	91,8%	89,7%	88,5%	86,4%	84,6%	81,8%	75,4%	67,9%	57,0%	38,2%	18,6%	72,7%
H	89,4%	85,9%	80,8%	75,4%	71,2%	66,7%	62,6%	55,4%	47,2%	33,8%	17,3%	7,5%	57,8%
I	67,2%	62,1%	52,2%	42,8%	38,9%	37,5%	34,9%	30,2%	25,0%	20,1%	13,9%	5,7%	35,9%
J	83,9%	83,1%	80,9%	76,0%	72,1%	71,6%	69,6%	62,5%	53,7%	44,9%	28,4%	9,9%	61,4%
Total ACES													52,4%

3.2.8 PROPORÇÃO DE UTENTES COM NOVO DIAGNÓSTICO DE DM – TAXA DE INCIDÊNCIA

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de “Diabetes Mellitus”, no último ano, identificados na população inscrita. Este indicador é avaliado por uma fórmula em que o numerador corresponde à

contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de “Diabetes Mellitus” registado na lista de problemas e iniciado no último ano, e o denominador corresponde à contagem de utentes inscritos na unidade de saúde. O valor é multiplicado por mil. As regras de cálculo fazem parte do programa de contratualização da ACSS (Anexo 2).

A Tabela 9 exprime a taxa de incidência por unidade de saúde, em cada mês do ano 2016. Também é apresentada a taxa de incidência média anual para cada unidade de saúde e para o ACES.

Tabela 9 – Taxas de Incidência de DM

Unidades	Ano 2016												Anual
	Dezembro	Novembro	Outubro	Setembro	Agosto	Julho	Junho	Maiο	Abril	Março	Fevereiro	Janeiro	
A	6,32	6,15	6,49	6,34	6,80	7,09	6,83	6,64	6,94	6,76	6,50	6,80	6,64
B	5,02	5,02	4,00	3,69	3,70	3,72	3,71	4,35	4,67	6,54	6,23	6,57	4,77
C	8,10	7,73	7,29	6,89	6,90	6,70	6,93	6,71	7,15	7,84	8,30	11,01	7,63
D	6,90	6,74	6,40	6,07	5,84	5,89	6,51	6,05	6,09	5,90	6,60	10,06	6,59
E	5,59	5,60	5,53	5,67	5,61	5,70	5,84	6,05	5,78	5,85	5,37	5,65	5,69
F	6,07	6,33	6,23	6,56	6,31	6,06	5,58	5,90	5,64	5,97	5,44	6,94	6,09
G	5,31	5,10	4,98	4,62	4,91	5,19	5,47	5,47	5,60	5,84	6,15	6,82	5,46
H	5,26	5,26	5,24	5,10	5,02	5,46	5,75	5,82	6,61	6,18	6,61	5,63	5,66
I	6,33	6,15	6,53	6,90	7,19	7,50	7,93	8,25	8,28	7,93	8,37	8,52	7,49
J	5,22	5,22	4,61	4,37	4,71	4,72	5,07	4,85	4,73	5,41	6,10	6,45	5,12
Total ACES													6,11

3.2.9 PROPORÇÃO DE UTENTES COM DIAGNÓSTICO DE DM – TAXA DE PREVALÊNCIA

Indicador que exprime a proporção de utentes com o diagnóstico de “Diabetes Mellitus”, identificados na população inscrita. Este indicador é avaliado por uma fórmula em que o numerador corresponde à contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de “Diabetes Mellitus” registado na lista de problemas, e o denominador corresponde à contagem de utentes inscritos na unidade de saúde. O valor é multiplicado por cem, sendo apresentado na unidade de medida %. As regras de cálculo fazem parte do programa de contratualização da ACSS (Anexo 2).

A Tabela 10 exprime a taxa de prevalência por unidade de saúde, em cada mês do ano 2016. Também é apresentada a taxa de prevalência média anual para cada unidade de saúde e para o ACES.

Tabela 10 – Taxas de Prevalência de DM

Unidades	Ano 2016												Anual
	Dezembro	Novembro	Outubro	Setembro	Agosto	Julho	Junho	Maiο	Abril	Março	Fevereiro	Janeiro	
A	8,9%	8,9%	8,7%	8,7%	8,8%	8,6%	8,6%	8,6%	8,6%	8,6%	8,5%	8,5%	8,7%
B	8,9%	8,9%	8,6%	8,7%	8,7%	8,8%	8,7%	8,7%	8,8%	8,9%	8,9%	9,0%	8,8%
C	10,0%	10,0%	9,9%	10,0%	10,1%	10,2%	10,2%	10,2%	10,2%	10,1%	10,2%	10,1%	10,1%
D	7,4%	7,4%	7,2%	7,2%	7,2%	7,2%	7,3%	7,2%	7,2%	7,2%	7,2%	7,2%	7,2%
E	7,8%	7,9%	7,8%	7,8%	7,9%	7,9%	7,9%	7,9%	7,9%	7,9%	7,9%	7,8%	7,9%
F	7,2%	7,2%	7,1%	7,1%	7,1%	7,1%	7,1%	7,1%	7,0%	7,0%	7,0%	6,9%	7,1%
G	8,3%	8,4%	8,2%	8,2%	8,2%	8,2%	8,2%	8,2%	8,2%	8,2%	8,2%	8,2%	8,2%
H	8,0%	8,1%	8,1%	8,1%	8,1%	8,1%	8,2%	8,2%	8,3%	8,2%	8,2%	8,1%	8,1%
I	8,2%	8,2%	8,0%	8,0%	8,0%	8,0%	8,0%	8,0%	8,0%	8,0%	8,1%	8,1%	8,0%
J	6,2%	6,3%	6,2%	6,2%	6,3%	6,3%	6,3%	6,3%	6,3%	6,3%	6,3%	6,3%	6,3%
Total ACES													8,0%

3.2.10 TAXA DE AVALIAÇÃO DO FOCO: GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NA HTA

Indicador que exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo de gestão do regime terapêutico no último ano. Este indicador é avaliado por uma fórmula em que o numerador corresponde à contagem de utentes, inscritos na unidade de saúde, com hipertensão arterial que apresentam registo da gestão do regime terapêutico no último ano, avaliada em 3 itens: hábitos alimentares, hábitos de exercício físico e regime medicamentoso, e o denominador corresponde à contagem de utentes, inscritos na unidade de saúde, com hipertensão arterial. O valor é multiplicado por cem, sendo apresentado na unidade de medida %. As regras de cálculo fazem parte do programa de contratualização da ACSS (Anexo 2).

A Tabela 11 exprime a taxa de avaliação deste foco por unidade de saúde, em cada mês do ano 2016. Também é apresentada a taxa de avaliação média anual para cada unidade de saúde e para o ACES.

Tabela 11 – Taxas de Avaliação do Foco: GRT na HTA

Unidades	Ano 2016												Anual
	Dezembro	Novembro	Outubro	Setembro	Agosto	Julho	Junho	Maior	Abril	Março	Fevereiro	Janeiro	
A	1,7%	1,6%	1,4%	1,4%	1,4%	1,3%	1,1%	1,1%	0,9%	0,5%	0,2%	0,2%	1,1%
B	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,3%	0,1%	0,1%	0,3%	0,5%
C	30,8%	29,5%	26,3%	21,2%	19,7%	18,2%	17,2%	14,8%	12,2%	9,4%	5,5%	2,7%	17,3%
D	6,0%	5,9%	5,4%	5,0%	4,9%	4,8%	4,6%	4,5%	4,1%	3,1%	1,9%	0,9%	4,3%
E	83,3%	82,5%	80,2%	77,9%	76,6%	75,4%	73,5%	69,7%	63,6%	53,2%	37,5%	20,5%	66,2%
F	78,7%	77,6%	73,7%	68,5%	64,0%	60,9%	56,3%	52,0%	47,0%	39,5%	27,7%	13,8%	55,0%
G	77,4%	76,4%	73,2%	70,3%	68,8%	67,6%	65,9%	59,8%	54,1%	45,7%	29,8%	13,7%	58,5%
H	41,2%	40,0%	36,3%	31,4%	30,2%	28,8%	26,9%	24,3%	21,0%	16,6%	9,1%	3,7%	25,8%
I	16,5%	15,9%	13,0%	7,8%	6,4%	6,3%	5,8%	5,0%	4,1%	3,3%	2,3%	0,6%	7,3%
J	40,8%	39,9%	38,4%	34,8%	32,3%	32,0%	31,2%	28,8%	25,5%	21,4%	13,4%	5,1%	28,6%
Total ACES													26,4%

3.2.11 TAXA DE AVALIAÇÃO DE UTENTES COM HTA COM ACOMPANHAMENTO ADEQUADO

Indicador que exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado de acordo com as normas da DGS, no último ano. Este indicador é avaliado por uma fórmula em que o numerador corresponde à contagem de utentes com hipertensão arterial, inscritos na unidade de saúde, com acompanhamento adequado, e o denominador corresponde à contagem de utentes, inscritos na unidade de saúde, com hipertensão arterial. O valor é multiplicado por cem, sendo apresentado na unidade de medida %. As regras de cálculo fazem parte do programa de contratualização da ACSS (Anexo 2).

A Tabela 12 exprime a taxa de avaliação por unidade de saúde, em cada mês do ano 2016. Também é apresentada a taxa de avaliação média anual para cada unidade de saúde e para o ACES.

Tabela 12 – Taxas de Avaliação de utentes com HTA com Acompanhamento Adequado

Unidades	Ano 2016												Anual
	Dezembro	Novembro	Outubro	Setembro	Agosto	Julho	Junho	Maior	Abril	Março	Fevereiro	Janeiro	
A	20,3%	19,0%	16,7%	13,2%	9,3%	6,0%	19,1%	17,6%	15,7%	13,2%	8,0%	3,7%	13,5%
B	13,5%	13,1%	12,0%	9,2%	4,8%	3,5%	13,1%	12,2%	10,0%	9,1%	5,5%	3,0%	9,1%
C	58,9%	54,4%	46,6%	34,2%	21,8%	13,3%	47,9%	45,2%	41,1%	33,9%	21,4%	9,4%	35,7%
D	11,9%	11,1%	8,1%	5,6%	3,7%	1,8%	9,5%	7,8%	6,1%	4,6%	2,8%	1,4%	6,2%
E	66,7%	64,6%	59,7%	49,8%	33,8%	16,3%	62,9%	60,4%	55,3%	47,7%	34,4%	19,1%	47,6%
F	70,3%	66,9%	58,7%	48,4%	32,3%	21,6%	64,0%	60,3%	55,0%	45,3%	31,4%	15,3%	47,5%
G	61,0%	57,6%	47,9%	36,8%	24,0%	13,9%	56,9%	52,9%	47,4%	39,9%	26,4%	12,5%	39,8%
H	56,1%	51,3%	42,4%	31,6%	21,0%	10,6%	51,0%	46,9%	41,5%	33,8%	21,3%	10,2%	34,8%
I	45,0%	41,0%	32,8%	23,0%	14,2%	9,1%	34,8%	28,5%	23,6%	18,7%	12,2%	5,6%	24,0%
J	30,0%	28,7%	23,5%	17,8%	12,1%	10,1%	26,1%	22,8%	18,4%	15,9%	11,2%	5,3%	18,5%
Total ACES													27,7%

3.2.12 ÍNDICE DE ACOMPANHAMENTO ADEQUADO EM UTENTES COM HTA

Indicador que exprime o índice de acompanhamento adequado em utentes com HTA, de acordo com as normas da DGS, no último ano. Este indicador é avaliado por uma fórmula em que o numerador corresponde ao somatório do “score de acompanhamento” determinado para cada utente com HTA inscrito. Este “score de acompanhamento” de cada utente pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento. E, o denominador corresponde à contagem de utentes, inscritos na unidade de saúde, com HTA. As regras de cálculo fazem parte do programa de contratualização da ACSS (Anexo 2).

A Tabela 13 exprime o índice de acompanhamento por unidade de saúde, em cada mês do ano 2016. Também é apresentada uma média anual para cada unidade de saúde e para o ACES.

Tabela 13 – Índice de Acompanhamento Adequado em utentes com HTA

Unidades	Ano 2016												Anual
	Dezembro	Novembro	Outubro	Setembro	Agosto	Julho	Junho	Maiο	Abril	Março	Fevereiro	Janeiro	
A	0,61	0,59	0,56	0,52	0,48	0,44	0,62	0,60	0,57	0,53	0,47	0,41	0,53
B	0,51	0,50	0,48	0,45	0,41	0,39	0,50	0,48	0,45	0,44	0,40	0,36	0,45
C	0,86	0,84	0,79	0,71	0,62	0,55	0,83	0,81	0,77	0,72	0,61	0,49	0,72
D	0,50	0,49	0,46	0,42	0,40	0,37	0,48	0,46	0,44	0,41	0,38	0,34	0,43
E	0,86	0,85	0,81	0,76	0,66	0,56	0,84	0,82	0,79	0,73	0,64	0,53	0,74
F	0,88	0,86	0,81	0,75	0,66	0,59	0,86	0,84	0,80	0,74	0,64	0,53	0,75
G	0,85	0,83	0,76	0,69	0,61	0,54	0,84	0,80	0,76	0,70	0,60	0,49	0,71
H	0,79	0,76	0,71	0,64	0,58	0,52	0,77	0,75	0,71	0,65	0,56	0,48	0,66
I	0,75	0,72	0,67	0,60	0,53	0,49	0,69	0,64	0,60	0,56	0,50	0,43	0,60
J	0,68	0,67	0,63	0,57	0,51	0,49	0,69	0,66	0,62	0,58	0,52	0,44	0,59
Total ACES													0,62

3.2.13 PROPORÇÃO DE UTENTES COM NOVO DIAGNÓSTICO DE HTA – TAXA DE INCIDÊNCIA

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de “Hipertensão Arterial”, no último ano, identificados na população inscrita. Este indicador é avaliado por uma fórmula em que o numerador corresponde à

contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de “Hipertensão Arterial” registado na lista de problemas e iniciado no último ano, e o denominador corresponde à contagem de utentes inscritos na unidade de saúde. O valor é multiplicado por mil. As regras de cálculo fazem parte do programa de contratualização da ACSS (Anexo 2).

A Tabela 14 exprime a taxa de incidência por unidade de saúde, em cada mês do ano 2016. Também é apresentada a taxa de incidência média anual para cada unidade de saúde e para o ACES.

Tabela 14 – Taxas de Incidência de HTA

Unidades	Ano 2016												Anual
	Dezembro	Novembro	Outubro	Setembro	Agosto	Julho	Junho	Maior	Abril	Março	Fevereiro	Janeiro	
A	15,65	15,92	14,90	15,27	14,73	14,62	15,46	15,51	15,94	16,55	17,20	17,01	15,73
B	12,56	11,60	9,84	9,53	10,79	10,53	9,90	9,01	7,79	8,72	6,86	6,88	9,50
C	17,39	17,53	17,52	16,86	16,89	16,82	16,31	15,80	15,13	14,86	15,48	16,55	16,43
D	14,18	14,55	14,03	14,13	14,64	15,73	15,54	16,21	16,79	16,92	16,66	17,75	15,59
E	6,85	7,14	6,77	7,06	7,14	7,30	7,86	7,78	7,80	7,45	7,47	8,23	7,40
F	13,20	13,80	14,00	14,18	13,92	13,33	13,50	13,49	12,40	12,59	11,70	11,51	13,13
G	13,84	14,17	13,32	13,20	13,99	15,07	16,42	16,55	18,18	19,13	19,62	20,54	16,17
H	10,44	10,52	11,04	11,26	11,46	12,12	12,84	12,99	14,28	13,22	13,42	12,32	12,16
I	17,94	17,86	17,99	19,86	20,54	20,73	21,82	22,58	22,55	22,63	22,51	23,13	20,84
J	6,73	7,19	7,60	8,63	9,43	10,49	11,30	11,67	13,03	16,11	18,31	18,78	11,60
Total ACES													13,86

3.2.14 PROPORÇÃO DE UTENTES COM DIAGNÓSTICO DE HTA – TAXA DE PREVALÊNCIA

Indicador que exprime a proporção de utentes com o diagnóstico de “Hipertensão Arterial”, identificados na população inscrita. Este indicador é avaliado por uma fórmula em que o numerador corresponde à contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de “Hipertensão Arterial” registado na lista de problemas, e o denominador corresponde à contagem de utentes inscritos na unidade de saúde. O valor é multiplicado por cem, sendo apresentado na unidade de medida %. As regras de cálculo fazem parte do programa de contratualização da ACSS (Anexo 2).

A Tabela 15 exprime a taxa de prevalência por unidade de saúde, em cada mês do ano 2016. Também é apresentada a taxa de prevalência média anual para cada unidade de saúde e para o ACES.

Tabela 15 – Taxas de Prevalência de HTA

Unidades	Ano 2016												Anual
	Dezembro	Novembro	Outubro	Setembro	Agosto	Julho	Junho	Maior	Abril	Março	Fevereiro	Janeiro	
A	24,5%	24,6%	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%	24,0%	24,1%	24,0%	24,0%	24,1%
B	21,7%	21,6%	21,2%	21,2%	21,2%	21,3%	21,3%	21,2%	21,2%	21,3%	21,2%	21,2%	21,3%
C	24,3%	24,4%	24,3%	24,3%	24,5%	24,6%	24,6%	24,5%	24,4%	24,3%	24,3%	24,3%	24,4%
D	18,2%	18,3%	17,7%	17,8%	17,9%	18,1%	18,2%	18,2%	18,2%	18,1%	18,1%	18,1%	18,1%
E	19,7%	19,8%	19,7%	19,7%	19,8%	19,9%	20,1%	20,1%	20,1%	20,1%	20,1%	20,1%	19,9%
F	18,4%	18,6%	18,4%	18,4%	18,4%	18,3%	18,4%	18,3%	18,2%	18,2%	18,2%	18,2%	18,3%
G	26,6%	26,7%	26,2%	26,3%	26,3%	26,4%	26,4%	26,4%	26,3%	26,4%	26,4%	26,4%	26,4%
H	22,5%	22,6%	22,3%	22,4%	22,5%	22,6%	22,8%	22,9%	22,9%	22,9%	22,8%	22,7%	22,6%
I	24,7%	24,7%	24,2%	24,2%	24,3%	24,3%	24,6%	24,9%	24,8%	24,9%	24,9%	24,9%	24,6%
J	18,6%	18,7%	18,5%	18,6%	18,6%	18,7%	18,8%	18,8%	18,8%	18,9%	18,9%	18,9%	18,7%
Total ACES													21,9%

3.3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.3.1 TAXAS DE AVALIAÇÃO DOS FOCOS: HABITAÇÃO/EDIFÍCIO RESIDENCIAL, RENDIMENTO FAMILIAR, ABASTECIMENTO DE ÁGUA E PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS

A taxa de avaliação dos focos: Edifício Residencial/Habitação, Rendimento Familiar e Abastecimento de Água aumentou ligeiramente em uma das unidades de saúde do 1º para o 2º semestre do ano 2016, sendo que em outra das unidades essa taxa de avaliação baixou. Na maioria das unidades de saúde essa taxa de avaliação foi de 0%, Gráfico I (Apêndice 2).

A taxa de avaliação do foco: Papel de Prestador de Cuidados foi superior a 30% em apenas duas das unidades de saúde. Na maioria das unidades de saúde essa taxa de avaliação foi de 0%, Gráfico II (Apêndice 3).

A taxa média anual de avaliação dos focos: Edifício Residencial/Habitação, Rendimento Familiar e Abastecimento de Água no ACES foi de 0,02%, Gráfico III (Apêndice 4). A taxa média anual de avaliação do foco: Papel de Prestador de Cuidados no ACES foi de 8,76%, Gráfico IV (Apêndice 5).

3.3.2 TAXAS DE AVALIAÇÃO NOS DOENTES COM DIABETES MELLITUS

A taxa de avaliação do foco: gestão do regime terapêutico na DM por unidade de saúde foi aumentando ao longo dos meses do ano 2016, em todas as unidades de saúde. Tendo sido menor nas UCSP (inferior a 20% no último mês do ano 2016) em relação com as USF. E foi superior a 80%, no último mês do ano 2016, em quatro das USF, como mostra o Gráfico V (Apêndice 6).

As taxas médias anuais de avaliação deste foco foram inferiores a 15% nas UCSP e superiores a 70% em três das USF. A taxa média anual no ACES foi de 40,9%, como podemos confirmar no Gráfico VI (Apêndice 7).

As taxas de avaliação dos utentes com consulta de vigilância de enfermagem aumentaram ao longo dos meses no ano 2016 em todas as unidades de saúde. As UCSP, no último mês do ano 2016, apresentam uma taxa de avaliação inferior aos 60% e as USF, nesse mesmo mês, apresentam taxas de avaliação superiores a 70%, Gráfico VII (Apêndice 8).

As taxas médias anuais de avaliação são superiores a 60% em seis das unidades funcionais, todas elas USF. A taxa média anual de avaliação dos utentes com consulta de vigilância de enfermagem para o ACES foi de 56,7%, Gráfico VIII (Apêndice 9).

Podemos concluir que em apenas três USF a taxa média anual de avaliação dos utentes DM com consulta de vigilância de enfermagem e a taxa média anual de avaliação do foco: gestão do regime terapêutico nos diabéticos são equivalentes, enquanto nas restantes unidades de saúde as taxas médias anuais de avaliação do foco: gestão do regime terapêutico nos diabéticos é sempre inferior em relação às taxas médias anuais de avaliação dos utentes DM com consulta de vigilância de enfermagem, sendo essa diferença superior a 20% em algumas unidades. Estes dados resultam da comparação do Gráfico VI (Apêndice 7) com o Gráfico VIII (Apêndice 9).

A taxa de avaliação de utentes com DM com acompanhamento adequado foi aumentando ao longo dos meses do ano 2016, com exceção dos meses de julho, agosto e setembro em que houve uma diminuição dessa taxa. No último mês do ano, esta taxa de avaliação foi inferior a 20% nas UCSP e superior a 50% em cinco das USF, Gráfico IX (Apêndice 10).

A taxa média anual de avaliação de utentes com DM com acompanhamento adequado foi inferior a 5% nas UCSP e não ultrapassou os 31% nas restantes unidades do ACES. A taxa média anual para o ACES foi de 16,9%, Gráfico X (Apêndice 11).

O índice de acompanhamento adequado em utentes com DM também aumentou ao longo dos meses do ano 2016, com exceção dos meses de julho, agosto e setembro, em que apresentou uma diminuição. No último mês do ano todas as unidades de saúde apresentaram um índice superior a 0,4 como apresenta o Gráfico XI (Apêndice 12).

A média anual do índice de acompanhamento adequado em utentes com DM no ACES foi de 0,47 como mostra o Gráfico XII (Apêndice 13).

As taxas de avaliação de utentes com DM com realização de exames dos pés foram aumentando ao longo dos meses do ano 2016, sendo superiores a 90% em quatro das USF do ACES, no último mês do ano. No entanto, em dezembro, uma das unidades de saúde ainda apresenta uma taxa de avaliação abaixo dos 21%, Gráfico XIII (Apêndice 14).

A taxa média anual de avaliação de utentes com DM com realização de exames dos pés do ACES foi de 50,3%, Gráfico XIV (Apêndice 15).

A taxa de avaliação de utentes com DM com registo de risco de úlcera de pé aumentou ao longo dos meses do ano 2016 em todas as unidades. Essa taxa de avaliação é inferior a 40% em apenas duas das unidades funcionais, no último mês do ano, Gráfico XV (Apêndice 16).

A taxa média anual de avaliação de utentes com DM com registo de risco de úlcera de pé foi superior a 70% em três das USF do ACES e a taxa média anual de avaliação do ACES foi de 52,4%, Gráfico XVI (Apêndice 17).

As taxas médias anuais de avaliação de utentes com DM com realização de exames dos pés e as taxas médias anuais de avaliação de utentes com DM com registo de risco de úlcera de pé são equivalentes em cada unidade funcional do ACES, como se pode confirmar comparando o Gráfico XIV (Apêndice 15) com o Gráfico XVI (Apêndice 17).

A taxa de incidência de DM era superior no início do ano 2016 em relação ao último mês do ano, em cada unidade de saúde, Gráfico XVII (Apêndice 18).

A taxa média anual de incidência de DM para o ACES foi de cerca de 6 pessoas em cada 1000, Gráfico XVIII (Apêndice 19).

A taxa de prevalência de DM foi se mantendo ao longo do ano 2016 em todas as unidades, Gráfico XIX (Apêndice 20). Apenas uma das unidades de saúde apresenta uma taxa média anual de prevalência superior a 10%, e a taxa média anual de prevalência do ACES foi de 8%, Gráfico XX (Apêndice 21).

3.3.3 TAXAS DE AVALIAÇÃO NOS DOENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

A taxa de avaliação do foco: gestão do regime terapêutico na HTA por unidade de saúde foi aumentando ao longo dos meses do ano 2016, em todas as unidades de saúde. No entanto, em cinco das unidades esse aumento foi pouco significativo, Gráfico XXI (Apêndice 22).

As taxas médias anuais de avaliação deste foco foram inferiores a 8% em cinco das unidades funcionais, inferiores a 30% em três das unidades e superiores a 50% (sem ultrapassar os 70%) nas restantes três unidades. A taxa média anual do ACES foi de 26,4%, como podemos confirmar no Gráfico XXII (Apêndice 23).

A taxa de avaliação de utentes com HTA com acompanhamento adequado foi aumentando ao longo dos meses do ano 2016, com exceção dos meses de julho, agosto e setembro em que houve uma diminuição dessa taxa. No último mês do ano, esta taxa de avaliação foi inferior a 20% nas UCSP e superior a 50% em cinco das USF, Gráfico XXIII (Apêndice 24).

A taxa média anual de avaliação de utentes com HTA com acompanhamento adequado foi inferior a 15% nas UCSP e superior a 30% em cinco das USF do ACES. A taxa média anual para o ACES foi de 27,7%, Gráfico XXIV (Apêndice 25).

O índice de acompanhamento adequado em utentes com HTA também foi aumentando até ao mês de julho, onde houve uma diminuição significativa, tendo depois começado novamente a aumentar. No último mês do ano, todas as

unidades de saúde apresentaram um índice superior a 0,5 como apresenta o Gráfico XXV (Apêndice 26).

A média anual do índice de acompanhamento adequado em utentes com HTA foi superior a 0,4 em todas as unidades funcionais e a média anual do índice no ACES foi de 0,62 como mostra o gráfico XXVI (Apêndice 27).

A taxa de incidência de HTA era superior no início do ano 2016 em relação ao último mês do ano, na maioria das unidades de saúde do ACES, com exceção de três unidades em que a taxa de incidência aumentou, Gráfico XXVII (Apêndice 28).

A taxa média anual de incidência de HTA para o ACES foi de cerca de 14 pessoas em cada 1000, Gráfico XXVIII (Apêndice 29).

A taxa de prevalência de HTA foi se mantendo ao longo do ano 2016 em todas as unidades, Gráfico XXIX (Apêndice 30). A taxa média anual de prevalência de HTA do ACES foi de 21,9%, Gráfico XXX (Apêndice 31).

3.3.4 ATIVIDADE DE DIAGNÓSTICO DOS ENFERMEIROS FACE AO FOCO GESTÃO COMUNITÁRIA

A atividade de diagnóstico dos enfermeiros, utiliza como referência o MAIEC, integrando como subdomínios de diagnóstico a Liderança Comunitária, a Participação Comunitária e o Processo Comunitário.

Desta forma, foi aplicado um questionário no sentido de avaliar o foco Gestão Comunitária, tendo a comunidade ACES como cliente. Este questionário, construído a partir da matriz de decisão clínica do MAIEC, encontrava-se dividido em duas partes: a primeira parte destinava-se à caracterização socioprofissional dos enfermeiros e na segunda parte pretendia-se obter a opinião/perceção dos mesmos face a diferentes questões relacionadas com o projeto (Apêndice 1).

O questionário foi validado com a realização de um pré-teste numa das unidades funcionais do ACES e posteriormente foi aplicado a todos os profissionais de enfermagem de todas as unidades funcionais do ACES, com recurso à plataforma Google Docs.

Após a aplicação do questionário com um total de 42 respostas (Apêndice 32), correspondendo a 49% da população alvo e com representação de todas as unidades funcionais do ACES, os resultados foram analisados no programa Excel e são apresentados na Tabela 16.

Tabela 16 – Atividade de Diagnóstico face ao Foco Gestão Comunitária

Foco	Atividade de Diagnóstico
Liderança Comunitária	<p>Liderança Comunitária comprometida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pela falta de um líder formal para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem percecionada em 73,8%; • Por défice de conhecimentos sobre vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem percecionada em 81%.
Participação Comunitária	<p>Participação Comunitária comprometida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por falta de parcerias percecionada em 73,8%; • Por comunicação ineficaz entre as unidades do ACES relativamente à importância da documentação para o diagnóstico de saúde pública associado aos fenómenos de enfermagem percecionada em 78,6%; • Por falta de estruturas organizativas percecionada em 88,1%.
Processo Comunitário	<p>Processo Comunitário comprometido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por falta de recursos percecionada em 76,2%; • Por falta de formação sobre sistemas de informação e documentação em enfermagem percecionada em 69%.

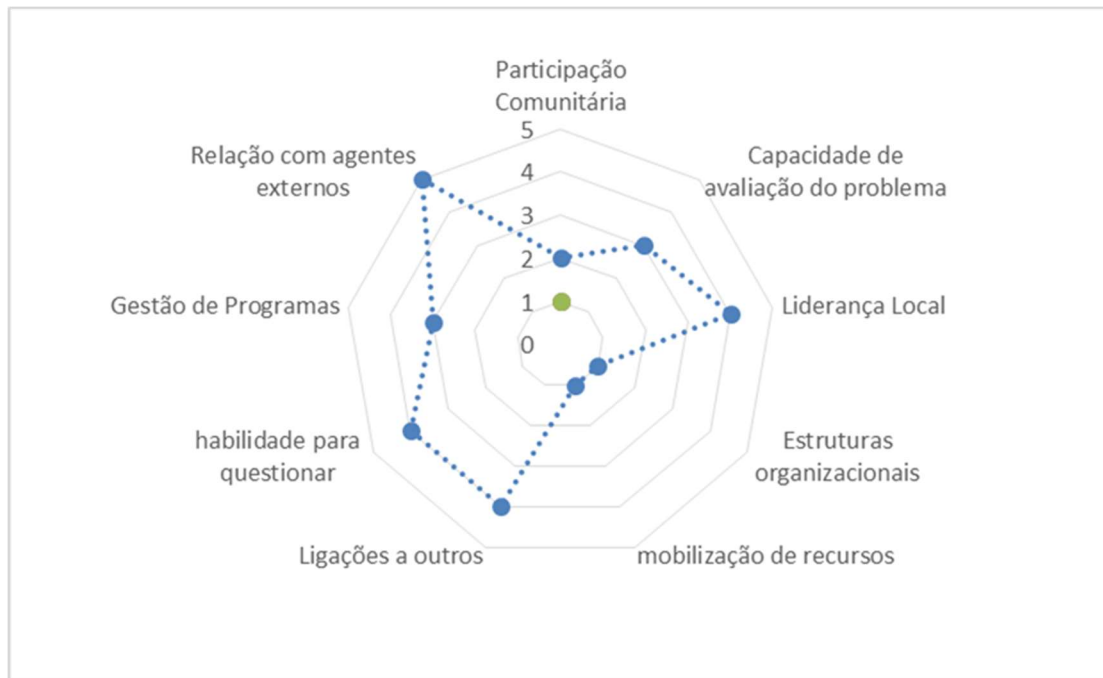
3.3.5 NÍVEL DE EMPODERAMENTO DA COMUNIDADE ACES

Num processo de tradução e adaptação cultural da “Empowerment Assessment Rated Scale”, que se encontra em fase de publicação, foi desenvolvida uma sessão de grupos focais, no sentido de adaptar culturalmente o conteúdo dos itens da escala traduzida e avaliar o nível de empoderamento da comunidade do ACES para desenvolver a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem (Anexo 3), com a participação dos representantes dos conselhos técnicos (ou alguém em quem delegaram essa função) de 8 das 13 unidades funcionais do ACES.

Assim, foram apresentadas as cinco afirmações que constituem cada um dos níveis de empoderamento para cada um dos nove domínios da escala, traduzida previamente para português, numa etapa paralela do estudo desenvolvida com outros investigadores do projeto MAIEC. Face à problemática da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, os participantes foram convidados a debater qual a afirmação de cada domínio que melhor caracterizava o ACES no momento (sem que o grupo soubesse o nível atribuído a cada afirmação). Neste sentido, de forma isenta à classificação do nível de cada domínio, foi selecionada a afirmação que, em consenso, os participantes determinaram ser a adequada.

A imagem gráfica resultante desta avaliação demonstra que a participação comunitária, a mobilização de recursos e as estruturas organizacionais são aspetos nos quais é necessário intervir - Figura 1.

Figura 1 – Nível de empoderamento comunitário do ACES para a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem



4 DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Depois de identificados os principais problemas, estes foram priorizados de maneira a definir por onde iniciar a nossa intervenção.

A determinação de prioridades consiste no *“Processo de tomada de decisão quanto ao problema que se deve solucionar em primeiro lugar, utilizando os recursos disponíveis da forma mais eficiente possível.”* (25)

Para que seja possível proceder à hierarquização dos problemas detetados, devem-se utilizar critérios que permitirão ordenar os problemas em prioridades. (27) Neste caso utilizaram-se os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade.

A magnitude está relacionada com a dimensão ou importância do problema. A transcendência trata-se de uma simples ponderação por grupos, de maneira a valorizar os problemas por determinada causa nesses diferentes grupos. A vulnerabilidade está relacionada com a avaliação do potencial ou possibilidade de prevenção do problema. (27)

Após a identificação dos problemas detalhados anteriormente procedeu-se à priorização dos mesmos. Esta priorização foi desenvolvida em articulação com o Prof. Pedro Melo e com o Enf.º João Rodrigues, tendo como critérios a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade dos problemas diagnosticados. Desta forma concluiu-se que a participação comunitária comprometida pela falta de estruturas organizativas seja o diagnóstico com maior magnitude, transcendência e vulnerabilidade. No entanto, a intervenção vai abordar todos os restantes diagnósticos.

5 FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

A definição de objetivos é uma das etapas vitais no processo de planeamento de qualquer atividade dos cuidados de saúde, pois estes permitem orientar toda a intervenção dos profissionais de saúde, assim como facilitar a avaliação do projeto executado. Os objetivos devem traduzir mudanças de comportamentos que originem ganhos em saúde. (25)

Os objetivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo.

5.1 OBJETIVOS GERAIS

Os objetivos gerais deste projeto são:

- 1) Promover o aumento das taxas de avaliação dos focos de enfermagem no ACES;
- 2) Promover a melhoria da gestão comunitária da comunidade do ACES para a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, melhorando a liderança comunitária, a participação comunitária e o processo comunitário.

5.2 OBJETIVOS OPERACIONAIS OU METAS

Para o primeiro objetivo geral foram definidos os seguintes objetivos operacionais ou metas:

- Aumentar para 0,1% a taxa de avaliação dos focos de enfermagem: Habitação/Edifício Residencial, Rendimento Familiar e Abastecimento de Água no ACES, até ao mês de janeiro de 2018;

- Aumentar para 10% a taxa de avaliação do foco de enfermagem: Papel de Prestador de Cuidados no ACES, até ao mês de janeiro de 2018;
- Aumentar para 45% a taxa de avaliação do foco de enfermagem: Gestão do Regime Terapêutico na Diabetes no ACES, até ao mês de janeiro de 2018;
- Aumentar para 30% a taxa de avaliação do foco de enfermagem: Gestão do Regime Terapêutico na HTA no ACES, até ao mês de janeiro de 2018.

E, para o segundo objetivo geral:

- Verificar a existência de um líder formal para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem no ACES, percecionada em 30%, até ao mês de janeiro de 2018;
- Aumentar o conhecimento sobre vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem no ACES, percecionada em 25%, até ao mês de janeiro de 2018;
- Verificar a existência de uma comunicação eficaz entre as unidades funcionais do ACES relativamente à importância da documentação para o diagnóstico de saúde pública, associado aos fenómenos de enfermagem, percecionada em 26%, até ao mês de janeiro de 2018;
- Verificar a existência de estrutura(s) organizativa(s) associada aos diagnósticos de enfermagem no ACES, percecionada em 30%, até ao mês de janeiro de 2018;
- Aumentar o conhecimento sobre sistemas de informação e documentação em enfermagem no ACES, percecionada em 35%, até ao mês de janeiro de 2018.

6 SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS / EXECUÇÃO

A etapa de seleção de estratégias é uma das mais fundamentais num processo de planeamento, pois pretende conceber qual é o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários. Nesta etapa pretende-se propor novas formas de atuação que permitam alcançar os objetivos fixados e infletir a tendência de evolução natural dos problemas.

A seleção de estratégias corresponde a um conjunto de técnicas específicas, organizadas de modo a atingir os objetivos anteriormente definidos reduzindo assim um ou mais problemas de saúde. (27)

Como estratégia foi desenvolvida uma sessão de intervenção (que se encontra no Apêndice 33, juntamente com a ficha de caracterização da sessão e o plano de sessão) destinada aos Enfermeiros da USP, Membros da Direção de Enfermagem do ACES e Enfermeiros dos Conselhos Técnicos das USF/UCSP/UCC (ou alguém em quem delegassem a participação neste projeto), com os seguintes objetivos:

- Identificar os diagnósticos de enfermagem, de acordo com o MAIEC, da USP no âmbito da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem no ACES;
- Identificar conceitos associados à Epidemiologia e aos Sistemas de Informação em Enfermagem;
- Identificar as estratégias de documentação dos diagnósticos de enfermagem em análise pela Unidade de Saúde Pública;
- Identificar estratégias para participar ativamente no desenvolvimento de uma estrutura organizativa para o desenvolvimento da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem no ACES.

Para esta estratégia, a meta a atingir é de que pelo menos 50% dos convocados participem na sessão de intervenção. A convocação dos enfermeiros para esta sessão foi feita por parte da direção de enfermagem do ACES.

Depois de definida a criação da estratégia pela comunidade do ACES, com a criação de uma estrutura organizativa, prevê-se a continuidade da intervenção, nomeadamente no que diz respeito à liderança comunitária, intervindo no conhecimento, crenças e volição dos líderes da comunidade para a participação e desenvolvimento desta estrutura, para posteriormente avançar para os membros da comunidade (os enfermeiros que desenvolvem funções nas diferentes unidades funcionais do ACES). Foi determinada como meta a atingir que, pelo menos, 50% dos líderes da comunidade participem nesta etapa posterior da intervenção.

7 AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Avaliar consiste em comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir. É uma forma de utilizar a experiência para melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente. Consiste essencialmente num mecanismo de retroação sobre as diferentes etapas do processo de planeamento que lhe são anteriores. (27)

A avaliação deve ser precisa e pertinente, determinando o grau de sucesso na consecução de um objetivo. Uma avaliação correta permite comparar o estado inicial e final do processo de planeamento, relacionando as estratégias seleccionadas e a pertinência dos objetivos estabelecidos com as necessidades identificadas. (25)

Um indicador representa uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação.

No âmbito do planeamento de projetos em saúde são de considerar indicadores de resultado ou de impacto, indicadores de processo ou de execução e indicadores de estrutura.

Os indicadores de resultado medem as alterações verificadas num problema ou a situação atual desse problema. Os indicadores de processo medem a atividade desenvolvida pelos serviços. Os indicadores de estrutura correspondem aos aspetos relativos à organização de uma instituição, equipamentos, estrutura física, funcionários, entre outros. (27)

7.1 INDICADORES DE ESTRUTURA

Os indicadores de estrutura para este projeto são:

- Enfermeiro;
- Horas de formação e de reunião;
- Participantes na sessão de formação e na reunião;
- Sala de reuniões;
- Meios audiovisuais.

7.2 INDICADORES DE PROCESSO

Os indicadores de processo quantificam atividades, em ordem à consecução de metas, contribuindo estas para que os objetivos sejam atingidos.

A Tabela 17 mostra os indicadores de processo que são possíveis calcular:

- Percentagem de participantes em ambas as sessões de intervenção através de uma fórmula em que o numerador corresponde ao número de participantes na sessão e o denominador corresponde ao número total de convocados para a sessão de intervenção. O valor é multiplicado por cem, sendo apresentado na unidade de medida %.

Tabela 17 – Indicadores de Processo

Indicador de Processo	Meta Proposta	Meta Atingida
Percentagem de participantes na sessão de intervenção 1	50%	54%
Percentagem de participantes na sessão de intervenção 2	50%	100%

7.3 INDICADORES DE RESULTADO

Os indicadores de resultado quantificam problemas, em ordem à consecução dos objetivos.

A Tabela 18 mostra os indicadores de resultado que são possíveis calcular:

Tabela 18 – Indicadores de Resultado

Indicadores de Resultado	Meta Proposta	Meta Atingida
Taxa de avaliação dos focos de enfermagem: Habitação/Edifício Residencial, Rendimento Familiar e Abastecimento de Água no ACES	0,1%	Avaliada posteriormente
Taxa de avaliação do foco de enfermagem: Papel de Prestador de Cuidados no ACES	10%	Avaliada posteriormente
Taxa de avaliação do foco de enfermagem: Gestão do Regime Terapêutico na Diabetes no ACES	45%	Avaliada posteriormente
Taxa de avaliação do foco de enfermagem: Gestão do Regime Terapêutico na HTA no ACES	30%	Avaliada posteriormente
Existência de um líder formal para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem no ACES	30%	Avaliada posteriormente
Taxa de conhecimento sobre vigilância epidemiológica dos fenômenos de enfermagem no ACES	25%	Avaliada posteriormente
Existência de uma comunicação eficaz entre as unidades funcionais do ACES relativamente à importância da documentação para o diagnóstico de saúde pública, associado aos fenômenos de enfermagem	26%	Avaliada posteriormente
Existência de estrutura(s) organizativa(s) associada aos diagnósticos de enfermagem no ACES	30%	Avaliada posteriormente
Taxa de conhecimento sobre sistemas de informação e documentação em enfermagem no ACES	35%	Avaliada posteriormente

Como resultado da intervenção foi criada uma estrutura organizativa denominada de Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem (ODE) que tem como finalidade realizar a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem e contribuir para melhorar os indicadores de saúde pública.

A equipa do ODE será constituída pelos enfermeiros representantes dos conselhos técnicos das USF/UCSP/UCC (ou alguém em quem deleguem a participação neste projeto), enfermeiros da USP e membros da direção de enfermagem.

Desta forma, foi dado início à construção do Regulamento do ODE da USP do ACES (Apêndice 34), ao qual será dada continuidade com a participação de todos os elementos que farão parte da equipa, após a realização da primeira reunião do ODE.

As metas foram estabelecidas até ao mês de janeiro de 2018, no entanto, elas serão avaliadas posteriormente, no sentido de se conseguir perceber se a intervenção teve impacto. Isto prende-se com o facto de ainda não ter sido possível, até à data, extrair do SIARS todos os dados necessários para o cálculo das taxas de avaliação dos focos de enfermagem selecionados anteriormente, referentes ao ano 2017, pelo que esse cálculo será feito posteriormente. E também se deve ao facto de a intervenção mobilizar todas as unidades funcionais do ACES, incluindo a direção de enfermagem, tendo sido difícil encontrar datas mais precoces para agendar as sessões de intervenção e a reunião do ODE, pelo que proceder neste momento a uma nova aplicação de um questionário poderia interferir de forma negativa com os resultados. Este será aplicado em maio, após nova reunião do ODE, no sentido de avaliar novamente a gestão comunitária no ACES. E será também reavaliado o nível de empoderamento comunitário do ACES.

CAPÍTULO III – UMA EXPERIÊNCIA EM SAÚDE FAMILIAR

O Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária proporcionou a possibilidade de fazer um módulo de estágio de opção em que o contexto escolhido foi a saúde familiar, permitindo entender a intervenção do enfermeiro numa área de especialidade que está em consolidação, mas que se integra na especialidade de enfermagem comunitária.

Assim, este módulo de estágio possibilita entender a dinâmica de trabalho de um Enfermeiro de Família numa Unidade de Saúde Familiar (USF) e refletir sobre as dificuldades sentidas, ao nível dos registos de enfermagem no SClínico, por estes profissionais na sua prática.

Ao longo deste capítulo será abordado o contexto do local de estágio, o referencial teórico em saúde familiar (MDAIF), as atividades realizadas e a documentação em saúde familiar.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA USF

Com o início da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal em 2005, através do Decreto-Lei nº 88/2005 de 3 de Junho, foram criadas as Unidades de Saúde Familiar (USF).

O desafio principal seria a transição de uma organização vertical em pirâmide dos CSP para um modelo em rede de equipas autónomas e interdependentes, com gestão simplificada e orientada para a obtenção de ganhos em saúde para a população, fomentando essencialmente o trabalho em equipa. (28)

Nesta perspetiva, o novo modelo de organização dos CSP prevê para cada família cuidados de enfermagem efetivados por um enfermeiro responsável pela prestação de cuidados nos eixos da promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

O enfermeiro de família é o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade. (29)

O enfermeiro de família, na sua área de intervenção, cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família, ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde, privilegiando as áreas da educação e promoção da saúde, prevenção da doença, da deteção precoce de doenças não transmissíveis, da gestão da doença crónica e da visitação domiciliária. (29)

Nem todas as USF se encontram no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de USF (A, B e C) é resultante do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e do modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico. As USF Modelo A correspondem, na prática, a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constituem um primeiro contributo para o

desenvolvimento da prática da contratualização interna. É uma fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e/ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar. As USF Modelo B correspondem a equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efetiva e que estão dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigente. As USF Modelo C têm como característica a existência de um contrato programa, podem ser equipas do sector público ou pertencerem ao sector privado, cooperativo ou social. Trata-se de um modelo experimental com carácter supletivo a regular por diploma próprio. (30)

A USF do ACES do Grande Porto, onde foi desenvolvido este módulo de estágio, é uma USF Modelo B, com uma equipa multidisciplinar composta por 7 médicos de família, 7 enfermeiros de família e 5 secretários clínicos e apresenta como missão dar resposta às necessidades em saúde e às expectativas dos utentes, de uma forma organizada e com elevados padrões de qualidade.

2 MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR

O Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) é um referencial teórico e operativo que pretende dar resposta às necessidades dos enfermeiros face aos cuidados com as famílias, no contexto dos CSP. A matriz operativa centrada em três dimensões avaliativas fundamentais: estrutural, de desenvolvimento e funcional, constitui-se como um instrumento orientador e sistematizador das práticas de enfermagem de saúde familiar, permitindo a interligação entre as etapas do processo de enfermagem. Apresenta um cariz dinâmico, flexível e interativo, que permite identificar as necessidades das famílias em cuidados, propondo intervenções que possam dar resposta a essas necessidades. (17)

A avaliação estrutural permite ao enfermeiro identificar a composição estrutural da família, os vínculos entre os seus membros e com os outros subsistemas, entre os quais a família extensa e os sistemas mais amplos. Verifica ainda, aspetos do contexto ambiental que podem indicar riscos de saúde. As áreas de atenção que integram esta dimensão são edifício residencial, rendimento familiar, precaução de segurança, abastecimento de água e animal doméstico. Os instrumentos de avaliação familiar utilizados nesta dimensão incluem o genograma, o ecomapa e a escala de Graffar adaptada. (17)

A avaliação de desenvolvimento possibilita a compreensão dos fenómenos associados ao crescimento da família de acordo com a etapa do ciclo de vida da família. Permite a prestação de cuidados antecipatórios, de modo a promover a capacitação da família através do desenvolvimento de tarefas essenciais, conforme cada etapa, preparando-a para as futuras transições. Possui como áreas de atenção a satisfação conjugal, o planeamento familiar, a adaptação à gravidez e o papel parental. (17)

A avaliação funcional engloba essencialmente os padrões de interação familiar que permitem o desempenho das suas funções e tarefas. Integra duas áreas de atenção fundamentais do funcionamento da família, que são o papel de prestador de cuidados, que enfatiza a dimensão instrumental do sistema familiar e o processo familiar, que destaca a dimensão expressiva e alude sobre as

interações entre os membros da família, com o intuito de identificar as necessidades nessas áreas. (17)

3 ATIVIDADES REALIZADAS

Ao longo deste módulo de estágio foi possível perceber e integrar a dinâmica de trabalho de um Enfermeiro de Família, participar nas várias consultas de enfermagem realizadas aos utentes, como a consulta de saúde infantil, consulta de saúde materna, consulta de saúde do adulto, consulta de saúde do idoso, tratamento de feridas e a visita domiciliária, e ainda refletir sobre as dificuldades sentidas pelos profissionais de enfermagem na realização de registos no SClínico.

Desta forma, e como era proposto, foi realizado um estudo de caso com aplicação do MDAIF em relação a uma utente dependente nos autocuidados, que recebia visitas domiciliárias, por parte dos profissionais de enfermagem, 3 dias por semana (Apêndice 35).

Foi também realizado um estudo de caso em relação a um utente com diabetes que comparecia nas consultas de vigilância realizadas na USF (Apêndice 36).

4 DOCUMENTAÇÃO EM SAÚDE FAMILIAR

Os registos são um instrumento imprescindível no dia-a-dia dos enfermeiros, pois permitem assegurar a continuidade dos cuidados ao utente/família e obter indicadores acerca da prestação desses cuidados. Sendo, desta forma, importante perceber quais as dificuldades sentidas, ao nível dos registos de enfermagem no SClínico, pelos profissionais na prática.

Este módulo de estágio permitiu realizar uma reflexão sobre essas dificuldades sentidas pelos profissionais de enfermagem, ao nível dos registos no SClínico.

Estas dificuldades estão relacionadas com a falta de formação sobre o MDAIF, sendo que já terá havido propostas para a realização dessa formação, no entanto, como seria uma formação intensiva de vários dias seguidos, o tempo que os enfermeiros teriam que despender para participar na mesma fez com que esta não fosse viável. Outra das dificuldades sentidas prende-se com as alterações constantes de parametrização do SClínico, em que a última atualização, no caso desta USF, foi no final de setembro de 2017, não tendo sido dada formação aos profissionais de forma a estes perceberem a linha condutora que devem seguir para a realização dos registos. Os profissionais de enfermagem também referem muito tempo de espera de respostas em relação a dúvidas relacionadas com o SClínico. E, em relação aos registos de enfermagem relacionados com os focos: edifício residencial/habitação, rendimento familiar, abastecimento de água e papel de prestador de cuidados, existe a dúvida se estes devem ser registados na avaliação inicial do próprio utente ou no programa saúde familiar, uma vez que esses registos não passam automaticamente de um programa para o outro e não se sabe onde é realizada a leitura dos indicadores em relação a esses focos.

O Enfermeiro de Família é o profissional, integrado numa equipa multidisciplinar, que possui a responsabilidade de prestar cuidados globais às famílias em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade. Os registos da sua atividade permitem assegurar a continuidade dos cuidados ao utente e obter indicadores acerca da prestação desses cuidados, prosseguindo com o desafio de dar visibilidade à Enfermagem enquanto profissão. Neste

sentido, é importante perceber que estas dificuldades existem e desenvolver um caminho que as permita ultrapassar, tendo sido dado um primeiro passo no desenvolvimento deste projeto de empoderamento comunitário de um ACES para a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem.

CAPÍTULO IV – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A Enfermagem Comunitária desdobra-se numa prática globalizante centrada na comunidade. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, como resultado do seu conhecimento e experiência prática, possui um enorme saber sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando uma elevada competência e aptidão para responder de forma adequada às necessidades dos diversos clientes (pessoas, grupos ou comunidade), oferecendo ganhos efetivos em saúde.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tem a responsabilidade de reconhecer as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica, e de assegurar a continuidade dos cuidados, articulando sempre que necessário com outros profissionais de saúde e com parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública possui como competências específicas a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde, a capacitação de grupos e comunidades, a coordenação de programas de saúde na comunidade, contribuindo para a consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, e a realização de vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. (31)

Refletindo sobre todo o percurso desenvolvido ao longo de todo o estágio, este proporcionou a aquisição de várias competências enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária.

Com a elaboração de um projeto de intervenção comunitária, com base na metodologia do planeamento em saúde, foi realizado um diagnóstico de saúde de uma comunidade e posteriormente foi possível determinar as prioridades de

intervenção. A definição de objetivos, seleção de estratégias e atividades para a execução da intervenção, com base numa comunicação eficaz e assertiva com outros profissionais, permitiu a aquisição de competências nesta área de especialização. A avaliação da intervenção é outra das competências adquiridas, sendo importante refletir sobre o impacto de todas as intervenções de que a comunidade foi alvo, sendo esta uma etapa que ainda vai perdurar num projeto que foi iniciado e vai continuar a mostrar os seus resultados ao longo do tempo.

Ao longo deste período foi possível demonstrar liderança, responsabilidade, iniciativa, capacidade de trabalho em equipa, de gestão, comunicação eficaz, de formação, de investigação, nomeadamente, pesquisa, revisão bibliográfica e tratamento estatístico de dados, capacidade crítico-reflexiva e conhecimentos adquiridos na área de especialização em Enfermagem Comunitária.

Esta aquisição de competências, trabalhando num serviço hospitalar, permite olhar o próprio serviço como uma comunidade, onde é possível melhorar diversos aspetos como a gestão, a liderança, a participação, entre outros, no sentido de trabalhar várias problemáticas, como por exemplo a prevenção de úlceras de pressão e o protocolo de prevenção de quedas.

CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório assumiu grande relevância, uma vez que permitiu descrever e refletir sobre todo o percurso realizado ao longo destes módulos de estágio.

Como principais conclusões podemos referir que as taxas de avaliação dos fenómenos de enfermagem selecionados: Edifício Residencial/Habitação, Rendimento Familiar, Abastecimento de Água, Papel de Prestador de Cuidados, Gestão do Regime Terapêutico nas pessoas com DM e Gestão do Regime Terapêutico nas pessoas com HTA, foram muito baixas em muitas das unidades de saúde do ACES, o que poderá estar relacionado com as dificuldades sentidas pelos enfermeiros ao nível da documentação dos seus cuidados, como foi possível concluir aquando do estágio na USF. Concluiu-se também que a gestão comunitária no ACES se encontra comprometida, sendo por isso muito importante o contributo deste projeto, que tem como finalidade melhorar os indicadores de saúde pública no âmbito da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem neste ACES. O que permite dar visibilidade à nossa profissão, ao comprovar ganhos em saúde com a nossa intervenção.

De realçar que as dificuldades inicialmente sentidas foram sendo ultrapassadas ao longo de todo o percurso de estágio. Essas dificuldades estão essencialmente relacionadas com o facto de não desempenhar funções nos cuidados de saúde primários, contudo considero que os objetivos de estágio foram de uma forma global atingidos, com empenho e motivação.

As limitações sentidas prendem-se sobretudo com a dificuldade em extrair dados do SIARS, que muitas vezes bloqueia, e que em relação ao número de famílias inscritas no programa “dependentes” não gerou dados fidedignos, pois estão contabilizados utentes que já faleceram ou que já não se encontram inscritos nas unidades de saúde. Desta forma, a taxa de avaliação do foco: Papel de Prestador de Cuidados, por unidade de saúde, só foi apresentada, após esses

dados serem cruzados com o SINUS, de maneira a obter dados reais. Outra limitação está relacionada com a demora na obtenção das respostas ao questionário aplicado, para que fosse possível ter um número representativo da população alvo, e com a dificuldade em conseguir encontrar datas possíveis tanto para a realização da sessão de grupos focais como para a realização das sessões de intervenção, uma vez que se pretendia envolver todas as unidades funcionais do ACES, incluindo os membros da direção de enfermagem.

Após todo este percurso, sugiro como melhoria para a prática clínica e para a gestão dos cuidados de enfermagem nas USP a avaliação da dotação dos enfermeiros nas USP, no sentido de alargar a sua intervenção a outras problemáticas, como a monitorização epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem e a promoção da gestão comunitária para a sua concretização. E, considero importante que se consiga alargar o contexto desta investigação para outras instituições, para a promoção da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, no sentido de valorizar a documentação da nossa intervenção e comprovar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Como outras áreas de investigação que emergem deste projeto posso sugerir alargar a vigilância epidemiológica a outros fenómenos de enfermagem e perceber de que forma se podem melhorar os sistemas informáticos de registos de enfermagem, no sentido de facilitar e uniformizar a documentação da nossa intervenção e obter indicadores reais da nossa prática.

Reforço o agradecimento a todos os que de alguma forma contribuíram para o sucesso deste projeto desenvolvido e implementado no ACES, nomeadamente no apoio prestado por parte do Doutor Pedro Melo da Universidade Católica, do enfermeiro João Rodrigues da USP, da enfermeira Ana Miranda da USF, de todos os membros da direção de enfermagem do ACES e de todos os profissionais do ACES que contribuindo sempre de uma forma positiva, reforçaram todo o esforço e empenho demonstrados.

Considero que, de uma forma geral, todo este percurso foi muito positivo, no sentido em que me permitiu continuar a evoluir enquanto Pessoa e enquanto profissional de Enfermagem, desenvolvendo competências na área da especialização em Enfermagem Comunitária e competências académicas para

a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, procurando a excelência dos cuidados através da prática aliada à constante reflexão.

BIBLIOGRAFIA

1. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Enfermeiros, Ordem dos.* s.l. : Diário da República, 2ª série - Nº 118, 2015.
2. **Melo, Pedro.** *Enfermagem Comunitária Avançada: Um Modelo de Empoderamento Comunitário.* s.l. : Tese de Doutoramento em Enfermagem. Instituto de Ciências da Saúde: Universidade Católica Portuguesa, 2016.
3. **Bonita, R., Beaglehole, R. e Kjellström, T.** *Epidemiologia Básica.* s.l. : 2ª edição. Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda, 2010.
4. **DGS.** <http://www.dgs.pt/vigilancia-epidemiologica.aspx>. [Online] 9 de Maio de 2017.
5. **Enfermeiros, Ordem dos.** *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde.* 2007.
6. **Leal, M.** *A CIPE e a Visibilidade em Enfermagem: Mitos e Realidades.* Loures : Lusociência, 2006.
7. **Pereira, F.** *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros.* Coimbra : Formasau, 2009.
8. **Silva, A.** *Sistemas de Informação em Enfermagem – uma teoria explicativa da mudança.* Coimbra : Formasau, 2006.
9. **Sousa, P. A.** *Sistemas de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo.* Coimbra : Formasau, 2006.
10. **Conselho Internacional de Enfermeiros, Ordem dos Enfermeiros.** *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), Versão 2.* Santa Maria da Feira : Lusodidacta, 2011.
11. **SPMS, SNS e.** <http://spms.min-saude.pt/product/sclinicocsp/>. [Online] 7 de Junho de 2017.
12. **Norte, Administração Regional de Saúde do.** *Sistema de Informação da ARS - Gestão de Unidades Funcionais .* 2011.
13. **SPMS, SNS e.** <http://spms.min-saude.pt/product/sinus/>. [Online] 14 de Junho de 2017.
14. **MS.** *Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Saúde Pública.* Lisboa : s.n., 2011.
15. **Oriental, ACES Porto.** *Plano Local de Saúde do ACES Porto Oriental.* s.l. : ARS Norte, 2011-2016.
16. **Matos, C., et al.** *Diagnóstico de Situação de Saúde.* s.l. : Unidade de Saúde Pública - ACES Porto Oriental, 2016.

17. **Figueiredo, M. H.** *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família.* Loures : Lusociência, 2012.
18. **Diabetologia, Sociedade Portuguesa de.** *Diabetes: Factos e Números - O Ano de 2015 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes.* s.l. : Letra Solúvel - Publicidade e Marketing, Lda, 2016.
19. **Organization, World Health.** *Adherence to long-term therapies: evidence for action.* Geneva : s.n., 2003.
20. **SPHTA.** www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/89. [Online] 24 de Maio de 2017.
21. **HTA, Sociedade Portuguesa de.** *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular, nº 58.* 2017.
22. **ACSS.** *Contratualização nos cuidados de saúde primários .* 2017.
23. **SNS, ACSS.** *Contratualização CSP 2017 - Operacionalização do Processo de Contratualização UCSP e USF.* 2017.
24. **Laverack, G.** *Health Promotion Practice – Building Empowered Communities.* England : Open University Press, Mc-Graw Hill Education, 2007.
25. **Tavares, A.** *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde.* Lisboa : Ministério da Saúde, 1992.
26. **Fortin, M. F.** *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures : Lusodidacta, 2009.
27. **Imperatori, E. e Giraldes, M. R.** *Metodologia do Planeamento da Saúde.* Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.
28. **Biscaia, A. et al.** *Cuidados de Saúde Primários em Portugal: reformar para novos sucessos.* Lisboa : Padrões culturais editora, 2005.
29. *Decreto-Lei nº 118/2014 - Princípios e enquadramento da atividade do enfermeiro de família.* s.l. : Diário da República, 1ª série - Nº 149, 5 de Agosto de 2014.
30. **ACSS.** **Otimizar recursos, gerar eficiência.** <http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPres tSa%C3%BAde/CSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/pt-PT/Default.aspx>. [Online] 10 de Janeiro de 2018.
31. **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.** s.l. : Diário da República, 2.ª série — N.º 35, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO

Projeto: Vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem

O ACeS em parceria com a Universidade Católica Portuguesa (UCP) tem em curso um projeto (articulado entre o Mestrado em Enfermagem Comunitária da Estudante Joana Bastos e a Linha de Investigação Saúde, Família e Vulnerabilidade do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da UCP) e que tem como finalidade contribuir para a promoção da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem no ACeS. Neste momento optámos pelos fenómenos: Edifício Residencial, Rendimento Familiar, Abastecimento de Água, Gestão do Regime Terapêutico (Diabéticos), Gestão do Regime Terapêutico (HTA) e Papel de Prestador de Cuidados.

Desta forma, pedimos a vossa colaboração, respondendo a este questionário, para que possamos fazer um diagnóstico de situação face às necessidades de intervenção.

Usamos como referência na elaboração do nosso questionário o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), desenvolvido por Melo (2016), que permite encarar o ACeS como uma comunidade alvo da intervenção dos Enfermeiros.

Este projeto tem como tutor responsável o Enfermeiro João Rodrigues da Unidade de Saúde Pública do ACeS e como orientador científico o Prof. Doutor Pedro Melo da Universidade Católica Portuguesa. Garantimos a confidencialidade e o anonimato dos seus dados durante o processo de análise e partilha dos resultados deste questionário.

O sucesso deste projeto depende muito da sua colaboração que desde já agradecemos. O questionário é de preenchimento rápido e por isso pretendemos utilizar apenas alguns minutos do seu tempo.

Para qualquer esclarecimento/ comentário pode contactar o orientador científico através do mail (pmelo@porto.ucp.pt) ou do contacto tlm: 916725122.

*Obrigatório

As primeiras seis perguntas são para caracterização socioprofissional e as seguintes para ter a sua opinião/percepção face a diferentes questões relacionadas com o projeto.

Em que unidade do ACeS exerce funções? *

Marcar apenas uma oval.

- UCC
- UCC
- UCSP
- UCSP
- UCSP
- USF
- USF
- USF
- USF

- USF
- USF
- USF
- USP

Habilitações *

Marcar apenas uma oval.

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutorado

Se apresenta mestrado ou doutorado, em que área de estudo aprofundou os seus conhecimentos?

Tirou alguma especialidade? *

Marcar apenas uma oval.

- Especialidade em Enfermagem Comunitária
- Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil
- Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna
- Especialidade em Enfermagem de Reabilitação
- Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental
- Não possuo especialidade
- Outra:

Tempo de experiência profissional como enfermeiro/a. *

Tempo de serviço na unidade funcional do ACeS em que exerce funções. *

Existe na sua unidade um líder formal para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem? *

Por exemplo um interlocutor para os sistemas de informação em enfermagem.

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Identifique um indicador de saúde pública que considere que possa ser adquirido com a sua documentação (se não souber escreva "Não sei"): *

Sabe qual é o processo de avaliação do impacto epidemiológico dos fenómenos de enfermagem? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim

- Não

Considera que a sua documentação tem um contributo importante para os indicadores de saúde pública? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Considera que um projeto que promova a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem faz sentido? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Independentemente da sua resposta anterior ser sim ou não explique o porquê da sua opção: *

Sente-se motivado/a para participar num projeto do seu ACeS que promova a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Independentemente da sua resposta anterior ser sim ou não explique o porquê da sua opção: *

Considera que a sua unidade tem parcerias formais que melhorem a sua documentação dos diagnósticos e a promoção da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem? *

(por exemplo, uma parceria com um expert em documentação em enfermagem, ou com a ACSS ou entre a sua unidade e a USP)

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Considera que o circuito de comunicação entre a sua unidade e o restante ACeS é eficaz para compreender a importância da sua documentação para o diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de enfermagem? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Considera que existem estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), envolvendo a sua unidade no diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de enfermagem. *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Considera que a sua unidade tem os recursos suficientes para poder contribuir com o seu diagnóstico para uma vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Se respondeu Não na questão anterior, que recursos considera ter em falta?

(por exemplo, recursos humanos, recursos materiais como computadores, recursos logísticos como carros para deslocação, recursos organizacionais como horários, ou outros)

Considera que tem formação suficiente sobre sistemas de informação e documentação em enfermagem para conseguir desenvolver a documentação dos seus cuidados? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Se respondeu Não na questão anterior, quais as necessidades formativas que considera necessitar?

Considera que tem experiência profissional com sistemas de informação e documentação em enfermagem para conseguir documentar adequadamente os seus cuidados? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

APÊNDICE 2 - GRÁFICO I

**TAXA DE AVALIAÇÃO SEMESTRAL DOS FOCOS: HABITAÇÃO,
RENDIMENTO FAMILIAR E ABASTECIMENTO DE ÁGUA**

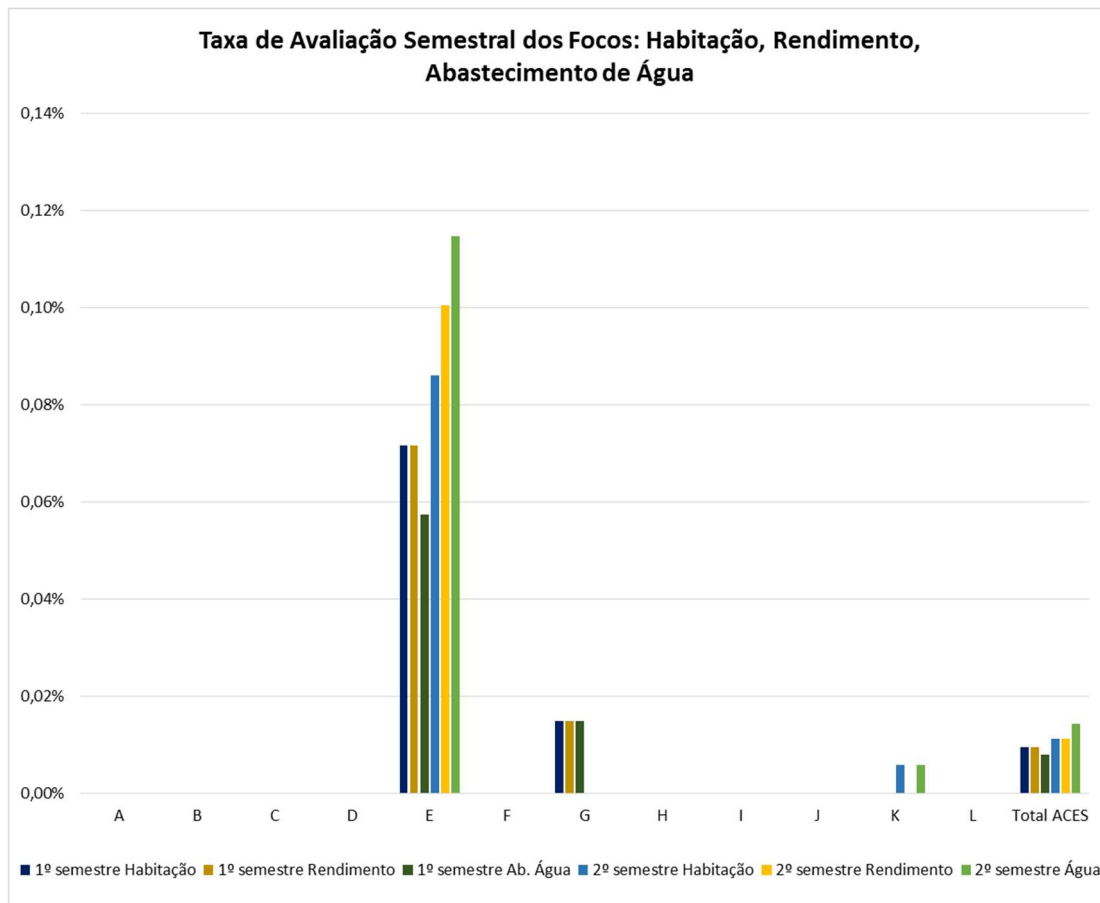


Gráfico I

APÊNDICE 3 - GRÁFICO II

**TAXA DE AVALIAÇÃO SEMESTRAL DO FOCO: PAPEL DE
PRESTADOR DE CUIDADOS**

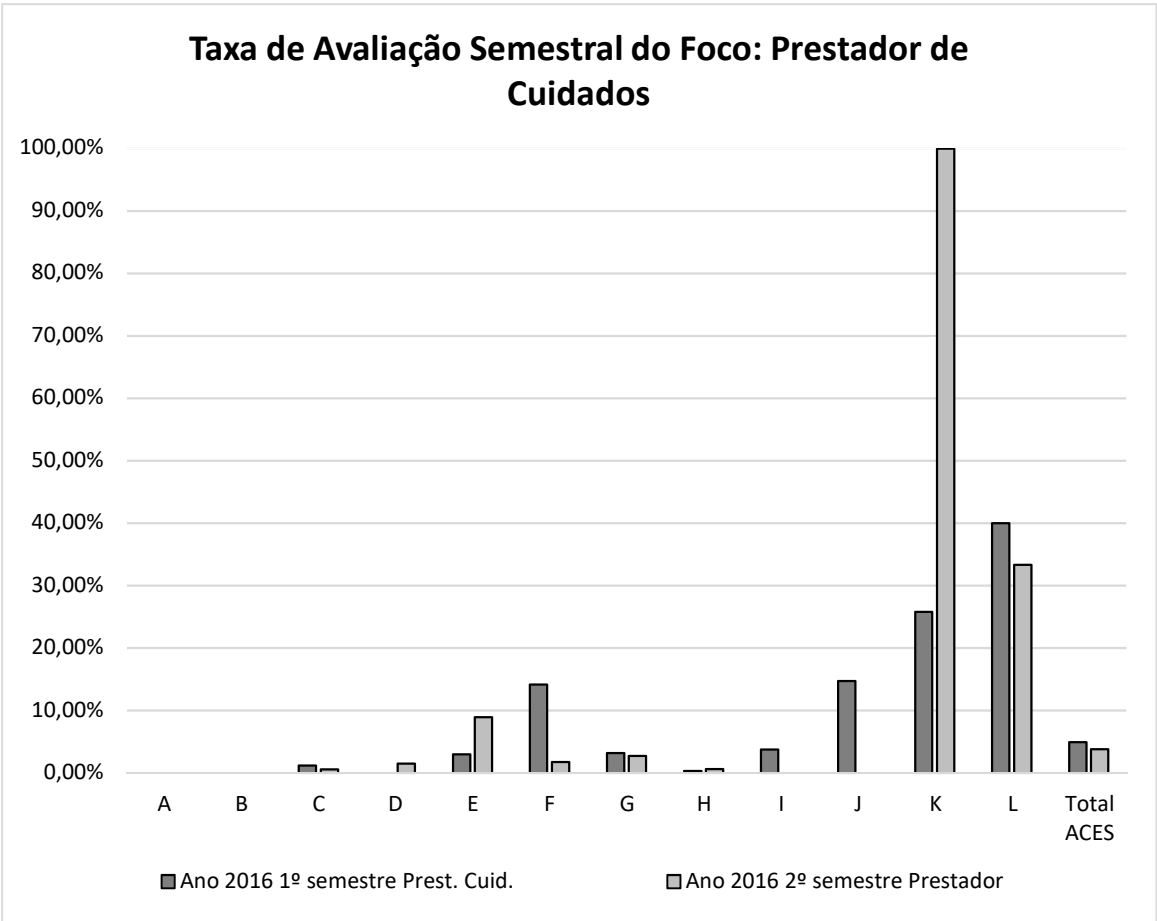


Gráfico II

APÊNDICE 4 - GRÁFICO III

**TAXA DE AVALIAÇÃO ANUAL DOS FOCOS: HABITAÇÃO,
RENDIMENTO FAMILIAR E ABASTECIMENTO DE ÁGUA**

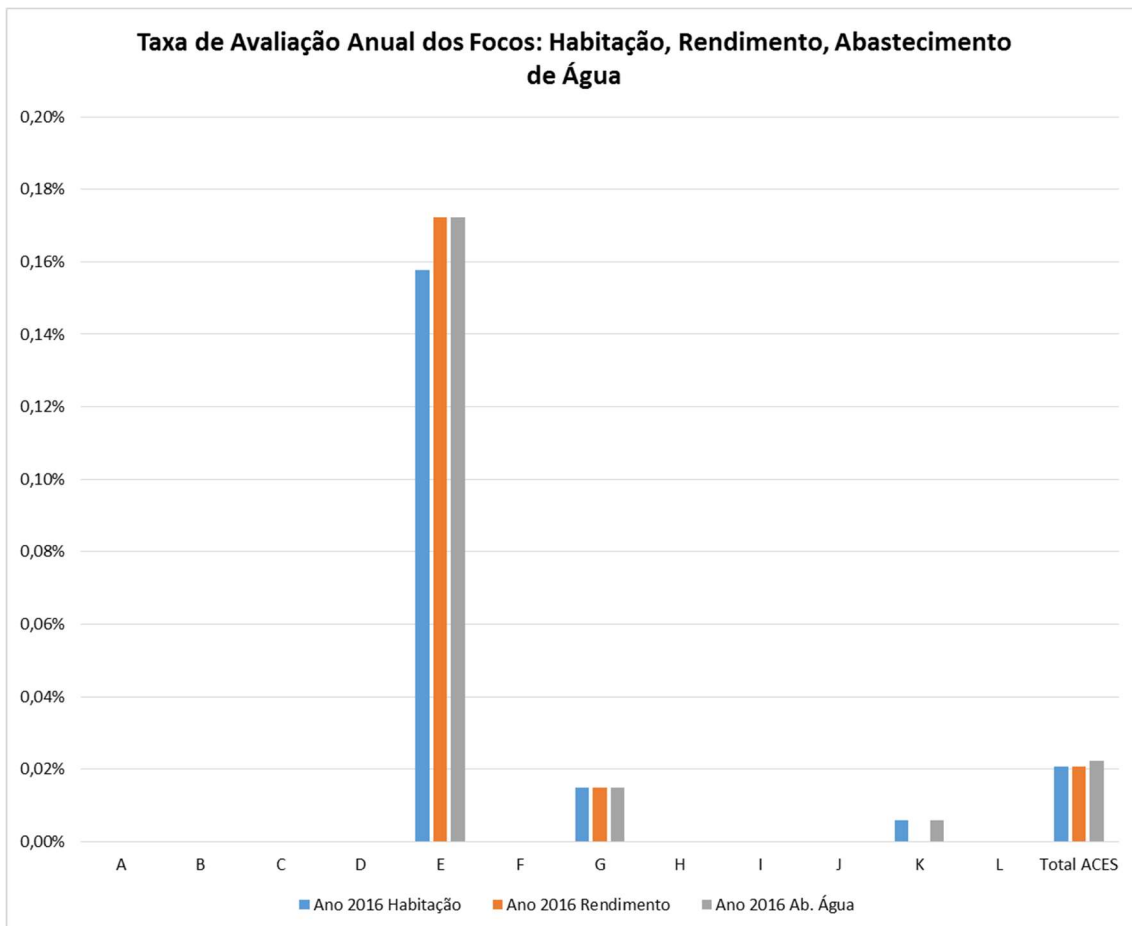


Gráfico III

APÊNDICE 5 - GRÁFICO IV

**TAXA DE AVALIAÇÃO ANUAL DO FOCO: PAPEL DE
PRESTADOR DE CUIDADOS**

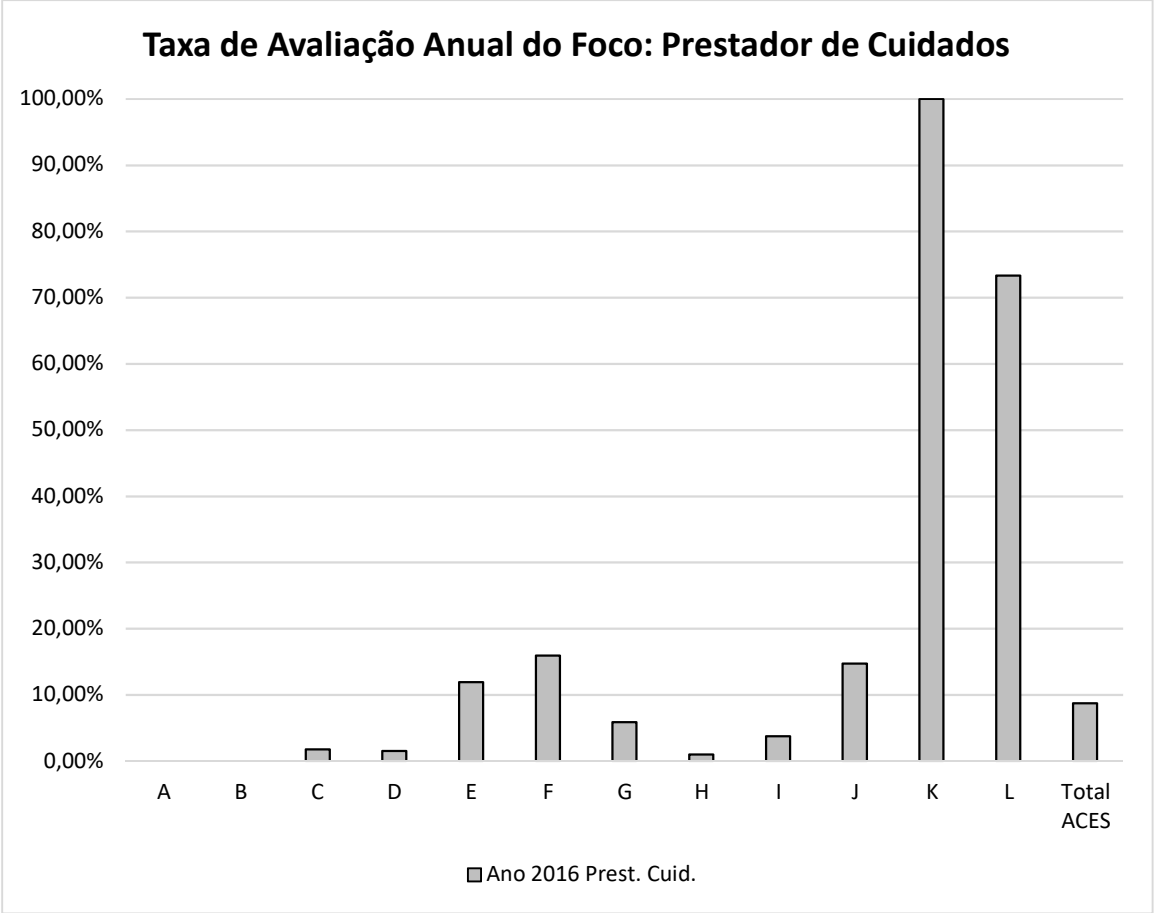


Gráfico IV

APÊNDICE 6 - GRÁFICO V

TAXA DE AVALIAÇÃO MENSAL DO FOCO: GRT DM

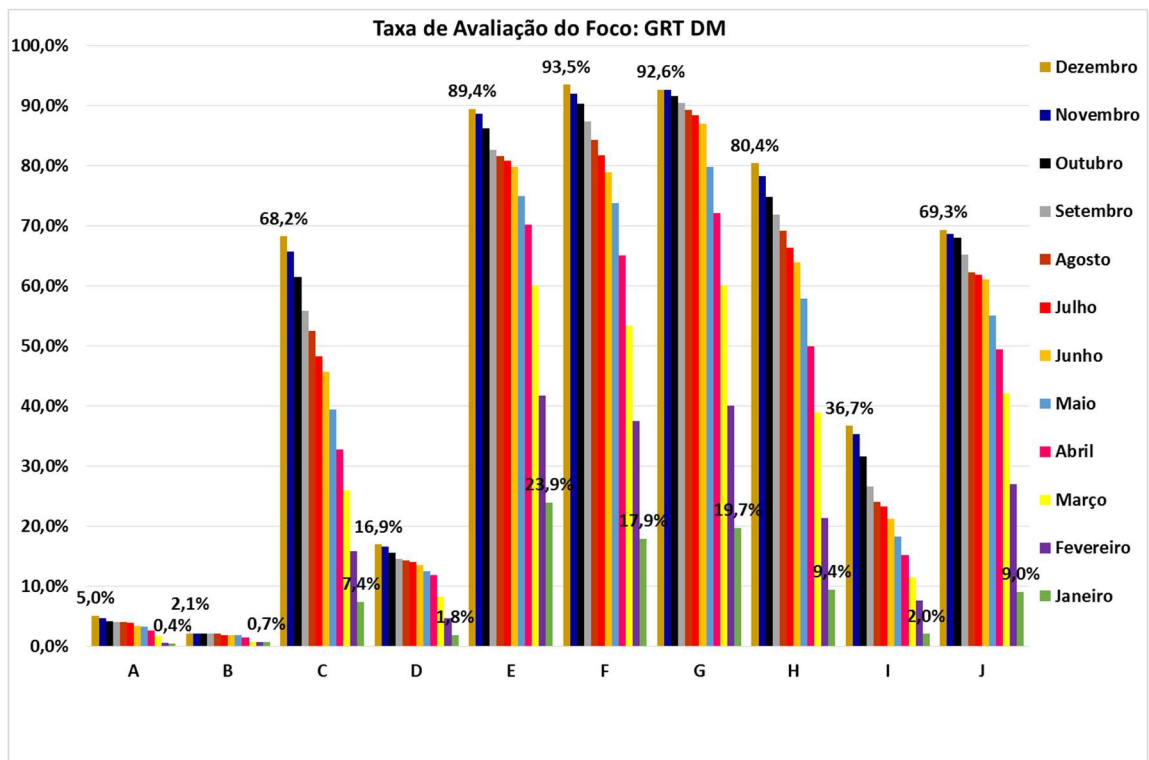


Gráfico V

APÊNDICE 7 - GRÁFICO VI

TAXA DE AVALIAÇÃO ANUAL DO FOCO: GRT DM

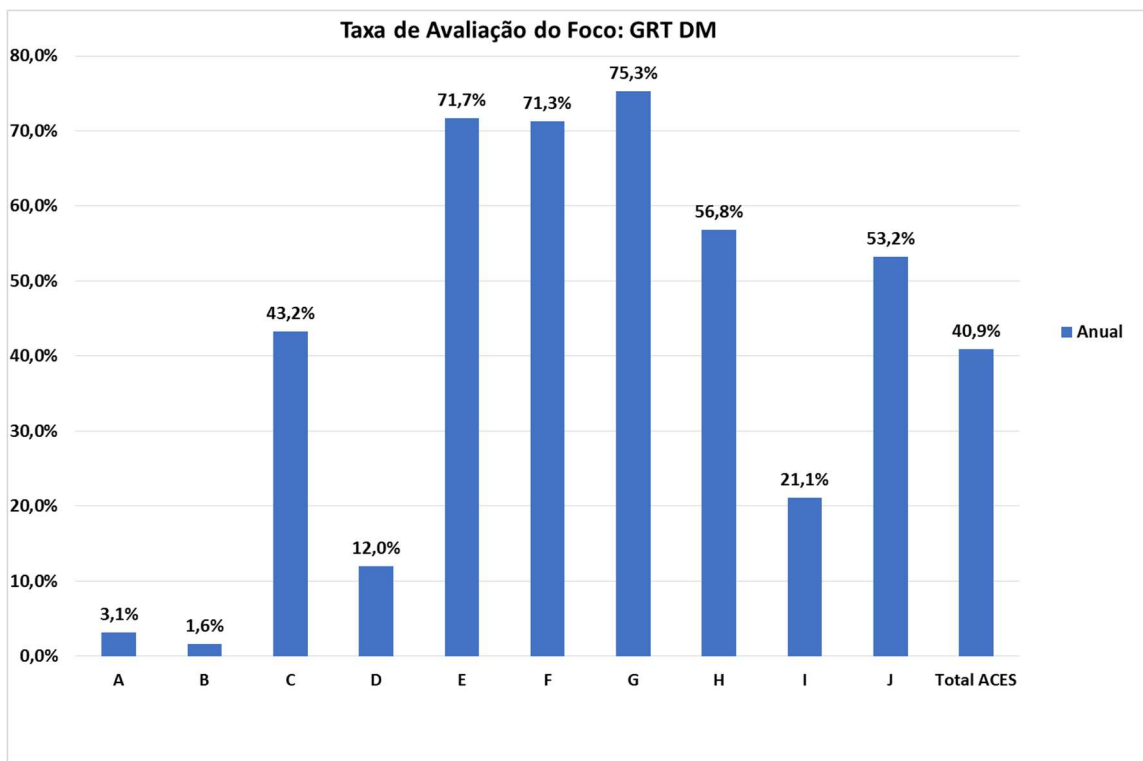


Gráfico VI

APÊNDICE 8 - GRÁFICO VII

**TAXA DE AVALIAÇÃO MENSAL DE UTENTES DM COM
CONSULTA DE VIGILÂNCIA DE ENFERMAGEM**

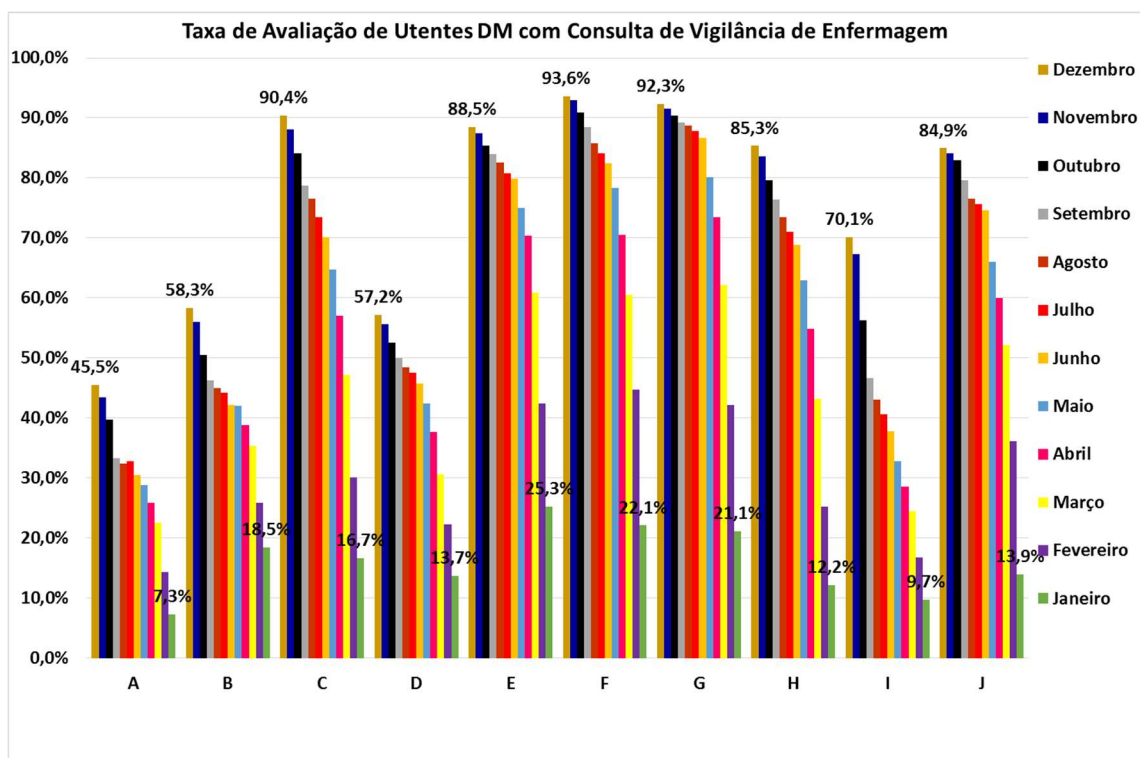


Gráfico VII

APÊNDICE 9 - GRÁFICO VIII

**TAXA DE AVALIAÇÃO ANUAL DE UTENTES DM COM
CONSULTA DE VIGILÂNCIA DE ENFERMAGEM**

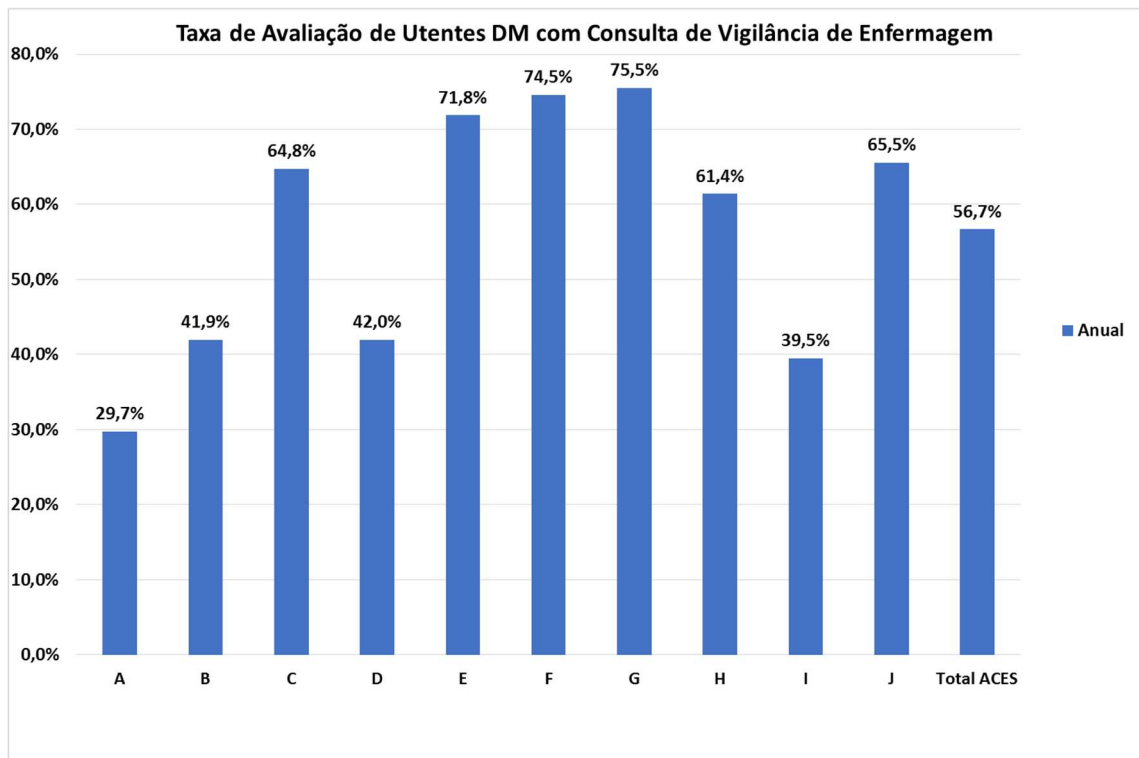


Gráfico VIII

APÊNDICE 10 - GRÁFICO IX

**TAXA DE AVALIAÇÃO MENSAL DE UTENTES DM COM
ACOMPANHAMENTO ADEQUADO**

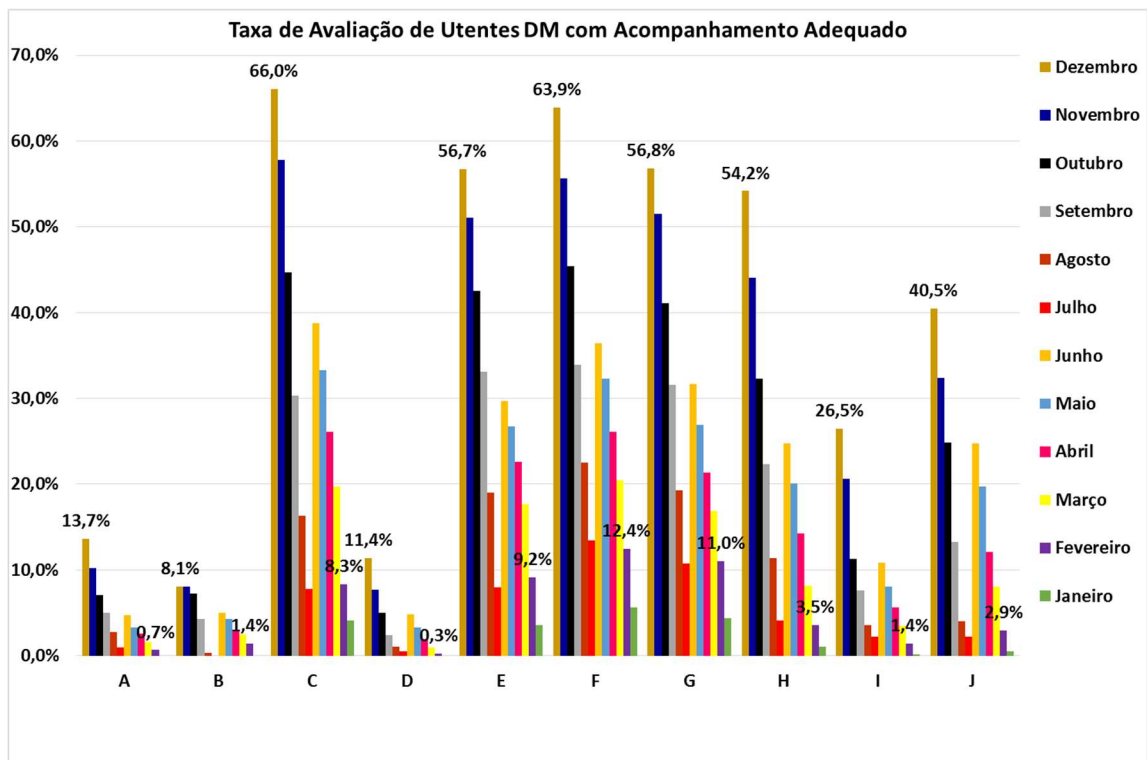


Gráfico IX

APÊNDICE 11 – GRÁFICO X

**TAXA DE AVALIAÇÃO ANUAL DE UTENTES DM COM
ACOMPANHAMENTO ADEQUADO**

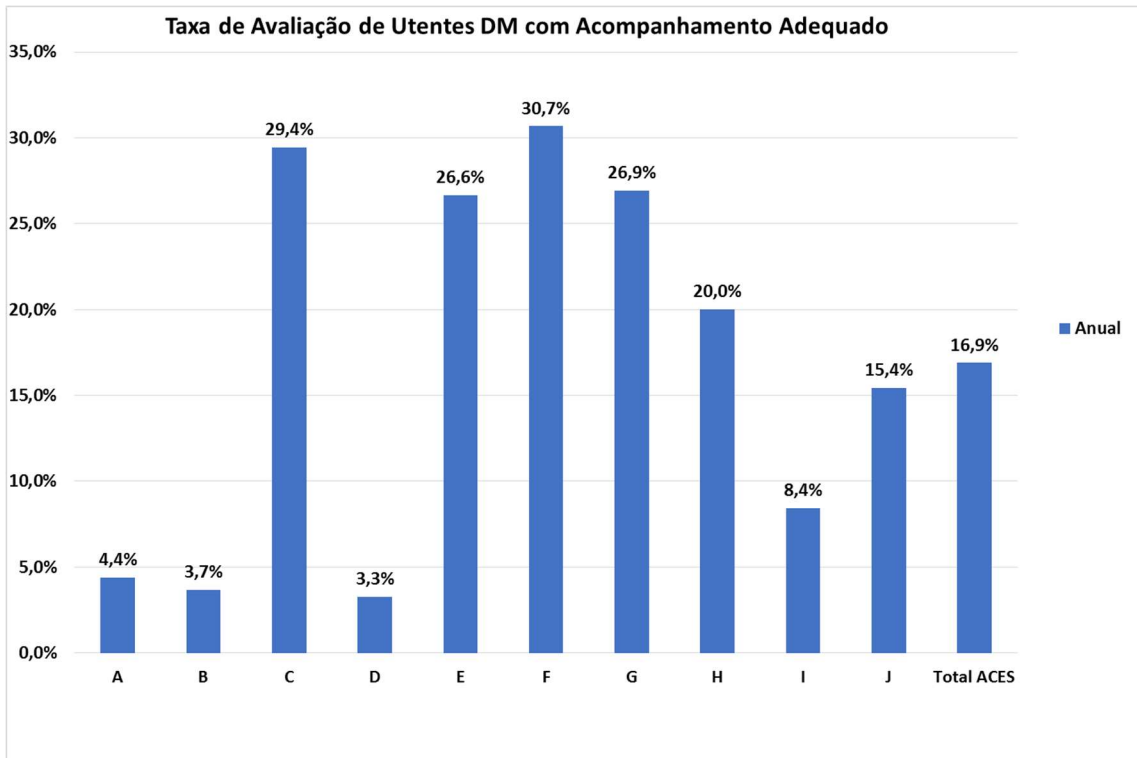


Gráfico X

APÊNDICE 12 - GRÁFICO XI

**ÍNDICE MENSAL DE ACOMPANHAMENTO ADEQUADO EM
UTENTES DM**

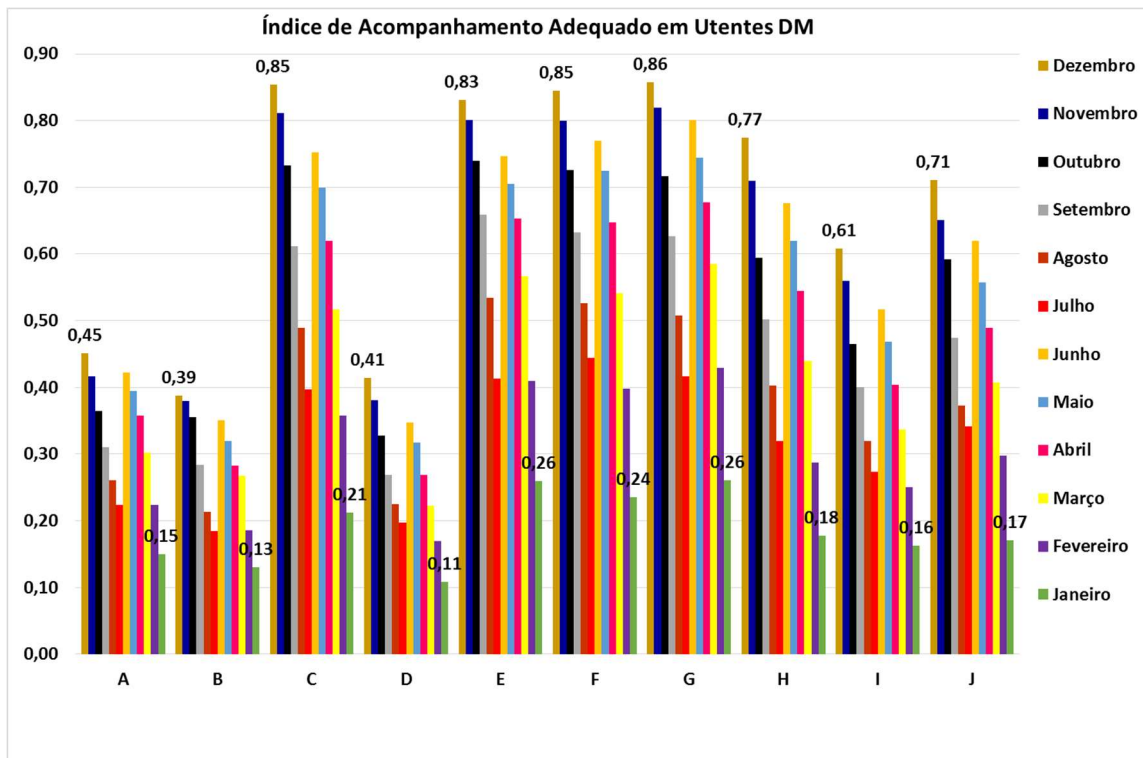


Gráfico XI

APÊNDICE 13 - GRÁFICO XII

**ÍNDICE ANUAL DE ACOMPANHAMENTO ADEQUADO EM
UTENTES DM**

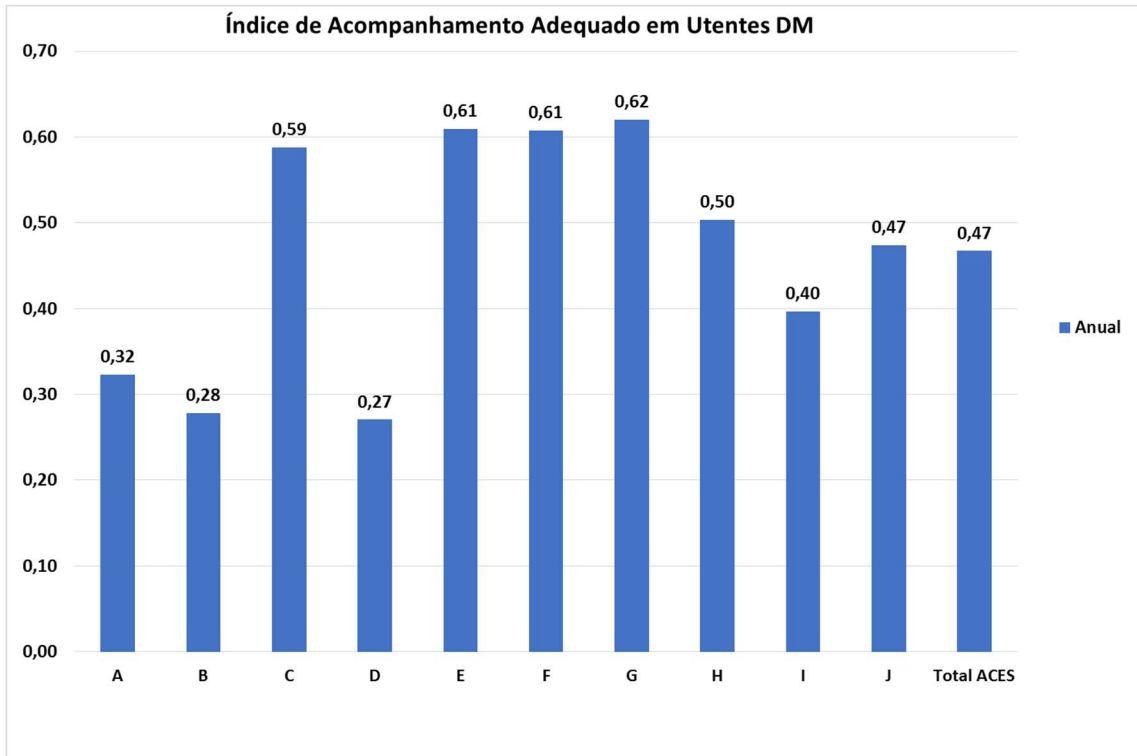


Gráfico XII

APÊNDICE 14 - GRÁFICO XIII

**TAXA DE AVALIAÇÃO MENSAL DE UTENTES DM COM
REALIZAÇÃO DE EXAME DOS PÉS**

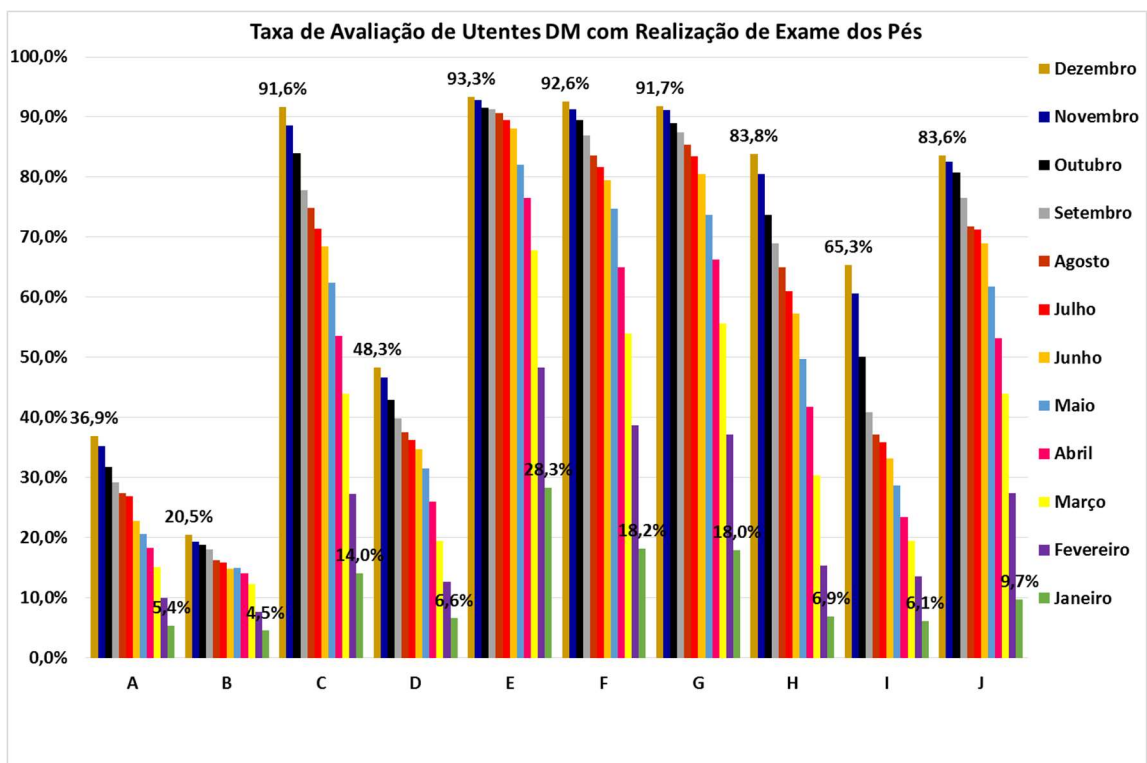


Gráfico XIII

APÊNDICE 15 - GRÁFICO XIV

**TAXA DE AVALIAÇÃO ANUAL DE UTENTES DM COM
REALIZAÇÃO DE EXAME DOS PÉS**

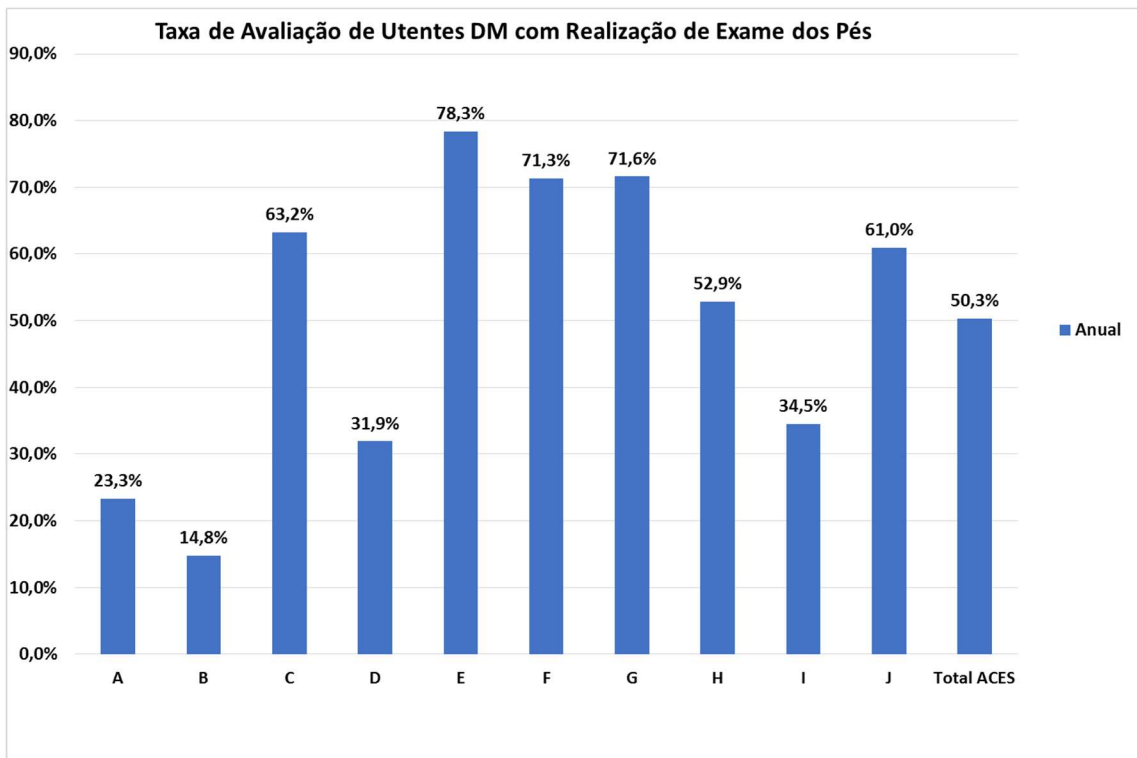


Gráfico XIV

APÊNDICE 16 - GRÁFICO XV

**PROPORÇÃO MENSAL DE UTENTES DM COM REGISTO DE
RISCO DE ÚLCERA DE PÉ**

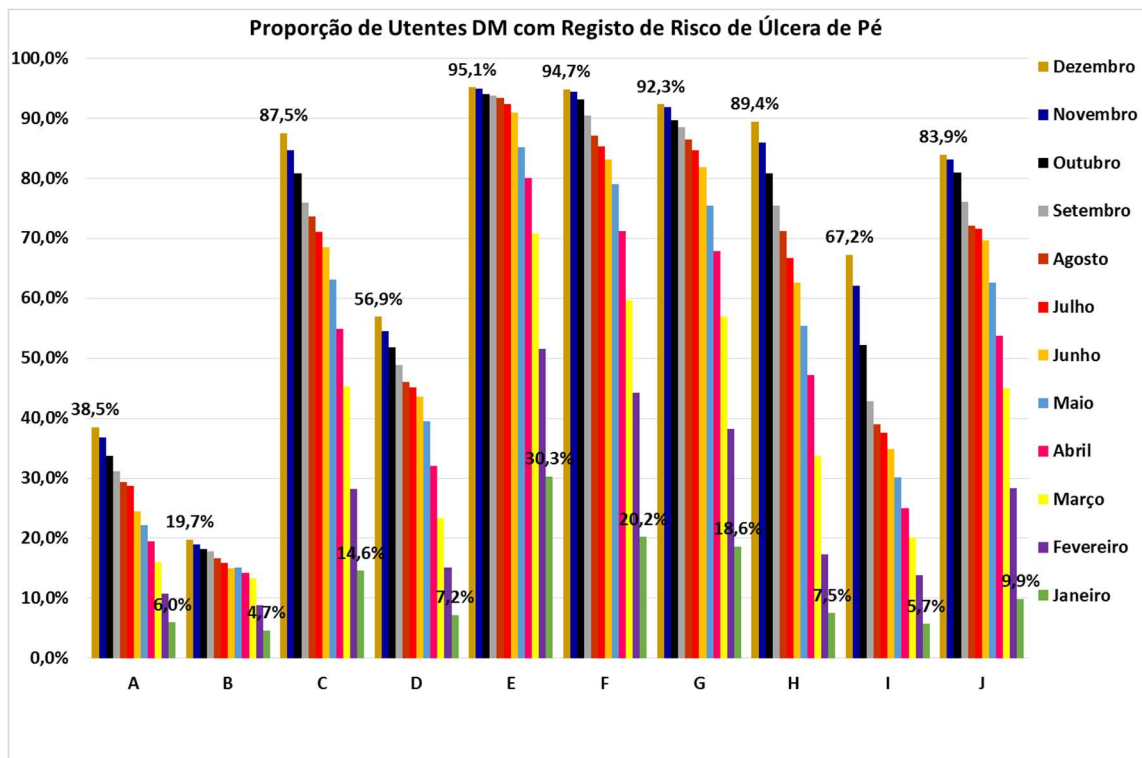


Gráfico XV

APÊNDICE 17 - GRÁFICO XVI

**PROPORÇÃO ANUAL DE UTENTES DM COM REGISTO DE
RISCO DE ÚLCERA DE PÉ**

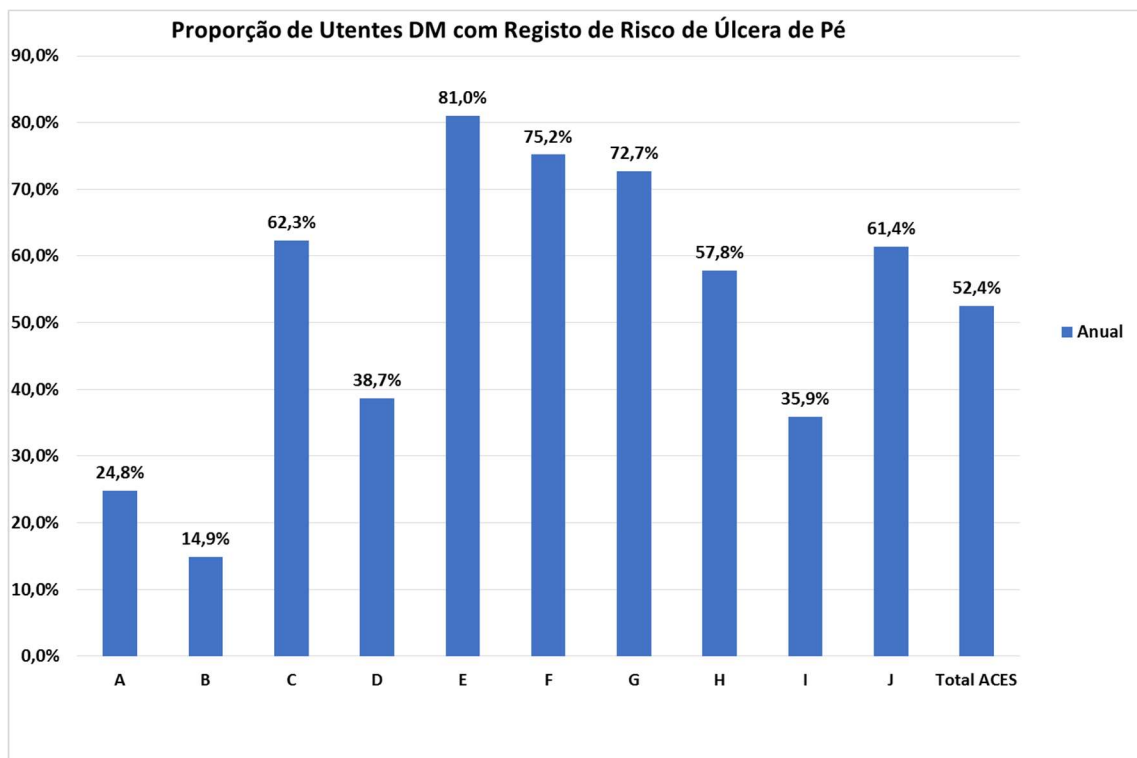


Gráfico XVI

APÊNDICE 18 - GRÁFICO XVII

PROPORÇÃO MENSAL DE UTENTES COM NOVO

DIAGNÓSTICO DE DM - INCIDÊNCIA

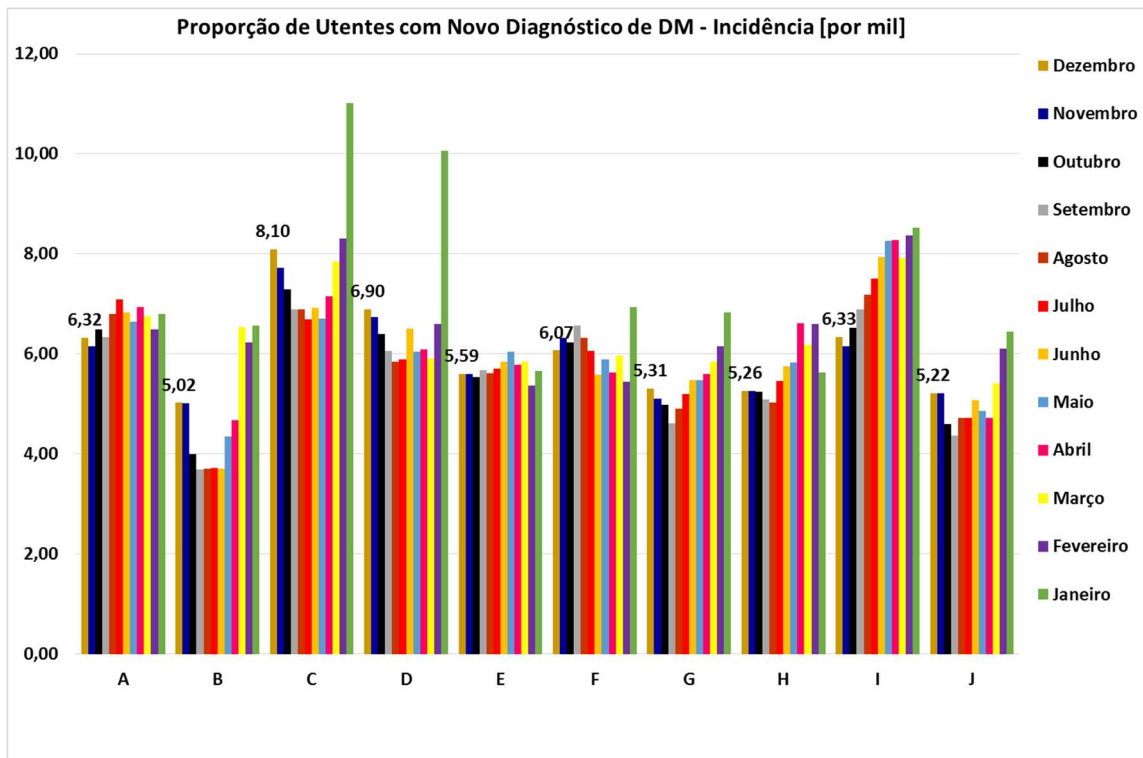


Gráfico XVII

APÊNDICE 19 - GRÁFICO XVIII

**PROPORÇÃO ANUAL DE UTENTES COM NOVO DIAGNÓSTICO
DE DM - INCIDÊNCIA**

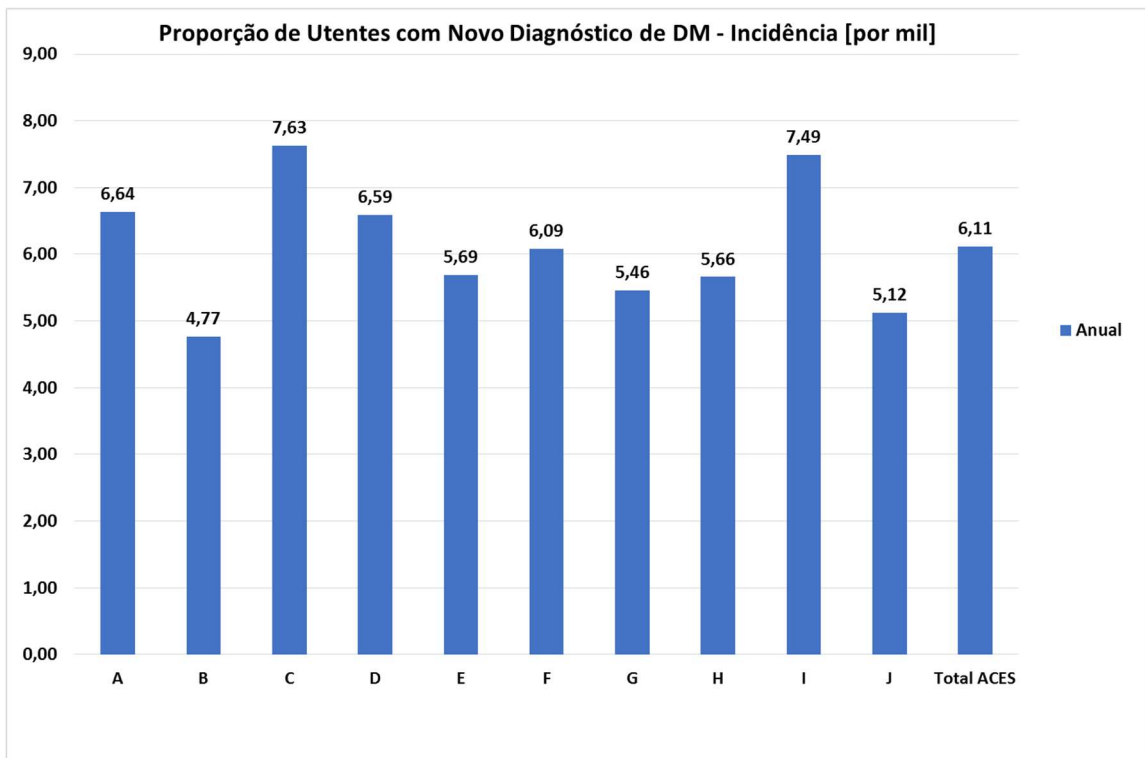


Gráfico XVIII

APÊNDICE 20 - GRÁFICO XIX

**PROPORÇÃO MENSAL DE UTENTES COM DIAGNÓSTICO DE
DM - PREVALÊNCIA**

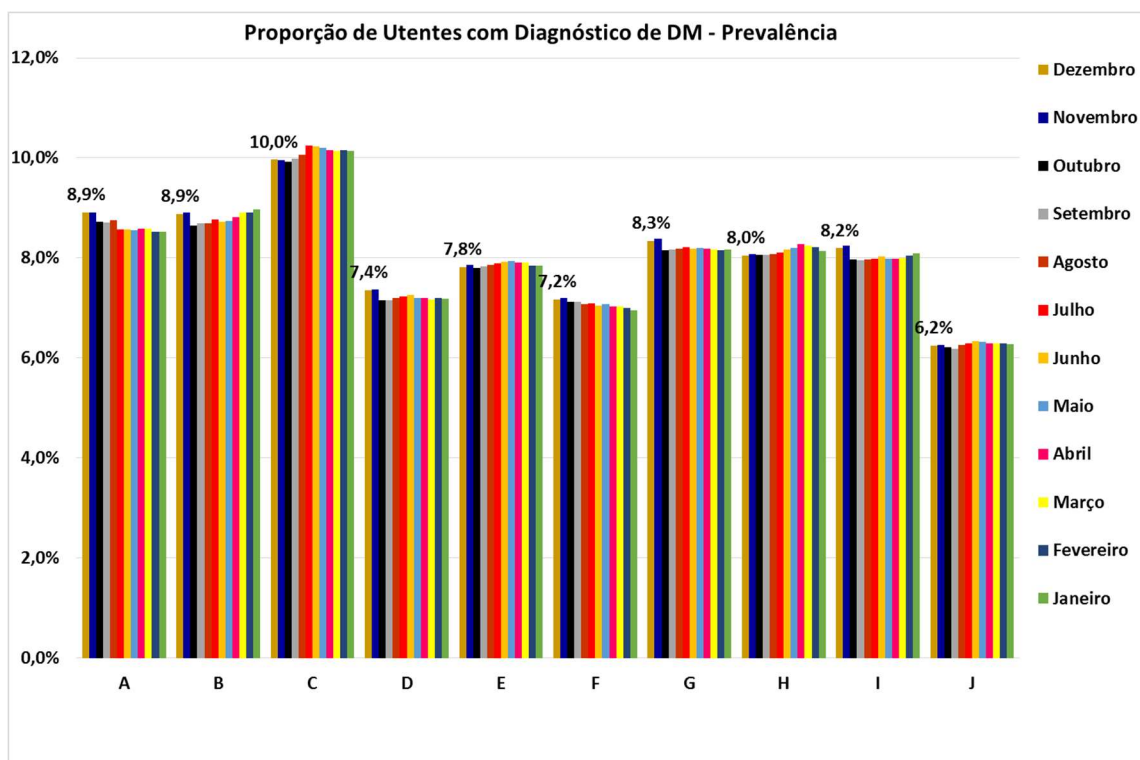


Gráfico XIX

APÊNDICE 21 - GRÁFICO XX

**PROPORÇÃO ANUAL DE UTENTES COM DIAGNÓSTICO DE
DM - PREVALÊNCIA**

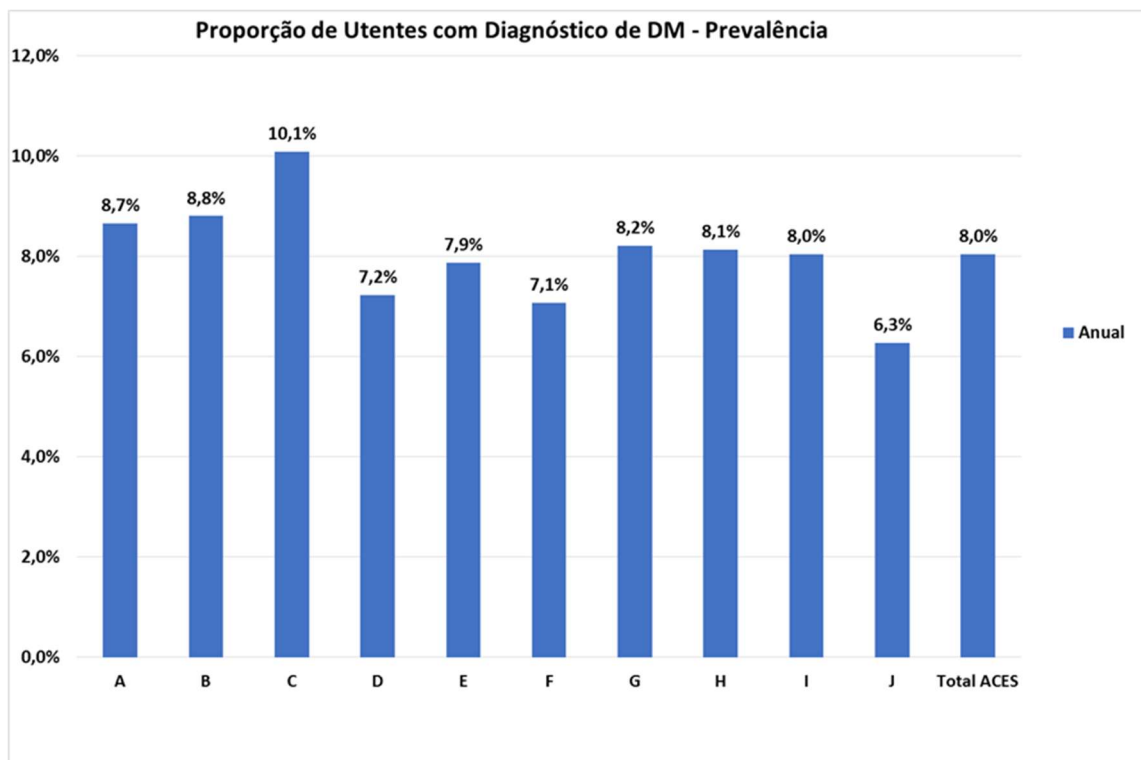


Gráfico XX

APÊNDICE 22 - GRÁFICO XXI

TAXA DE AVALIAÇÃO MENSAL DO FOCO: GRT HTA

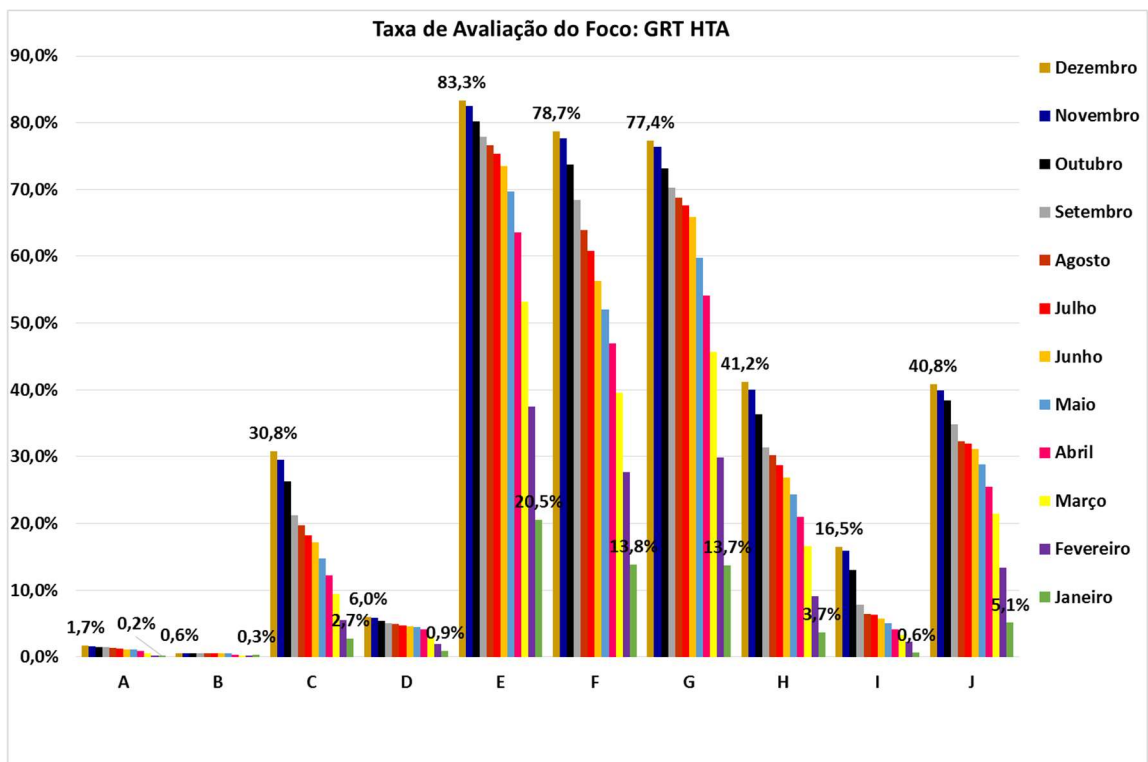


Gráfico XXI

APÊNDICE 23 - GRÁFICO XXII

TAXA DE AVALIAÇÃO ANUAL DO FOCO: GRT HTA

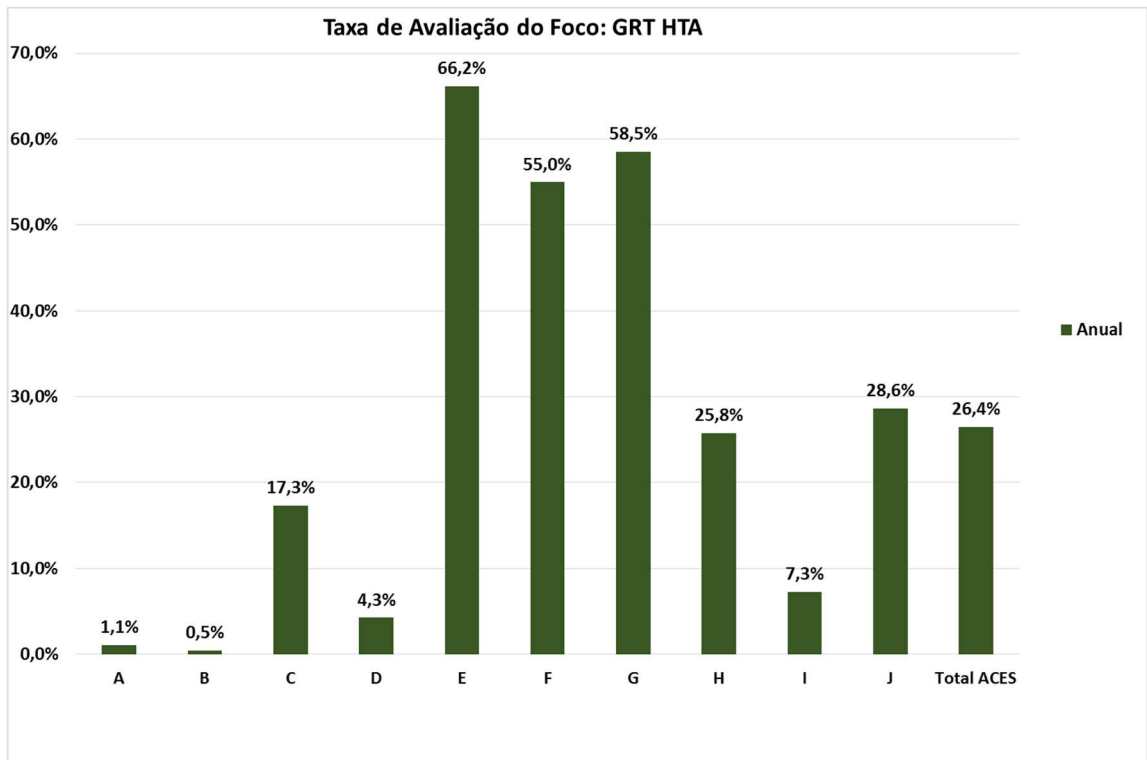


Gráfico XXII

APÊNDICE 24 - GRÁFICO XXIII

**TAXA DE AVALIAÇÃO MENSAL DE UTENTES HTA COM
ACOMPANHAMENTO ADEQUADO**

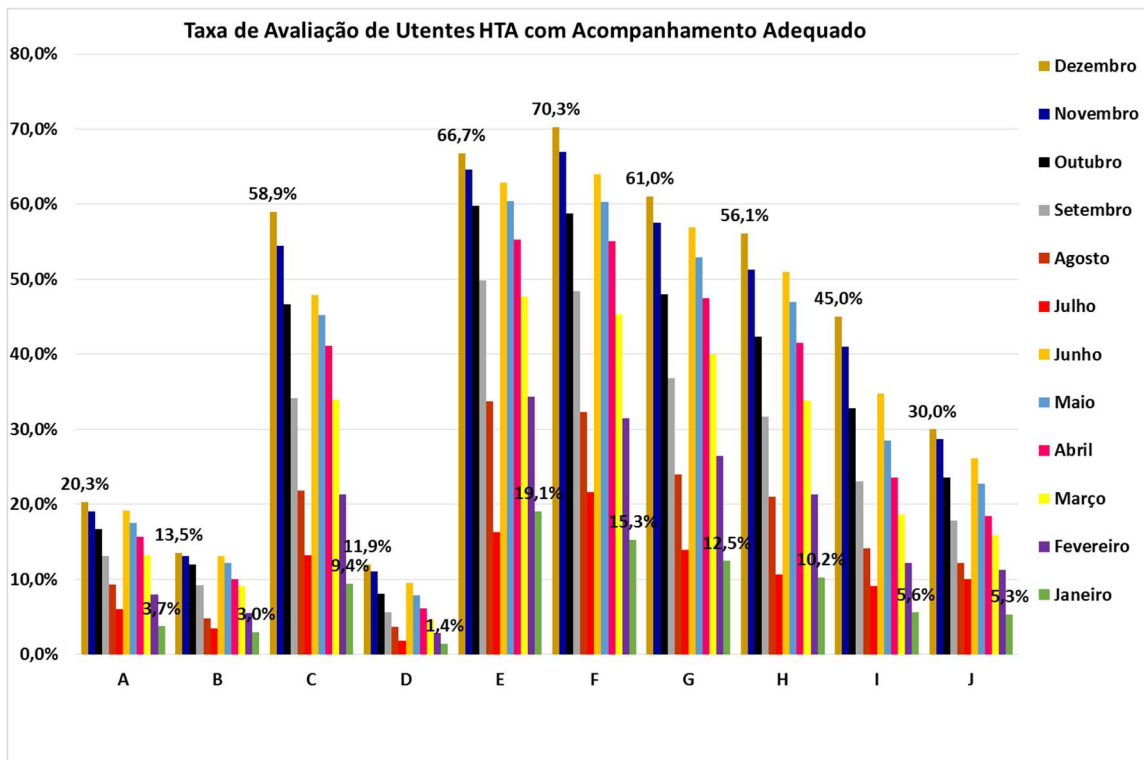


Gráfico XXIII

APÊNDICE 25 - GRÁFICO XXIV

**TAXA DE AVALIAÇÃO ANUAL DE UTENTES HTA COM
ACOMPANHAMENTO ADEQUADO**

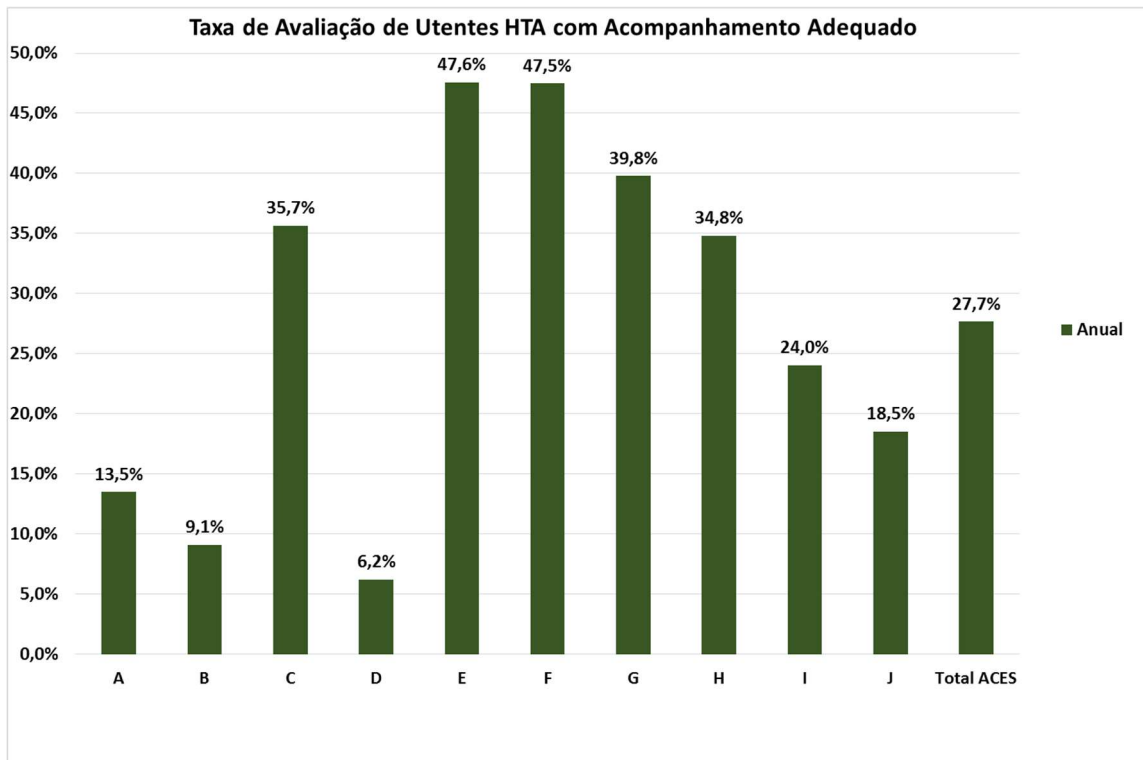


Gráfico XXIV

APÊNDICE 26 - GRÁFICO XXV

**ÍNDICE MENSAL DE ACOMPANHAMENTO ADEQUADO
EM UTENTES HTA**

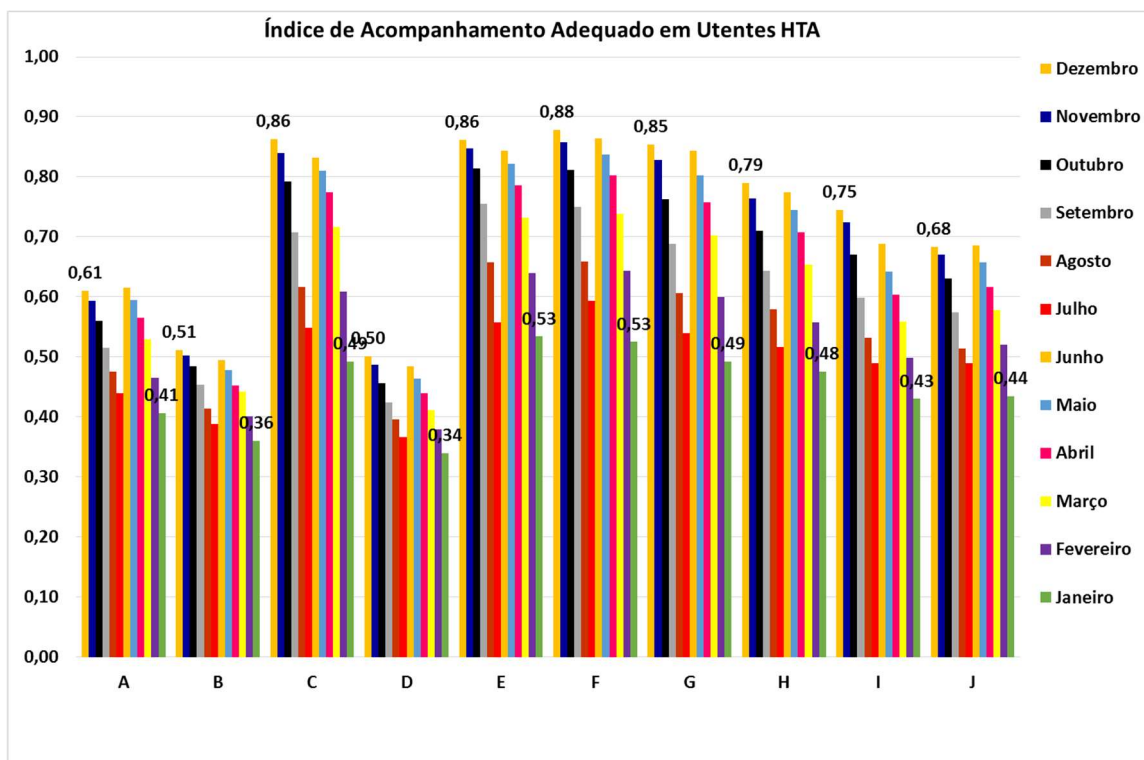


Gráfico XXV

APÊNDICE 27 - GRÁFICO XXVI

**ÍNDICE ANUAL DE ACOMPANHAMENTO ADEQUADO EM
UTENTES HTA**

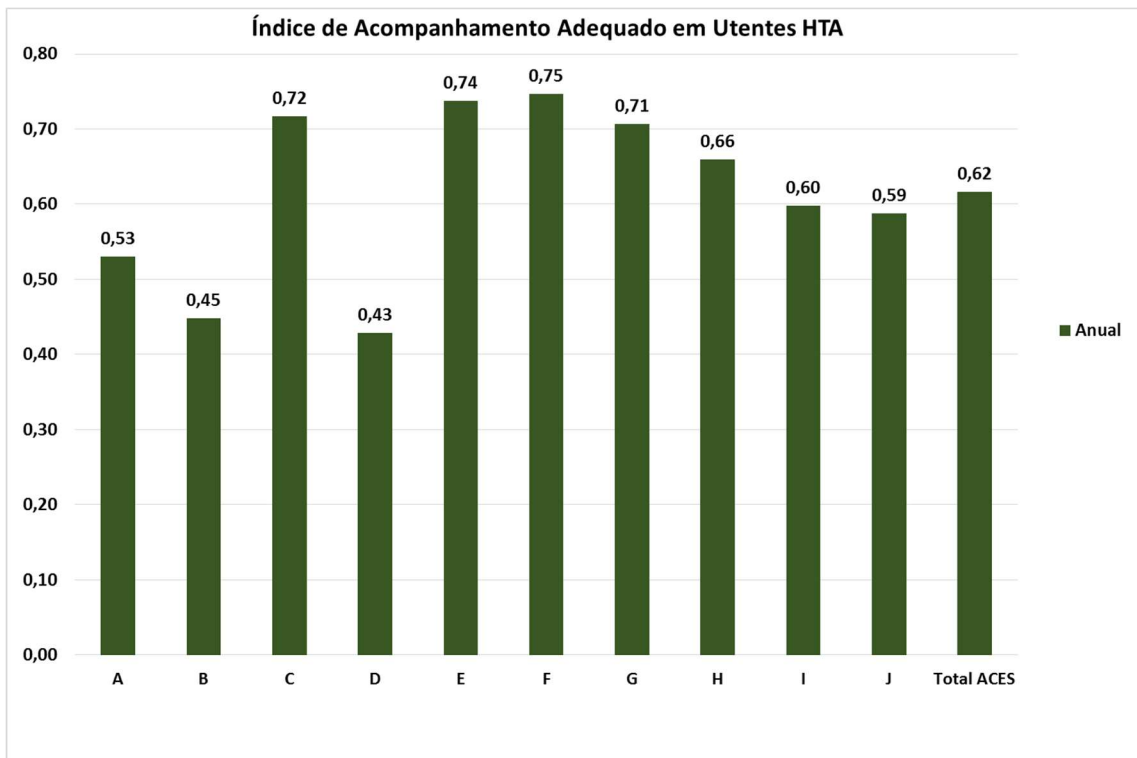


Gráfico XXVI

APÊNDICE 28 - GRÁFICO XXVII

PROPORÇÃO MENSAL DE UTENTES COM NOVO

DIAGNÓSTICO DE HTA - INCIDÊNCIA

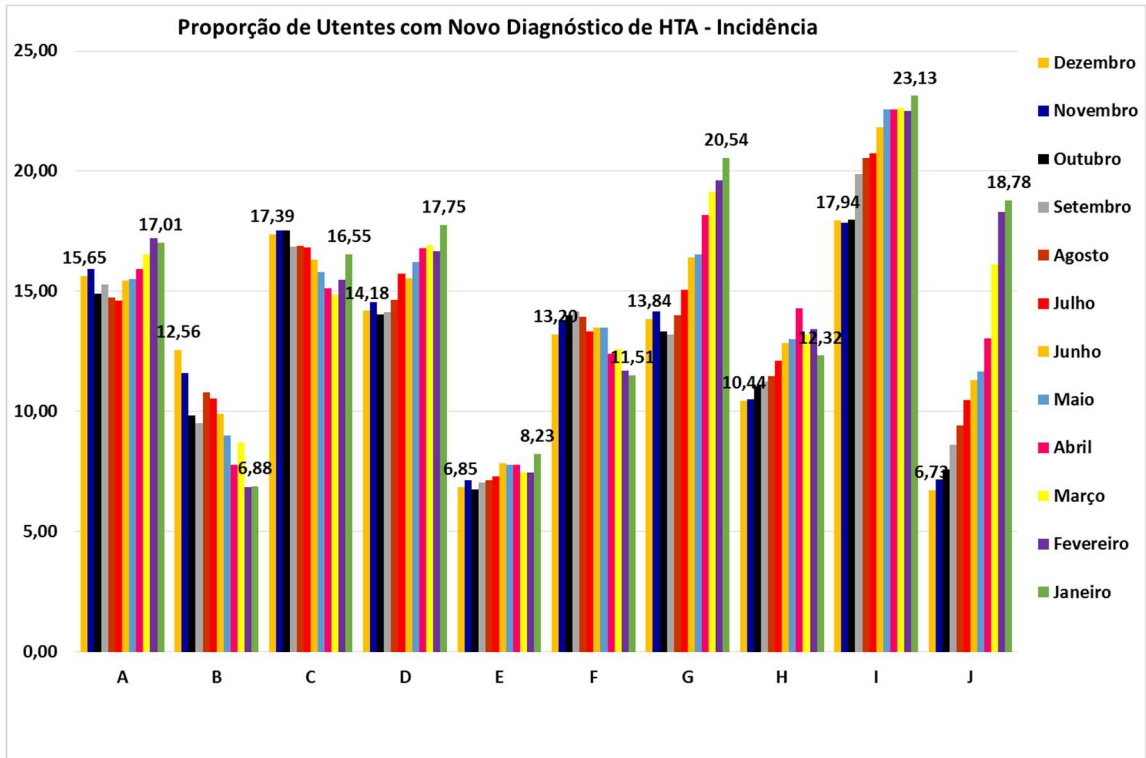


Gráfico XXVII

APÊNDICE 29 - GRÁFICO XXVIII

**PROPORÇÃO ANUAL DE UTENTES COM NOVO DIAGNÓSTICO
DE HTA - INCIDÊNCIA**

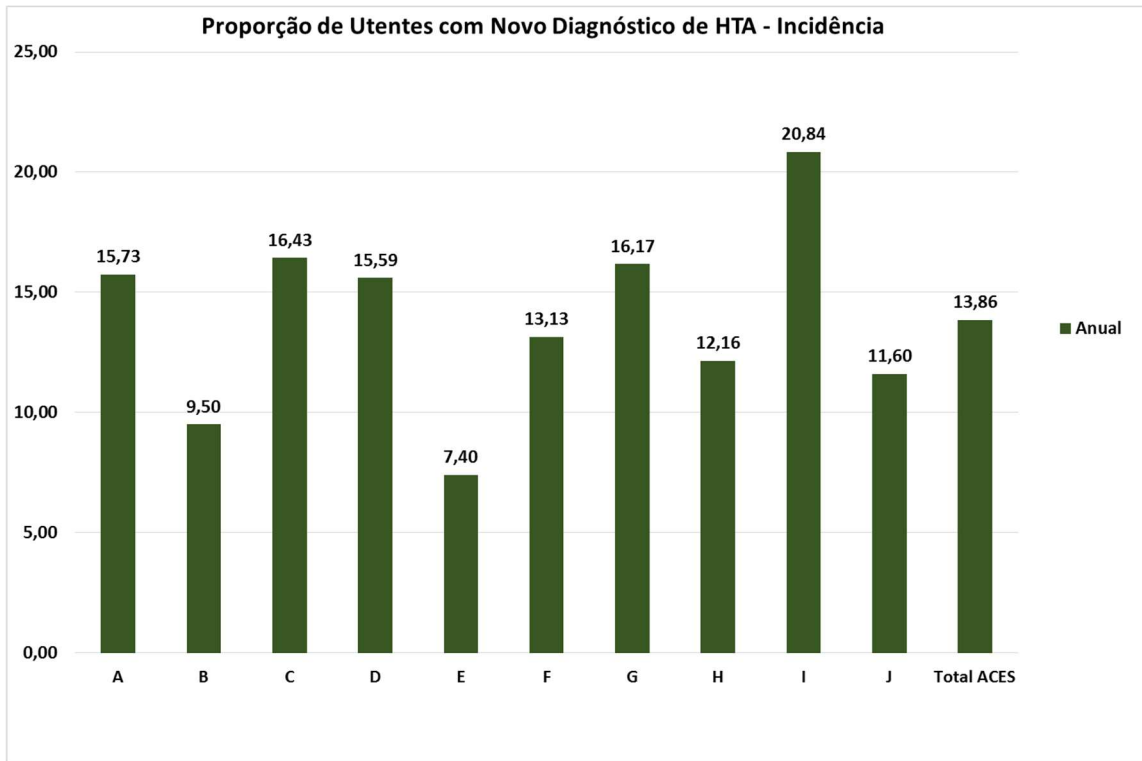


Gráfico XXVIII

APÊNDICE 30 - GRÁFICO XXIX

**PROPORÇÃO MENSAL DE UTENTES COM DIAGNÓSTICO DE
HTA - PREVALÊNCIA**

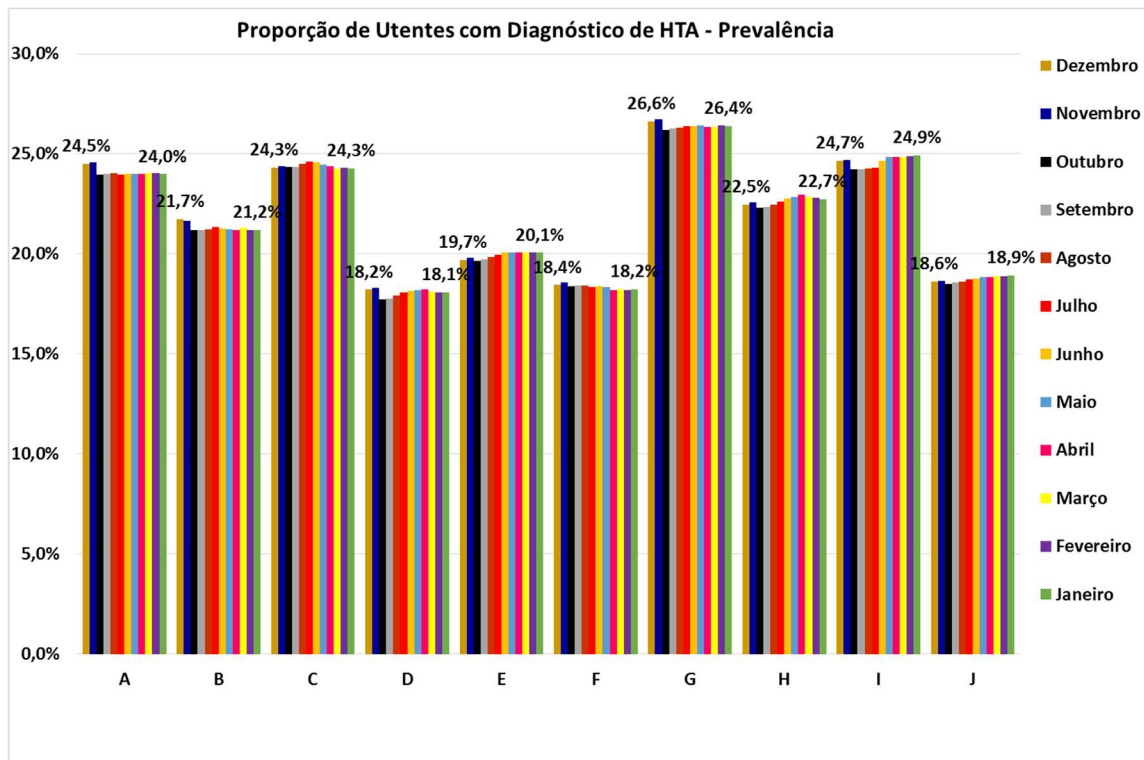


Gráfico XXIX

APÊNDICE 31 - GRÁFICO XXX

**PROPORÇÃO ANUAL DE UTENTES COM DIAGNÓSTICO DE
HTA - PREVALÊNCIA**

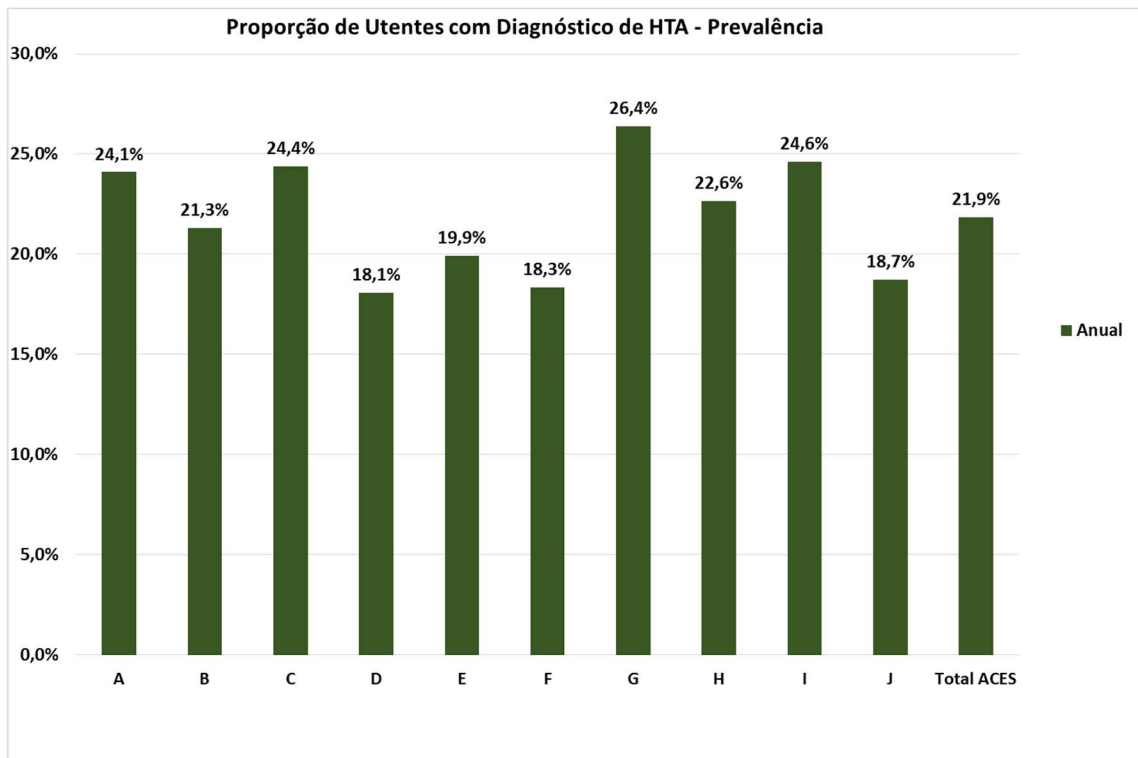


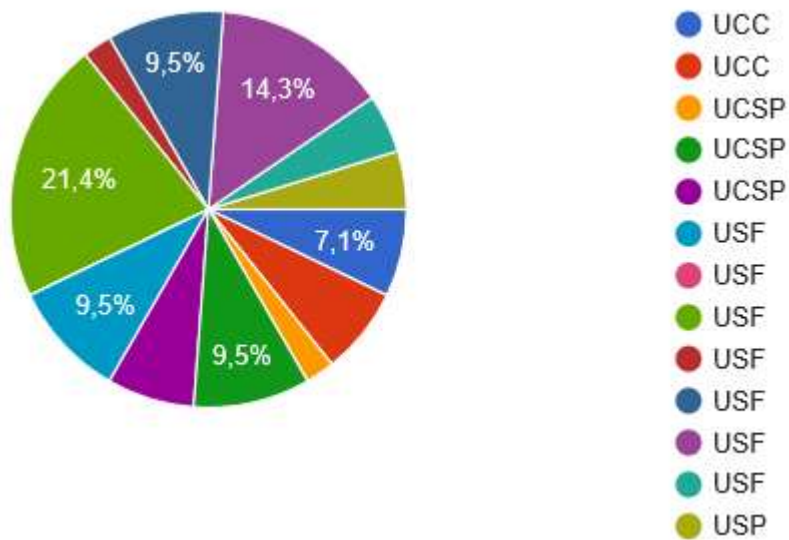
Gráfico XXX

APÊNDICE 32

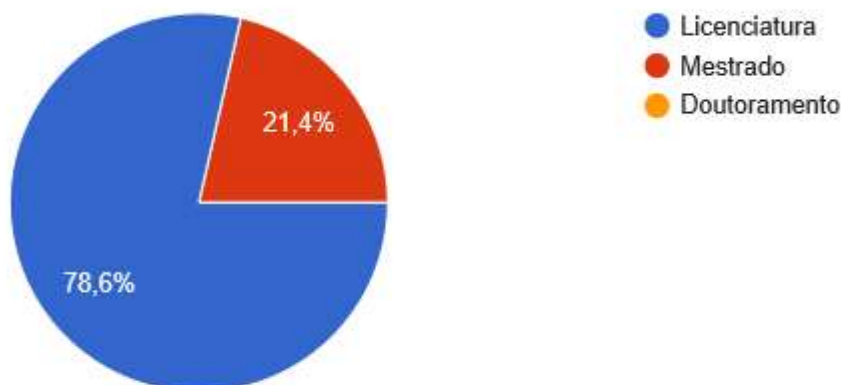
RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO

Respostas ao questionário – 42 respostas

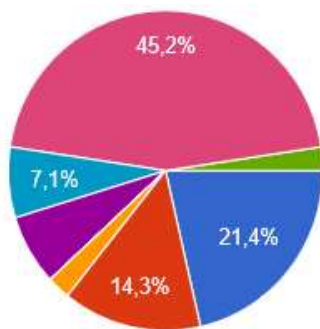
Em que unidade do ACES exerce funções?



Habilitações

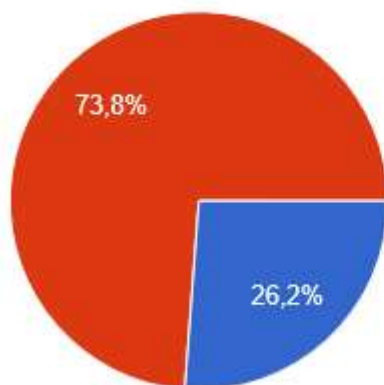


Tirou alguma Especialidade?



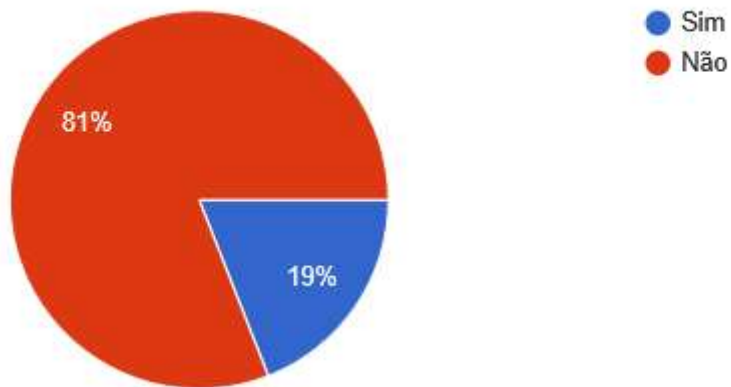
- Especialidade em Enfermagem Comunitária
- Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil
- Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna
- Especialidade em Enfermagem de Reabilitação
- Especialidade em Enfermagem de Médico Cirúrgica
- Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental
- Não possui especialidade
- Pós-graduação em gestão e administração em cuidados de saúde

Existe na sua unidade um líder formal para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem?

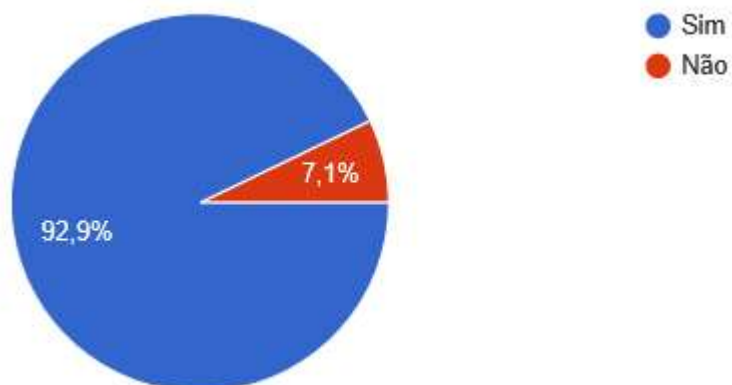


- Sim
- Não

Sabe qual é o processo de avaliação do impacto epidemiológico dos fenómenos de enfermagem?



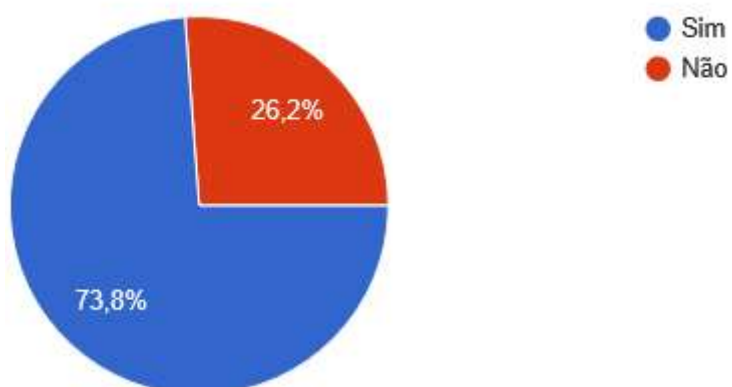
Considera que a sua documentação tem um contributo importante para os indicadores de saúde pública?



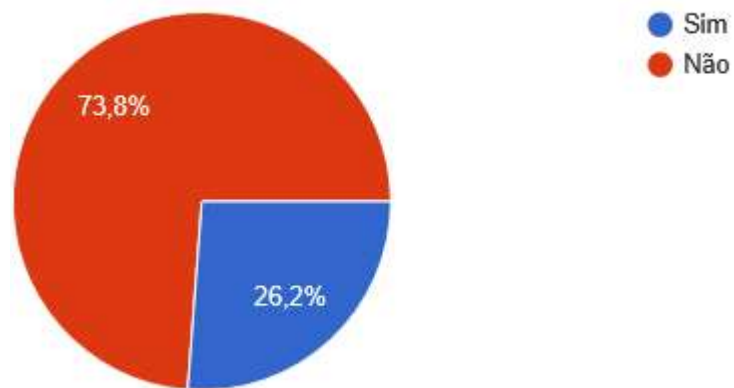
Considera que um projeto que promova a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem faz sentido?



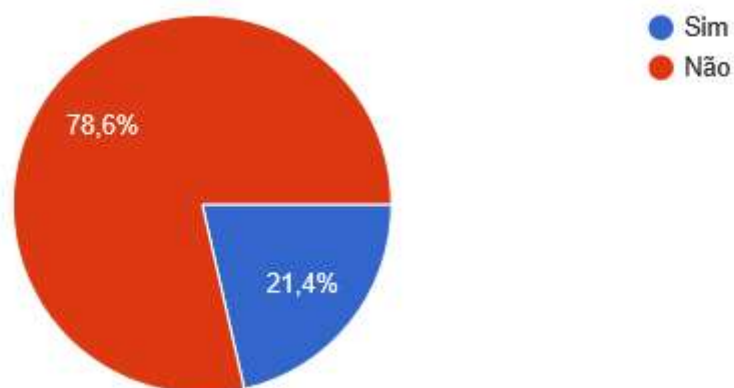
Sente-se motivado/a para participar num projeto do seu ACES que promova a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem?



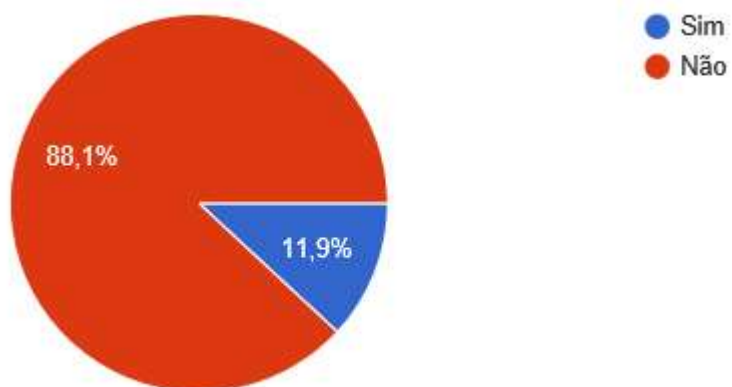
Considera que a sua unidade tem parcerias formais que melhorem a sua documentação dos diagnósticos e a promoção da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem?



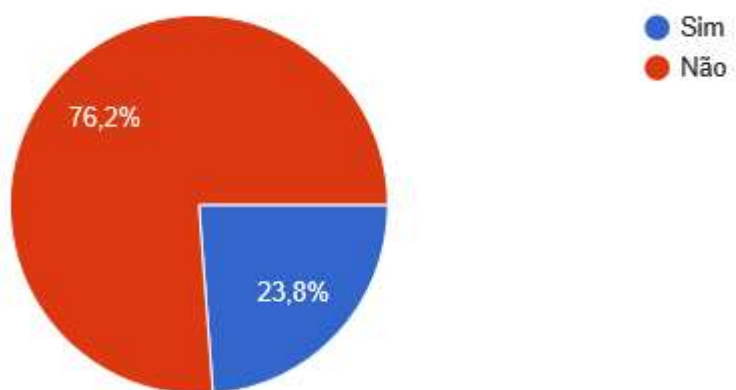
Considera que o circuito de comunicação entre a sua unidade e o restante ACES é eficaz para compreender a importância da sua documentação para o diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de enfermagem?



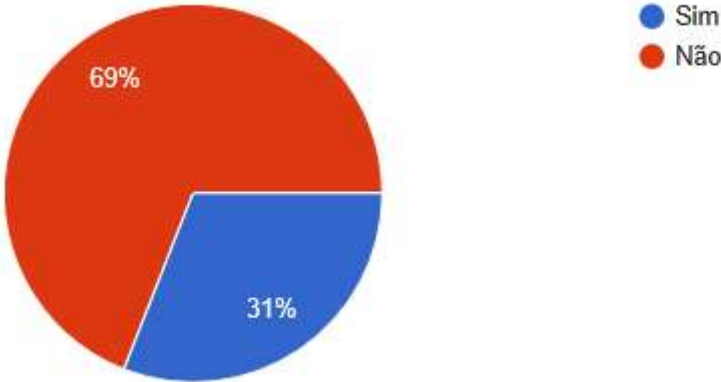
Considera que existem estruturas organizativas, envolvendo a sua unidade no diagnóstico de saúde pública associado aos diagnósticos de enfermagem?



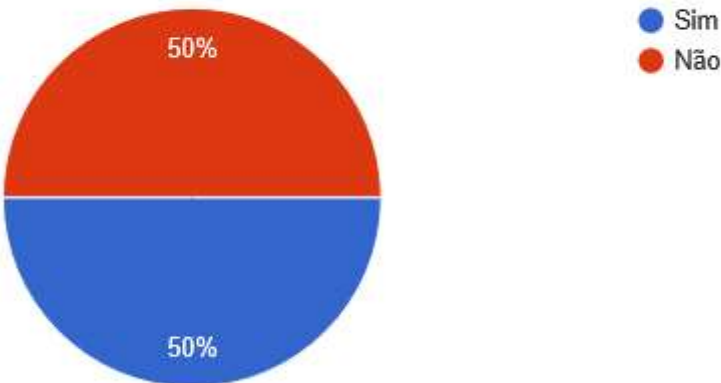
Considera que a sua unidade tem os recursos suficientes para poder contribuir com o seu diagnóstico para uma vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem?



Considera que tem formação suficiente sobre sistemas de informação e documentação em enfermagem para conseguir desenvolver a documentação dos seus cuidados?



Considera que tem experiência profissional com sistemas de informação e documentação em enfermagem para conseguir documentar adequadamente os seus cuidados?



APÊNDICE 33

SESSÃO DE INTERVENÇÃO

FICHA DE CARATERIZAÇÃO DA SESSÃO

PLANO DA SESSÃO



Projeto:
Orientar e Empoderar - Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem

Responsável: Enf. Joana Bastos
Orientação Científica: Doutor Pedro Melo
Co-orientação/tutoria: Mestre João Rodrigues

Objetivo Geral da Formação:

- Promover a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem no ACES.

Objetivos Específicos da Formação:

- Identificar os diagnósticos de enfermagem da USP, de acordo com o MAIEC, no âmbito da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem no ACES;
- Identificar conceitos associados à Epidemiologia e aos Sistemas de Informação em Enfermagem;
- Identificar as estratégias de documentação dos diagnósticos de enfermagem em análise pela Unidade de Saúde Pública;
- Identificar estratégias para participar ativamente no desenvolvimento do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem (ODE) do ACES.

CATOLICA
CIIS - CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE
LISBOA - PORTO - VISEU

Joana Bastos 2

Enquadramento



Vigilância Epidemiológica

Diagnósticos de Enfermagem e Sistemas de Informação em CSP

Indicadores em Saúde Pública

Unidade de Saúde Pública e Diagnóstico de Saúde da População

MAIEC

CATOLICA
CIIS - CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE
LISBOA - PORTO - VISEU

Joana Bastos 3

Finalidade do Projeto:

- Contribuir para melhorar os indicadores de saúde pública no âmbito da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem no ACES.

CATOLICA
CIIS - CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE
LISBOA - PORTO - VISEU

Joana Bastos 4

Partindo do diagnóstico de situação de saúde desenvolvido pela USP:

Determinantes Sócio Económicos


- **Famílias e Habitação:**
 - Edifício Residencial/Habitação
- **Outros determinantes sociais:**
 - Rendimento Familiar

A Saúde da População

- **Doenças não transmissíveis:**
 - Gestão do Regime Terapêutico nas pessoas com Diabetes
 - Gestão do Regime Terapêutico nas pessoas com HTA
- **Família e cuidados na doença crónica:**
 - Papel de Prestador de Cuidados

Águas e Saneamento

- Abastecimento de Água



Joana Bastos

5

Abrangidos pelo projeto
De acordo com a natureza dos indicadores:

Determinantes Sócio Económicos


- **Famílias e Habitação:**
 - Edifício Residencial/Habitação USF/UCSP
- **Outros determinantes sociais:**
 - Rendimento Familiar USF/UCSP

A Saúde da População

- **Doenças não transmissíveis:**
 - Gestão do Regime Terapêutico nas pessoas com Diabetes USF/UCSP
 - Gestão do Regime Terapêutico nas pessoas com HTA
- **Família e cuidados na doença crónica:**
 - Papel de Prestador de Cuidados USF/UCSP/ ECCI (UCC)

Águas e Saneamento

- Abastecimento de Água USF/UCSP




Joana Bastos

6

Recolha de dados

- Para efetuar o cálculo das taxas de avaliação dos focos de enfermagem: Habitação/Edifício Residencial, Rendimento Familiar, Abastecimento de Água e Papel de Prestador de Cuidados, foram retirados dados numéricos do sistema informático da ARS (SIARS). Após, foram utilizadas fórmulas que fazem parte do MDAIF.
- Para o cálculo das taxas de avaliação dos focos de enfermagem: Gestão do Regime Terapêutico na DM e Gestão do Regime Terapêutico na HTA, foram retirados dados numéricos do sistema informático da ARS (SIARS). Após, foram utilizadas fórmulas que fazem parte do programa de contratualização da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).




Joana Bastos

7

Recolha de dados

- Para desenvolver o diagnóstico de enfermagem face ao foco gestão comunitária tendo a comunidade do ACES como cliente, foi construído um questionário tendo por base o MAIEC.
- No sentido de avaliar o nível de empoderamento da comunidade do ACES, na perspetiva dos enfermeiros que possuem responsabilidades na área da gestão, para desenvolver a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, foi aplicada a versão portuguesa da "Empowerment Assesment Rated Scale" (Laverack, 2007) numa sessão de grupos focais.



Joana Bastos

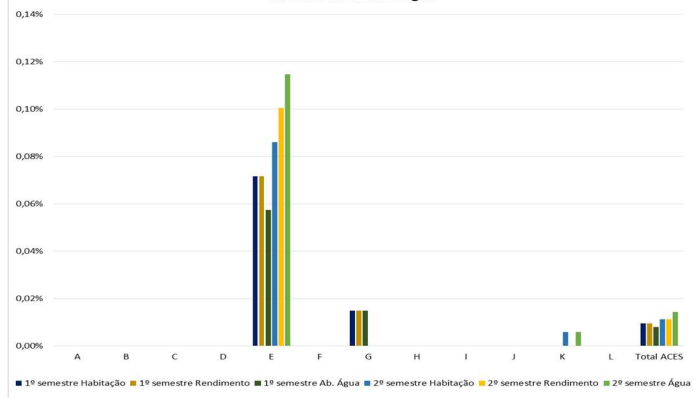
8

Apresentação dos dados

Taxa de Avaliação Semestral dos Focos de Enfermagem: Edifício Residencial/Habitação, Rendimento Familiar e Abastecimento de Água

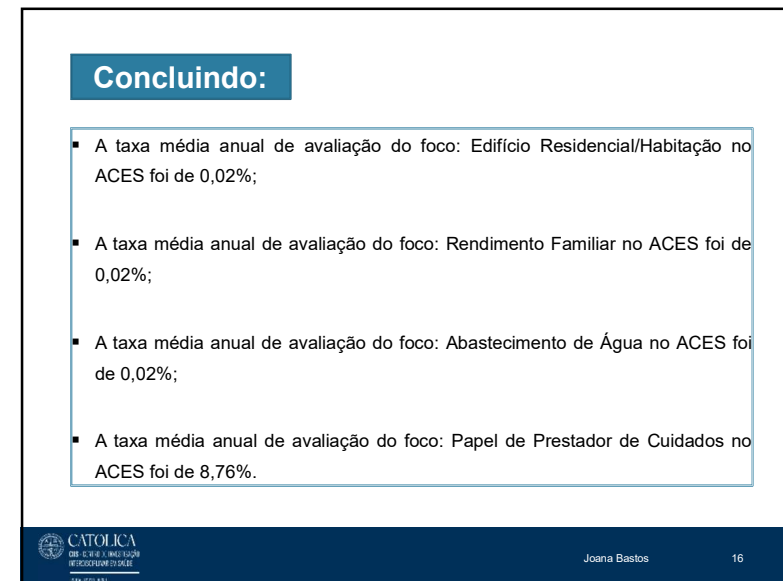
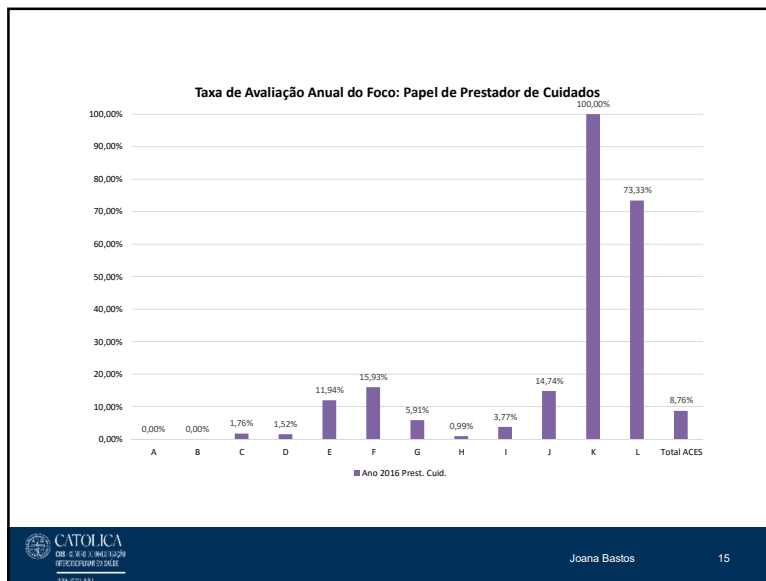
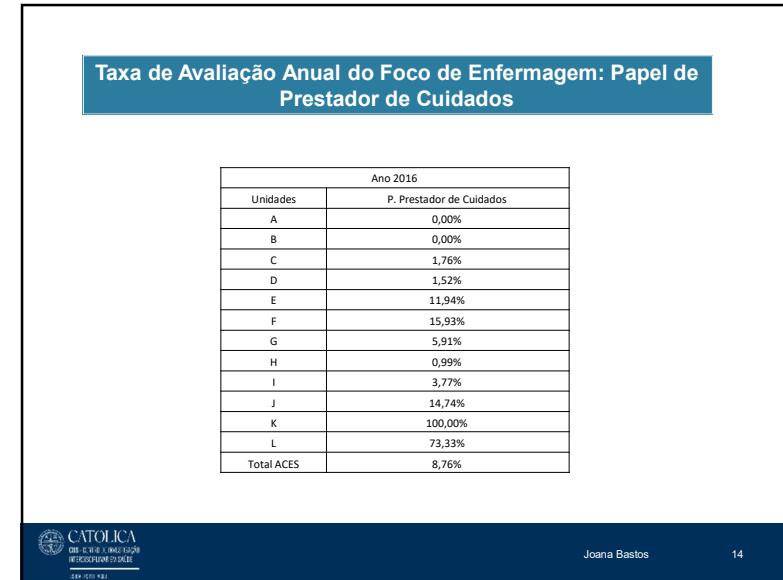
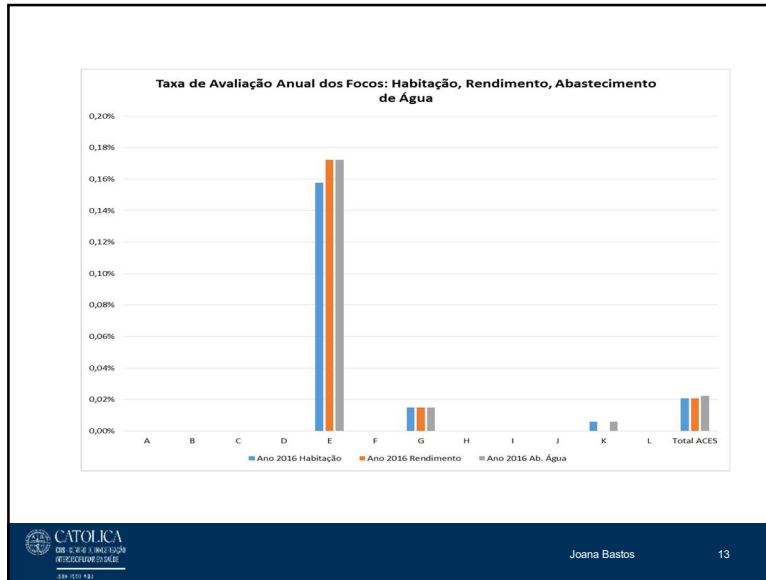
Unidades	Ano 2016					
	1º semestre			2º semestre		
	Habitação	Rendimento	Ab. Água	Habitação	Rendimento	Água
A	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
B	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
C	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
D	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
E	0,07%	0,07%	0,06%	0,09%	0,10%	0,11%
F	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
G	0,01%	0,01%	0,01%	0,00%	0,00%	0,00%
H	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
I	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
J	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
K	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,00%	0,01%
L	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Total ACES	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%

Taxa de Avaliação Semestral dos Focos: Habitação, Rendimento,
Abastecimento de Água



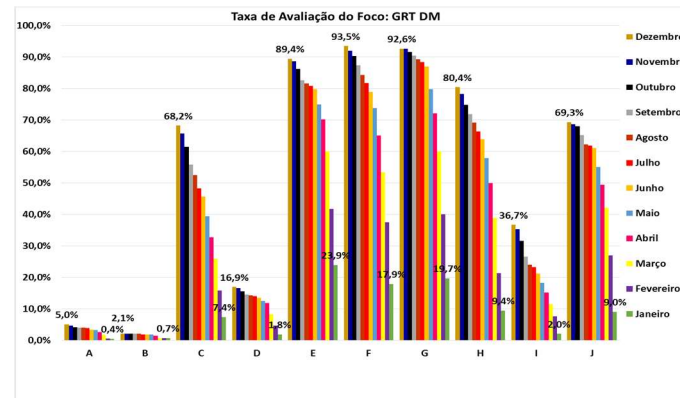
Taxa de Avaliação Anual dos Focos de Enfermagem: Edifício Residencial/Habitação, Rendimento Familiar e Abastecimento de Água

Unidades	Ano 2016		
	Habitação	Rendimento	Ab. Água
A	0,00%	0,00%	0,00%
B	0,00%	0,00%	0,00%
C	0,00%	0,00%	0,00%
D	0,00%	0,00%	0,00%
E	0,16%	0,17%	0,17%
F	0,00%	0,00%	0,00%
G	0,01%	0,01%	0,01%
H	0,00%	0,00%	0,00%
I	0,00%	0,00%	0,00%
J	0,00%	0,00%	0,00%
K	0,01%	0,00%	0,01%
L	0,00%	0,00%	0,00%
Total ACES	0,02%	0,02%	0,02%

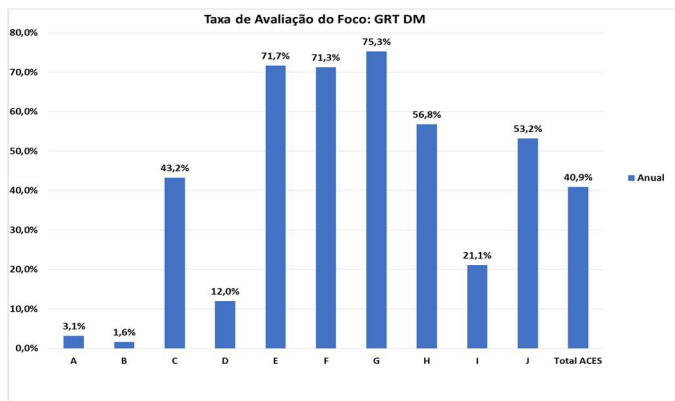


Taxa de Avaliação do Foco: GRT DM

Unidades	Ano 2016												Anual
	Dezembro	Novembro	Outubro	Setembro	Agosto	Julho	Junho	Maiço	Abril	Março	Fevereiro	Janeiro	
A	5,0%	4,6%	4,2%	4,0%	4,0%	3,8%	3,4%	3,3%	2,6%	1,7%	0,6%	0,4%	3,1%
B	2,1%	2,1%	2,1%	2,1%	2,1%	1,8%	1,8%	1,8%	1,4%	0,7%	0,7%	0,7%	1,6%
C	68,2%	65,7%	61,4%	55,8%	52,5%	48,3%	45,7%	39,4%	32,8%	26,0%	15,8%	7,4%	43,2%
D	16,9%	16,6%	15,5%	14,6%	14,2%	14,0%	13,5%	12,5%	11,9%	8,2%	4,7%	1,8%	12,0%
E	89,4%	88,6%	86,2%	82,7%	81,7%	80,8%	79,8%	74,9%	70,2%	60,1%	41,7%	33,9%	71,7%
F	93,5%	92,0%	90,3%	87,4%	84,2%	81,8%	78,9%	73,7%	65,1%	53,4%	37,5%	17,9%	71,3%
G	92,6%	92,6%	91,6%	90,5%	89,3%	88,4%	87,0%	79,8%	72,1%	60,1%	40,0%	19,7%	75,3%
H	80,4%	78,3%	74,8%	71,8%	69,2%	66,3%	63,9%	57,9%	49,9%	38,8%	21,3%	9,4%	56,8%
I	36,7%	35,3%	31,6%	26,6%	24,0%	23,2%	21,2%	18,3%	15,1%	11,5%	7,6%	2,0%	21,1%
J	69,3%	68,7%	68,0%	65,2%	62,2%	61,9%	61,1%	55,0%	49,4%	42,1%	26,9%	9,0%	53,2%
Total ACES													40,9%

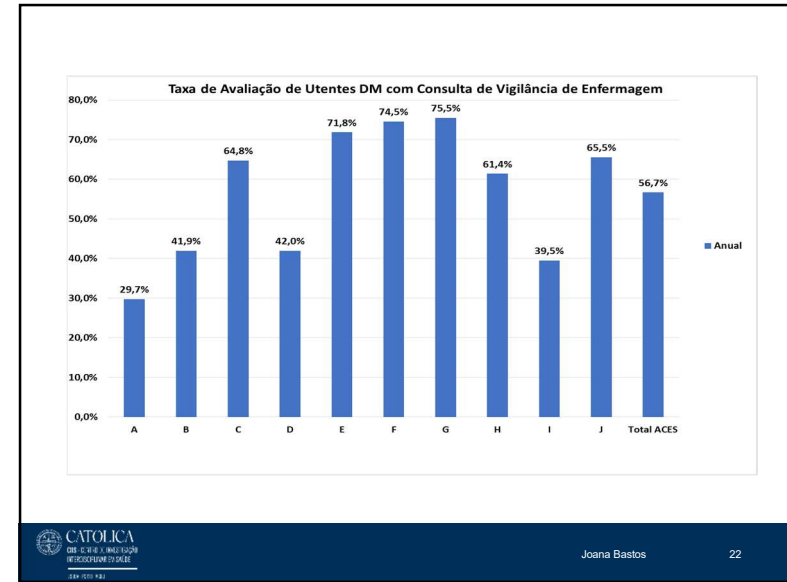
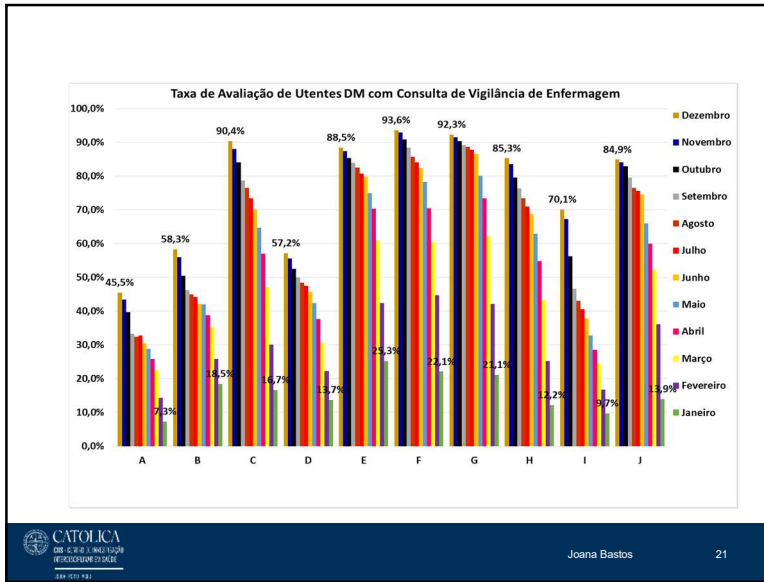


Taxa de Avaliação do Foco: GRT DM



Taxa de Avaliação de Utentes DM com Consulta de Vigilância de Enfermagem

Unidades	Ano 2016												Anual
	Dezembro	Novembro	Outubro	Setembro	Agosto	Julho	Junho	Maiço	Abril	Março	Fevereiro	Janeiro	
A	45,5%	43,5%	39,7%	33,3%	32,4%	32,8%	30,5%	28,8%	25,9%	22,5%	14,3%	7,3%	29,7%
B	58,3%	56,0%	50,5%	46,3%	45,0%	44,2%	42,2%	42,0%	38,9%	35,3%	25,9%	18,5%	41,9%
C	90,4%	88,1%	84,1%	78,7%	76,5%	73,4%	70,2%	64,7%	57,1%	47,1%	30,1%	16,7%	64,8%
D	57,2%	55,6%	52,5%	49,9%	48,5%	47,5%	45,7%	42,5%	37,7%	30,6%	22,3%	13,7%	42,0%
E	88,5%	87,4%	85,4%	83,9%	82,5%	80,7%	79,8%	75,0%	70,3%	60,9%	42,4%	25,3%	71,8%
F	93,6%	92,9%	90,9%	88,4%	85,8%	84,2%	82,5%	78,3%	70,5%	60,6%	44,7%	22,1%	74,5%
G	92,3%	91,6%	90,4%	89,2%	88,7%	87,8%	86,7%	80,2%	73,5%	62,2%	42,2%	21,1%	75,5%
H	85,3%	83,6%	79,6%	76,5%	73,4%	71,0%	68,9%	62,9%	54,8%	43,2%	25,2%	12,2%	61,4%
I	70,1%	67,2%	56,3%	46,6%	43,0%	40,6%	37,8%	32,8%	28,6%	24,5%	16,7%	9,7%	39,5%
J	84,9%	84,1%	83,0%	79,6%	76,5%	75,6%	74,5%	66,0%	60,0%	52,2%	36,1%	13,9%	65,5%
Total ACES													56,7%

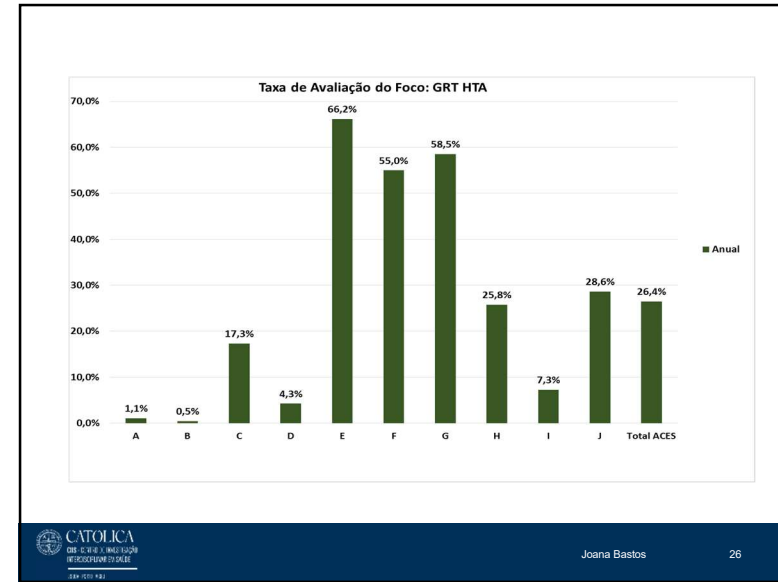
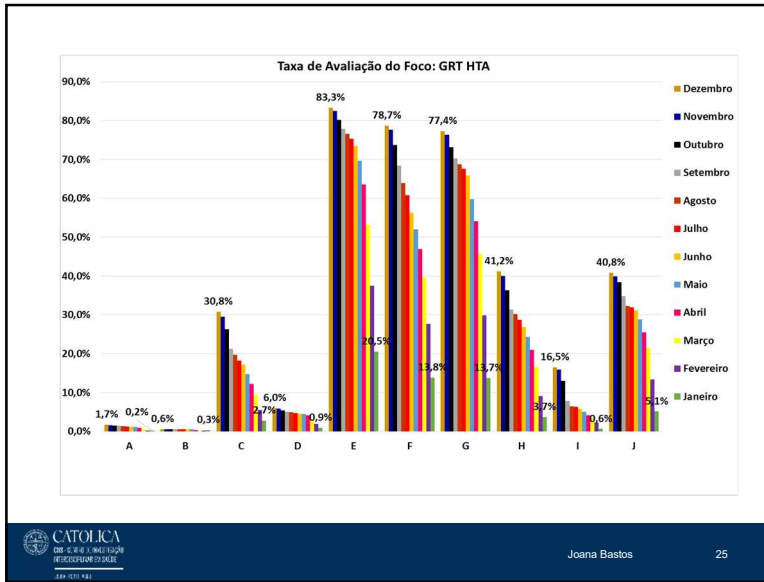


Concluindo:

- As taxas médias anuais de avaliação do foco: GRT DM foram inferiores a 15% em algumas das unidades funcionais do ACES. A taxa média anual no ACES foi de 40,9%;
- A taxa média anual de avaliação dos utentes com consulta de vigilância de enfermagem para o ACES foi de 56,7%;
- A taxa média anual de avaliação dos utentes DM com consulta de vigilância de enfermagem e a taxa média anual de avaliação do foco: gestão do regime terapêutico nos diabéticos são equivalentes em apenas três das unidades de saúde. Sendo que, a diferença entre as duas é superior a 20% em algumas das unidades.

Taxa de Avaliação do Foco: GRT HTA

Unidades	Ano 2016											Anual	
	Dezembro	Novembro	Outubro	Setembro	Agosto	Julho	Junho	Maiço	Abril	Março	Fevereiro		Janeiro
A	1,7%	1,6%	1,4%	1,4%	1,4%	1,3%	1,1%	1,1%	0,9%	0,5%	0,2%	0,2%	1,1%
B	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,3%	0,1%	0,1%	0,3%	0,5%
C	30,8%	29,5%	26,3%	21,2%	19,7%	18,2%	17,2%	14,8%	12,2%	9,4%	5,5%	2,7%	17,3%
D	6,0%	5,9%	5,4%	5,0%	4,9%	4,8%	4,6%	4,5%	4,1%	3,1%	1,9%	0,9%	4,3%
E	83,3%	82,5%	80,2%	77,9%	76,6%	75,4%	73,5%	69,7%	63,6%	53,2%	37,5%	20,5%	66,2%
F	78,7%	77,6%	75,7%	68,5%	64,0%	60,9%	56,3%	52,0%	47,0%	39,5%	27,7%	13,8%	55,0%
G	77,4%	76,4%	73,2%	70,3%	68,8%	67,8%	65,9%	59,8%	54,1%	45,7%	29,8%	13,7%	58,5%
H	41,2%	40,0%	36,3%	31,4%	30,2%	28,8%	26,9%	24,3%	21,0%	16,6%	9,1%	3,7%	25,8%
I	16,5%	15,9%	13,0%	7,8%	6,4%	6,3%	5,8%	5,0%	4,1%	3,3%	2,3%	0,6%	7,3%
J	40,8%	39,9%	38,4%	34,8%	32,3%	32,0%	31,2%	28,8%	25,5%	21,4%	13,4%	5,1%	28,6%
Total ACES													26,4%



Concluindo:

- As taxas médias anuais de avaliação do foco: GRT na HTA foram inferiores a 8% em cinco das unidades funcionais, inferiores a 30% em três das unidades e superiores a 50% (sem ultrapassar os 70%) nas restantes três unidades. A taxa média anual do ACES foi de 26,4%.

Questionário

A atividade de diagnóstico dos enfermeiros, utiliza como referência o MAIEC, integrando como subdomínios de diagnóstico a Participação Comunitária, a Liderança Comunitária e o Processo Comunitário.

Foco	Atividade de diagnóstico
Gestão comunitária	Avaliar gestão comunitária: Avaliar Liderança Comunitária Avaliar Participação Comunitária Avaliar Processo Comunitário
Processo Comunitário	Avaliar Processo Comunitário: Avaliar Coping Comunitário (membros/líder)
Participação Comunitária	Avaliar Participação Comunitária: Avaliar Processo do Grupo comunitário: Avaliar Parcerias; Avaliar Comunicação Avaliar Estruturas Organizativas
Liderança Comunitária	Avaliar Liderança Comunitária: Avaliar Conhecimento (Membros da comunidade/Líder); Avaliar Crenças (Membros da comunidade/Líder); Avaliar Volição (Membros da comunidade/Líder)

Resultados

- Liderança Comunitária comprometida
 - pela falta de um líder formal para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem em 72,5%;
 - por défice de conhecimentos sobre vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem em 82,5%.
- Participação Comunitária comprometida
 - por falta de parcerias em 72,5%;
 - por comunicação ineficaz entre as unidades do ACES relativamente à importância da documentação para o diagnóstico de saúde pública associado aos fenómenos de enfermagem em 77,5%;
 - por falta de estruturas organizativas em 87,5%.

Resultados

- Processo Comunitário comprometido
 - por falta de recursos em 77,5%;
 - por falta de formação sobre sistemas de informação e documentação em enfermagem em 72,5%.

Escala

A aplicação da escala, numa sessão de grupo focal, no sentido de avaliar o nível de empoderamento da comunidade do ACES para desenvolver a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, mostra também que a participação comunitária, a mobilização de recursos e as estruturas organizacionais são aspetos nos quais é necessário intervir.



Priorização dos diagnósticos

Desenvolvida em articulação com o Prof. Pedro Melo e com o Enf^o João Rodrigues, tendo como critérios a Magnitude, a Transcendência e a Vulnerabilidade dos problemas diagnosticados.

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

- O ODE tem como finalidade realizar vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem e contribuir para melhorar os indicadores de saúde pública.
- A equipa é composta pelos enfermeiros representantes dos conselhos técnicos das USF/UCSP (ou alguém em quem deleguem a participação neste projeto), enfermeiros da USP, coordenadores das UCC e membros da direção de enfermagem.

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

DO PRESENTE AO FUTURO...

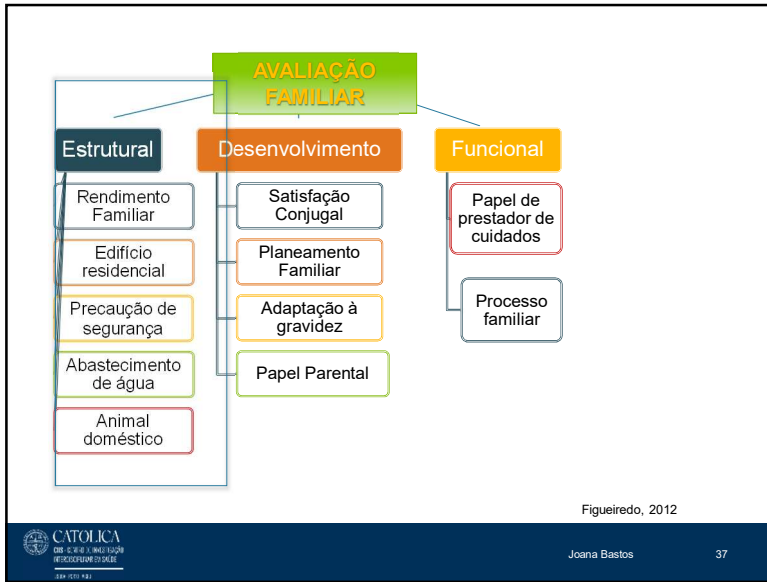
| Como diagnosticar/ documentar?



CATOLICA
CIIS - CENTRO DE INVESTIGAÇÃO
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

LISBOA - PORTO - VISEU

MDAIF- Dimensão Estrutural



DA ATIVIDADE DIAGNÓSTICA ÀS INTERVENÇÕES

CATOLICA
1864-1910-2018
FACULDADE DE PSICOLOGIA

Joana Bastos 38

Foco	Rendimento Familiar " (...) relação entre os recursos económicos previsíveis e a capacidade para assegurar a segurança e satisfação das necessidades básicas dos membros da família." p. 271
Juizo	Insuficiente/ Não Insuficiente
Crítérios de diagnóstico	Rendimento Familiar Insuficiente se Origem do rendimento familiar (Escala de Graffar) se situar no grau 4 ou grau 5 e/ou Conhecimento sobre gestão do rendimento de acordo com despesas familiares Não Demonstrado
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Rendimento Familiar Insuficiente	Promover a gestão do rendimento familiar Requerer serviços sociais (técnica de serviço social) Orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social)

CATOLICA
1864-1910-2018
FACULDADE DE PSICOLOGIA

Joana Bastos 39

Foco	Edifício Residencial "(...) espaço habitacional onde reside a família e que lhe proporciona abrigo e protecção," p. 272
Juizo	Seguro/ Não seguro
Crítérios diagnósticos	Edifício residencial Não Seguro: Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 ou Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro não demonstrado
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Edifício residencial Não Seguro	Requerer serviço social (técnica de serviço social) Requerer serviços médicos (Autoridade de saúde concelhia) Orientar a família para serviços sociais (técnica de serviço social, autarquia, etc.)

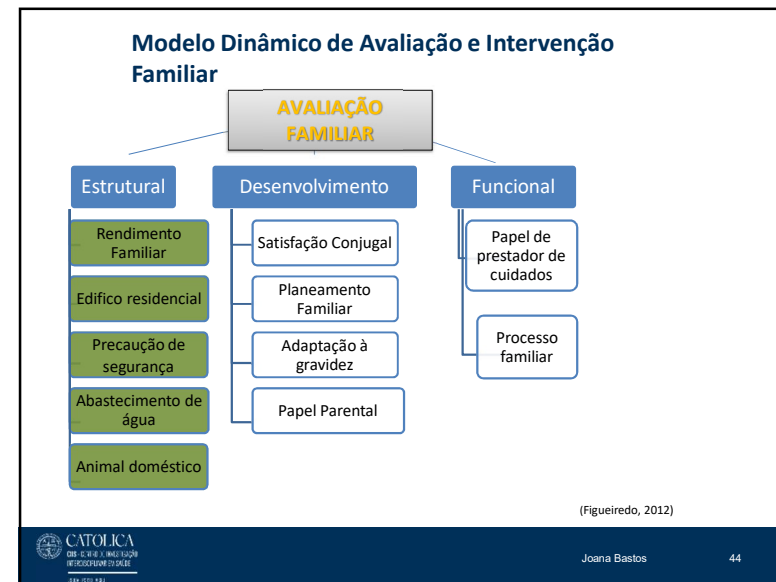
CATOLICA
1864-1910-2018
FACULDADE DE PSICOLOGIA

Joana Bastos 40

Foco	Edifício Residencial “(...) espaço habitacional onde reside a família e que lhe proporciona abrigo e protecção,” p. 272
Juízo	Negligenciado/ Não negligenciado
Critérios de diagnóstico	Edifício residencial negligenciado: Se Higiene da Habitação NÃO e/ou Conhecimento sobre governo da casa Não demonstrado e/ou Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional Não demonstrado
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Edifício residencial negligenciado	Ensinar sobre riscos de edifício residencial não seguro Ensinar sobre riscos de deficiente higiene habitacional Promover governo da casa Reforçar o governo da casa Instruir a família sobre governo da casa Motivar a família para governo da casa Requerer serviços sociais (IPSS)

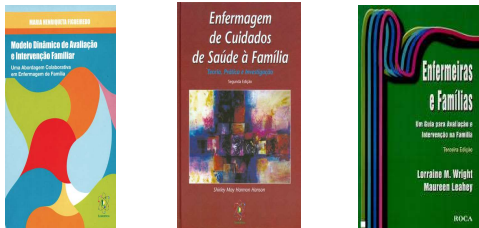
Foco	Precaução de Segurança “ (...) competências da família direccionadas para a manutenção da segurança do ambiente visando a prevenção de riscos provenientes de acidentes ou perigo que comprometam a saúde dos membros da família.” p.273
Juízo	Demonstrado/Não Demonstrado
Critérios de diagnóstico	Precaução de Segurança Não Demonstrada se: •Existência de Barreiras arquitectónicas e/ou Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de adaptação às barreiras arquitectónicas •Aquecimento Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento para aquecimento e/ou •Utilização de gás doméstico Sim e Conhecimento não demonstrado sobre utilização de equipamento
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Precaução de Segurança Não Demonstrada	•Ensinar sobre utilização de equipamento para aquecimento •Ensinar sobre utilização de equipamento de gás •Ensinar sobre utilização de equipamento eléctrico •Negociar sobre utilização de equipamento para aquecimento •Negociar sobre utilização de equipamento de gás •Negociar sobre utilização de equipamento eléctrico •Motivar para estratégias de adaptação às barreiras arquitectónicas •Orientar para serviços da comunidade

Foco	Abastecimento de Água “ (...) acessibilidade de água potável essencial para a manutenção das condições necessárias à promoção da saúde. Este toma maior relevo quando é utilizada água de rede privada para consumo humano.” p.274
Juízo	Adequado/Não Adequado
Critérios de diagnóstico	Abastecimento de Água Não Adequado se: •Utilização da água de rede privada para consumo humano e a família NÃO efectua o controlo de qualidade e/ou •Conhecimento não demonstrado sobre controlo da qualidade e/ou •Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água
Diagnóstico	Intervenções Sugeridas
Abastecimento de Água Não Adequado	Ensinar sobre a importância do controlo da qualidade da água Instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água Orientar para serviços de controlo da qualidade da água

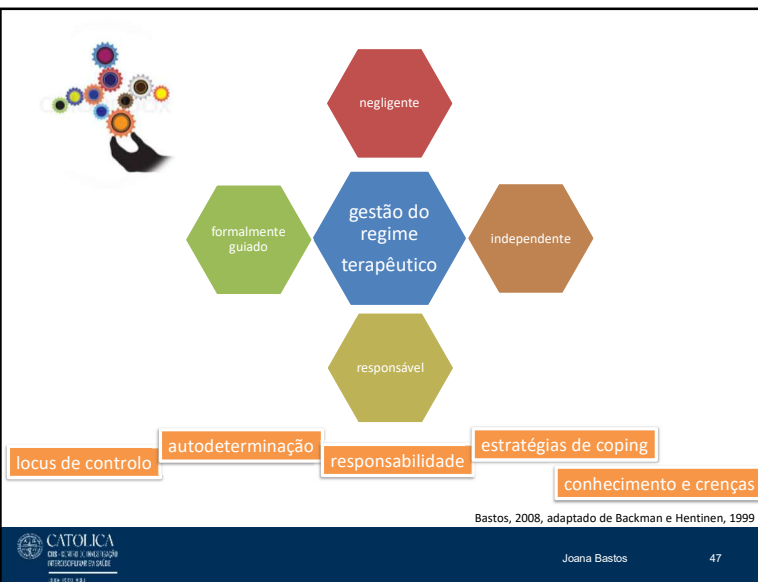


(Figueiredo, 2012)

| Leituras recomendadas



GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO



Tomada de decisão clínica – Doença Crónica

FOCO: Gestão do Regime Terapêutico

Critérios de diagnóstico: Gestão do regime terapêutico comprometida se conhecimento não demonstrado ou adesão não demonstrada.

Dimensões de Diagnóstico	Atividade de diagnóstico	Diagnósticos	Intervenções
Conhecimento	Avaliar conhecimento: - Regime dietético; - Regime de Exercício; - Regime medicamentoso	Adesão ao regime (gestão do regime terapêutico) comprometido/não demonstrado; Conhecimento sobre... demonstrado/não demonstrado	Ensinar/Informar
Adesão	- Avaliar adesão	... : Adesão não demonstrada	Promover adesão/ Advogar

Obrigada pela Atenção!

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Designação do Curso:

Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem

Fundamentação:

(explicar sucintamente a opção estratégica, o projeto, a situação/problema que originam a necessidade de formação)

Integrado no projeto de investigação Modelo de Avaliação e Empoderamento Comunitário (MAIEC)- a comunidade como cliente dos enfermeiros, do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa, este curso de formação pretende responder às necessidades de intervenção no contexto do Diagnóstico desenvolvido no ACeS, onde identificámos os domínios de empoderamento fragilizados para possibilitar a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem bem como uma gestão comunitária comprometida, com alterações evidentes na liderança comunitária, na participação comunitária e no processo comunitário da comunidade ACeS. Tendo como convicção o evidente contributo dos Enfermeiros para os indicadores de Saúde Pública da região, pretendemos com esta formação iniciar o caminho para demonstrar a evidência deste contributo.

Objetivos a atingir:

- Identificar os diagnósticos de enfermagem, de acordo com o MAIEC, da USP no âmbito da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem no ACeS;
- Identificar conceitos associados à Epidemiologia e aos Sistemas de Informação em Enfermagem;
- Identificar as estratégias de documentação dos diagnósticos de enfermagem em análise pela Unidade de Saúde Pública;
- Identificar estratégias para participar ativamente no desenvolvimento do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem (ODE) do ACeS;

Conteúdo Programático:

- Diagnóstico de situação MAIEC do ACeS para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem;
- Epidemiologia e Determinantes de Saúde: contributos dos diagnósticos de Enfermagem;
- Os Sistemas de Informação em Enfermagem e a produção de indicadores em Saúde Pública;
- O Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem (ODE): do presente ao futuro.

Destinatários:

Enfermeiros dos Conselhos Técnicos das USF/UCSP (ou alguém em quem deleguem a participação neste projecto);
Coordenadores das UCC;
Membros da Direção de Enfermagem;

Explicitar o perfil do destinatário: (ex: Funções exercidas/pré-requisitos/etc.)

Deve assumir um papel ativo no futuro Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS.

N.º de Horas por ação:

2 horas

Plano de Sessão

Unidade:	Formadores: Joana Bastos/ Pedro Melo/ João Rodrigues
Título: Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem	
Destinatários: Enfermeiros dos Conselhos Técnicos das USF/UCSP (ou alguém em quem deleguem a participação neste projecto); Coordenadores das UCC; Membros da Direção de Enfermagem;	
Data: 27/10/2017	
Objetivo geral:	
<ul style="list-style-type: none"> • Promover a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem no ACeS. 	
Objetivo específico:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar os diagnósticos de enfermagem, de acordo com o MAIEC, da USP no âmbito da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem no ACeS; ✓ Identificar conceitos associados à Epidemiologia e aos Sistemas de Informação em Enfermagem; ✓ Identificar as estratégias de documentação dos diagnósticos de enfermagem em análise pela Unidade de Saúde Pública; ✓ Identificar estratégias para participar ativamente no desenvolvimento do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem (ODE) do ACeS. 	

Fases	Conteúdos	Métodos e Técnicas	Meios a utilizar
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Enquadramento do projecto 	Método expositivo/ exposição	Videoprojector
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de situação MAIEC do ACeS para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem; • Epidemiologia e Determinantes de Saúde: contributos dos diagnósticos de Enfermagem; • Os Sistemas de Informação em Enfermagem e a produção de indicadores em Saúde Pública; • O Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem (ODE): do presente ao futuro. 	Método expositivo/exposição Método activo/ debate interativo Método demonstrativo/demonstração	Videoprojector
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese dos assuntos abordados. 	Método expositivo/exposição	Videoprojector

		Método interrogativo/diálogo interrogado	
--	--	--	--

Avaliação

Qualidade:

Aplicação de um questionário aos destinatários para avaliar a satisfação sobre a formação, no fim da mesma.

Formativa: será avaliada a posteriori, de acordo com os procedimentos previstos no projecto MAIEC do CIIS da Universidade Católica Portuguesa (projecto disponível para consulta).

APÊNDICE 34

REGULAMENTO DO ODE

Regulamento do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

Unidade de Saúde Pública do ACES

Artigo 1º

Denominação e sede

O Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem (designado por ODE) está sediado na Unidade de Saúde Pública do ACeS.

Artigo 2º

Finalidades

O ODE tem como finalidades:

- Realizar a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem do ACeS;
- Contribuir para melhorar os indicadores de saúde pública em geral e os de enfermagem em saúde pública em particular.
- Contribuir na formação e consultoria para a documentação dos diagnósticos de enfermagem no ACeS.

Artigo 3º

Competências

São competências do ODE:

- Realizar a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem no ACeS;
- Proceder à divulgação dos resultados de estudos epidemiológicos no âmbito dos diagnósticos de enfermagem no ACeS;
- Providenciar consultoria às Unidades Funcionais e de Gestão no que se refere à vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem;
- Providenciar consultoria no contexto da priorização dos diagnósticos de enfermagem a ser alvo de intervenção nos Planos Locais de Saúde;
- Desenvolver investigação no contexto da Epidemiologia e Planeamento em Saúde no contexto dos diagnósticos de Enfermagem.

Artigo 4º

Estruturas

O ODE é constituído por 3 estruturas:

Coordenação;

Conselho Técnico;
Conselho Consultivo.

Artigo 5º

Coordenação

São membros da Coordenação do ODE:

O Diretor Executivo do ACeS que preside;

A Presidente da Direção de Enfermagem do ACeS;

O Enfermeiro da USP nomeado pelo Diretor Executivo do ACeS.

Deve a coordenação nomear o secretário da Coordenação que realiza as atas das reuniões da coordenação e substitui o presidente na sua ausência.

Artigo 6º

Competências da Coordenação

Compete à Coordenação do ODE:

- Deliberar sobre os membros que constituem os Conselhos Técnico e Consultivo, nomeando-os ou exonerando-os;
- Convocar as reuniões gerais do ODE;
- Aprovar o Plano de Atividades e Orçamento do ODE;
- Representar o ODE junto do ACeS e da Sociedade. Pode a Coordenação 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.
- Participar na elaboração do Diagnóstico Local de Saúde e no Plano Local de Saúde.

Artigo 7º

Conselho Técnico

São membros do Conselho Técnico:

- O enfermeiro da USP membro da Coordenação do ODE, que preside;
- Os enfermeiros da USP;
- Os enfermeiros dos conselhos técnicos das USF/UCSP/UCC;
- Os coordenadores das UCC;

- Os membros da Direção de Enfermagem.

Deve o Conselho Técnico nomear um secretário, de entre os seus membros, que realiza as atas das suas reuniões e substitui o presidente na sua ausência.

Artigo 8º

Competências do Conselho Técnico

Compete ao Conselho Técnico:

- Convocar as suas reuniões através do seu presidente;
- Elaborar o plano de vigilância epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem no ACeS;
- Realizar o Plano de Atividades e Orçamento do ODE;
- Participar nas atividades técnicas e de formação propostas no Plano de Atividades;
- Realizar o relatório periódico do ODE;
- Realizar os relatórios e demais publicações relacionadas com as atividades do ODE.

Artigo 9º

Conselho Consultivo

São membros do Conselho Consultivo:

- Elementos que a título individual ou institucional sejam convidados ou nomeados para integrar o ODE.

Artigo 10º

Competências do Conselho Consultivo

Compete ao Conselho Consultivo:

- Colaborar com o ODE no desenvolvimento das suas atribuições, com consultoria e participação nas atividades formativas, técnicas e de investigação;
- Participar nas reuniões do Conselho Técnico sempre que convocados pelo presidente;
- Participar nas reuniões da Coordenação sempre que convocados pelo Diretor Executivo.

Artigo 11º

Funcionamento

- a) O ODE realiza reunião geral ordinária com uma periodicidade anual ou sempre que convocado pela coordenação.

- b) O Conselho Técnico reúne semestralmente e deve entregar o Plano de Atividades e Orçamento à coordenação até ao dia 30 de novembro de cada ano.
- c) A Coordenação do ODE reúne anualmente em dezembro para aprovar o Plano de Atividades e Orçamento para o ano seguinte e sempre que considerar necessário para o desenvolvimento das suas competências.
- d) O Plano de Atividades é realizado durante cada ano pelos membros do Conselho Técnico com a colaboração do Conselho Consultivo, caso considerem necessário.

Artigo 12º

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 do Diretor Executivo.

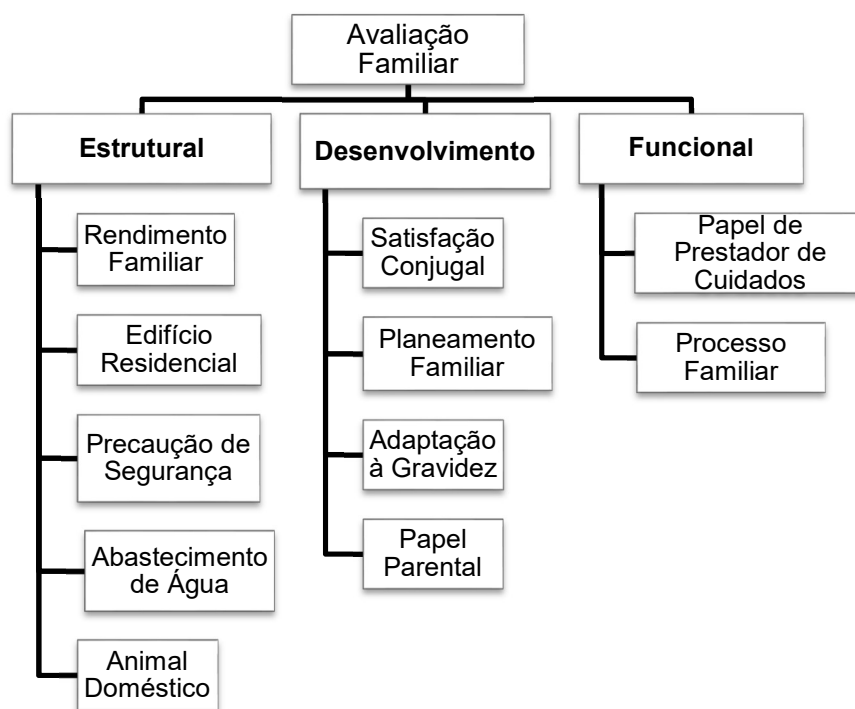
APÊNDICE 35

ESTUDO DE CASO COM APLICAÇÃO DO MDAIF

A Sra. S.O. de 83 anos de idade, reformada, recebe visitas domiciliárias 3 dias por semana por parte da equipa de enfermagem da USF para a realização de tratamento de úlceras de pressão. Esta utente é dependente em todos os autocuidados: higiene, vestir, uso do sanitário, posicionar, transferir e alimentar, vive com a filha, o genro e o neto, sendo que a filha I. S. é a sua cuidadora.

Desta forma, foi realizada a avaliação desta família de acordo com o MDAIF, na sua dimensão estrutural e funcional, nomeadamente ao nível do papel de prestador de cuidados, que é apresentada em forma de esquema.

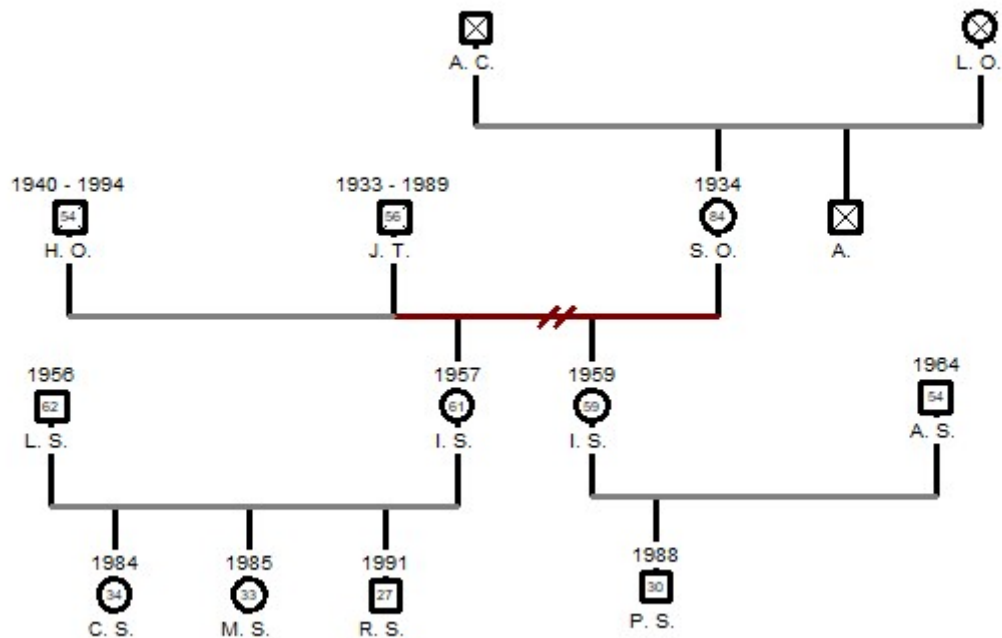
MODELO DINÂMICO DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO FAMILIAR



DIMENSÃO ESTRUTURAL

Composição familiar

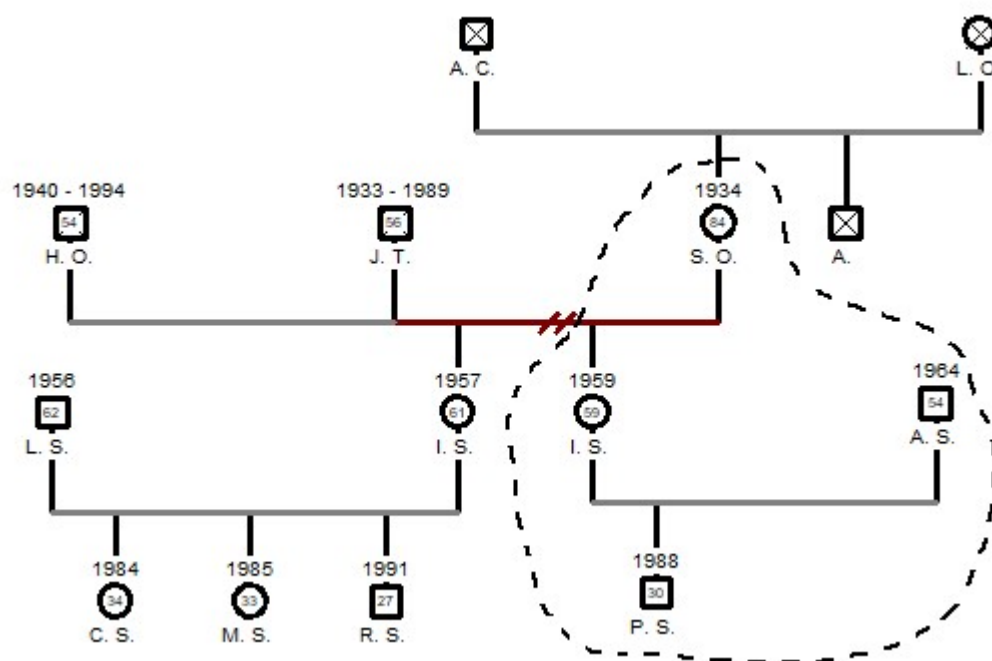
Genograma



Tipo de Família:

- Casal: Heterossexual ___ Homossexual ___
- Família nuclear
- Família reconstruída
- Família monoparental
 - Monoparental liderada pelo homem
 - Monoparental liderada pela mulher
- Coabitação
- Família Institucional
- Comuna
- Unipessoal
- Alargada**

Ecomapa



A Sra. S. O. apresenta um **vínculo relacional forte** com a filha I. S. e também com a instituição de saúde (USF), nomeadamente com a sua Enfermeira de Família.

1. Classe Social (Escala de Graffar e critérios relativos ao tipo de habitação)

Critérios relativos ao Tipo de Habitação

Grau 1 – espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural + 3 dos seguintes critérios (casa com dumóptica; court de ténis; condomínio privado; acabamentos de luxo; peças de decoração raras e caras; piscina; ginásio)

Grau 2 – – espaçosa + bem conservada + aquecimento central/ ar condicionado + eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural

Grau 3 – casa de banho, cozinha, sala e quartos + bem conservada + eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + água/saneamento básico/ eletricidade + boa ventilação + luz natural

Grau 4 – condições exíguas (espaços muito pequenos) + Mau estado de Conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem todos os Eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, esquentador/cilindro/caldeira, máquina de lavar roupa) + escassa ventilação + sem um dos seguintes elementos: água/ saneamento básico/eletricidade + escassa ventilação + luz natural

Grau 5- + Barraca Mau estado de conservação (humidade, paredes e soalho em mau estado) + sem ventilação + condições exíguas (espaços muito pequenos) + sem água/saneamento básico/eletricidade + sem ventilação + sem luz natural

NOTAÇÃO SOCIAL DA FAMÍLIA (GRAFFAR ADAPTADO)

GRAUS	PROFISSÃO	INSTRUÇÃO	ORIGEM DO RENDIMENTO FAMILIAR	TIPO DE HABITAÇÃO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	PONTUAÇÃO			POSIÇÃO SOCIAL
						c/5 itens	c/4 itens	c/3 itens	
1	<ul style="list-style-type: none"> - Gr. Industriais e Comerciantes - Gestores de topo do sector público ou privado (> 500 empregados) - Professores Universitários (com Doutoramento) - Brigadeiro/General/Marechal - Profissões liberais de topo - Altos dirigentes políticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Licenciatura - Mestrado - Doutoramento 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucros de empresas, de propriedades - Heranças - Rendimentos profissionais de elevado nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar luxuoso, espaçoso e máximo de conforto 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona residencial elegante 	<ul style="list-style-type: none"> 5 4 3 ↑ ↓ 9 7 	<ul style="list-style-type: none"> 4 3 ↑ ↓ 7 	<ul style="list-style-type: none"> 1 CLASSE ALTA 	<ul style="list-style-type: none"> DATA: ___/___/___
2	<ul style="list-style-type: none"> - Médios Industriais e Comerciantes - Dirigentes de médias empresas - Agricultores / Proprietários - Dirigentes intemédios e quadros técnicos do sector público ou privado - Oficiais das Forças Armadas - Profissões liberais - Professores Ens. Básico - Professores Ens. Secundário - Professores Universitários (3/ Doutoramento) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bacharelato ou Curso Superior c/duração ≤ 3 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes o salário mínimo nacional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar bastante espaçoso e confortável 	<ul style="list-style-type: none"> - Bom local 	<ul style="list-style-type: none"> 10 8 4 ↑ ↓ 13 10 6 	<ul style="list-style-type: none"> 8 4 ↑ ↓ 10 6 	<ul style="list-style-type: none"> II CLASSE MÉDIA ALTA 	<ul style="list-style-type: none"> DATA: ___/___/___
3	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Industriais e Comerciantes - Quadros médios; Chefes de Seção - Emp. Escritório (grau 1) - Médios agricultores - Sargentos e equiparados 	<ul style="list-style-type: none"> - 12º Ano - Nove ou mais anos de escolaridade 	<ul style="list-style-type: none"> - Vencimentos certos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar em bom estado de conservação, cozinha e casa de banho, electrodomésticos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> - Zona intermédia 	<ul style="list-style-type: none"> 14 11 7 ↑ ↓ 17 13 9 	<ul style="list-style-type: none"> 11 7 ↑ ↓ 13 9 	<ul style="list-style-type: none"> III CLASSE MÉDIA 	<ul style="list-style-type: none"> DATA: ___/___/___
4	<ul style="list-style-type: none"> - Peq. Agricultores/Rendeiros - Emp. Escritório (grau 4) - Operários semi-qualificados - Funcionários públicos e membros das F.A. ou militarizadas de nível ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade ≥ 4 anos e < 9 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Remunerações ≤ ao salário mínimo nacional - Pensionistas ou Reformados - Vencimentos incertos 	<ul style="list-style-type: none"> - Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com electrodomésticos de menor nível 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro social / operário - Zona antiga 	<ul style="list-style-type: none"> 18 15 10 ↑ ↓ 21 16 12 	<ul style="list-style-type: none"> 14 10 ↑ ↓ 16 12 	<ul style="list-style-type: none"> IV CLASSE MÉDIA BAIXA 	<ul style="list-style-type: none"> DATA: ___/___/___
5	<ul style="list-style-type: none"> - Assalariados agrícolas - Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler ou escrever - Escolaridade < 4 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Assistência (subsídios) - RMG 	<ul style="list-style-type: none"> - Impróprio (barraca, andar ou outro) - Coabitação de várias famílias em situação de precariedade 	<ul style="list-style-type: none"> - Bairro de lata ou equivalente 	<ul style="list-style-type: none"> 22 17 13 ↑ ↓ 25 20 15 	<ul style="list-style-type: none"> 17 13 ↑ ↓ 20 15 	<ul style="list-style-type: none"> V CLASSE BAIXA 	<ul style="list-style-type: none"> DATA: ___/___/___

Fonte: Graffar - "Une méthode de classification sociale d'échantillons de population" Courcier, Septembre, 1956, Vol. VI - nº 8 Marcel Graffar, pp. 455 - 459
Adaptado em 1990 e actualizado em 2001 pelo Sr. Dr. Fausto Amaro .

Profissão: grau 4; Instrução: grau 4; Rendimento Familiar: grau 3; Tipo de Habitação: grau 3; Local de Residência: grau 2; Pontuação: 16; **Classe Social Média: grau III.**

2. Edifício Residencial

Tipo:

Barraca

Habitação Social

Apartamento

Vivenda ou Moradia

Outro (especificar): _____

Divisões:

Cozinha: **SIM** NÃO

Sala: **SIM** NÃO

Quartos: **SIM** NÃO N° de quartos 3

Casa de Banho: **SIM** NÃO N° de casas de banho (dentro/fora) 2

Barreiras arquitetónicas: SIM **NÃO**

Se SIM, quais: _____

Aquecimento: SIM **NÃO**

Tipo de Aquecimento:

Central

Aquecedor a gás

Aquecedor elétrico

Lareira

Cobertor elétrico

Abastecimento de Gás: **SIM** NÃO

Tipo de abastecimento de gás

Gás canalizado

Gás de botija

Higiene da Habitação:

Habitação espaçosa: SIM **NÃO**

Habitação conservada: **SIM** NÃO

Ventilação: **Boa** Escassa Sem ventilação

3. Sistema de Abastecimento

Abastecimento de água

Não tem

Rede Pública

Rede Privada (poço)

Rede Mista

Em caso de utilização da água da rede privada para consumo humano:

Controle da qualidade da água: SIM NÃO

Serviço de Tratamento de resíduos (Saneamento básico):

Rede Pública

Fossa séptica

Não tem

Serviço de Eletricidade: **SIM** NÃO

4. Ambiente Biológico

Animal Doméstico: **SIM** NÃO

Se SIM, qual ou quais: Gato_____

Vacinação: **SIM** NÃO

Desparasitação: **SIM** NÃO

Observações (higiene do animal; higiene do local circundante; se está ou não dentro da habitação; etc.):

O gato encontra-se dentro da habitação.

DIMENSÃO FUNCIONAL

MEMBRO DA FAMÍLIA DEPENDENTE SIM NÃO

Dependência em:

- **Autocuidado Higiene**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

- Membro da família**

Se Sim, quem: _____

- Membro da família extensa
- Vizinho
- Ajudante de saúde
- Outro

Especificar: **Filha**

- **Autocuidado Vestuário**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

- Membro da família**

Se Sim, quem: _____

- Membro da família extensa
- Vizinho
- Ajudante de saúde
- Outro

Especificar: **Filha**

- **Autocuidado Comer**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

- Membro da família**

Se Sim, quem: _____

- Membro da família extensa
- Vizinho
- Ajudante de saúde
- Outro

Especificar: **Filha**

- **Autocuidado Beber**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

- Membro da família**

Se Sim, quem: _____

- Membro da família extensa
- Vizinho
- Ajudante de saúde
- Outro

Especificar: **Filha**

○ **Autocuidado Ir ao sanitário**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro

Especificar: **Filha**

○ **Autocuidado Comportamento sono-reposo**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro

Especificar: **Filha**

○ **Autocuidado Atividade de lazer**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro

Especificar: **Filha**

○ **Autocuidado Atividade Física**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro

Especificar: **Filha**

○ **Autocuidado Gestão do Regime Terapêutico**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

Membro da família extensa

Vizinho

Ajudante de saúde

Outro
Especificar: **Filha**

o **Autovigilância**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

- Membro da família extensa
- Vizinho
- Ajudante de saúde
- Outro

Especificar: **Filha**

o **Autoadministração de medicamentos**

SIM NÃO

Prestador de cuidados:

Membro da família

Se Sim, quem: _____

- Membro da família extensa
- Vizinho
- Ajudante de saúde
- Outro

Especificar: **Filha**

Se o prestador de cuidados não for membro da família:

Iltrado: SIM NÃO

Profissão: _____

Contato: _____

Papel de prestador de cuidados

1. Conhecimento do papel

a) Conhecimento / Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre Autocuidado Higiene

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de banho.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de banho.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica de lavagem dos dentes.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a utilização do fio dentário.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a utilização do fio dentário.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a periodicidade da lavagem dos dentes.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo (lavar, pentear, escovar).

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre higiene do cabelo.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de fanerotomia.

SIM NÃO Especificar: _____

b) Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Vestuário

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a adequação o vestuário ao clima.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de vestir.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica para vestir.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de despir.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre a técnica para despir.

SIM NÃO Especificar: _____

c) **Conhecimento do prestador / Aprendizagem de cuidados sobre Autocuidado Comer**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão alimentar adequado.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a preparação de alimentos.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a técnica de alimentação (oral, SNG).

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação.

SIM NÃO Especificar: _____

d) **Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Beber**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de ingestão de líquidos adequado.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de líquidos.

SIM NÃO Especificar: _____

e) **Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado ir ao sanitário**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos.

SIM NÃO Especificar: _____

f) **Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado comportamento sono-reposo**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de um sono reparador.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a organização das horas de sono e repouso.

SIM NÃO Especificar: _____

g) **Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade recreativa**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de manter atividades de lazer.

SIM NÃO Especificar: _____

h) **Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autocuidado Atividade física**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre padrão de exercício adequado.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização (sentar-se, transferir-se, rodar-se, pôr-se de pé).

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnicas de mobilização.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre equipamentos adaptativos.

SIM NÃO Especificar: _____

i) **Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Gestão do regime terapêutico**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre medidas de prevenção de complicações.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre regime medicamentoso.

SIM NÃO Especificar: _____

j) **Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autovigilância**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre sinais de hipoglicemia /hiperglicemia.

SIM NÃO Especificar: __ Não se aplica _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar.

SIM NÃO Especificar: _____ Não se aplica _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da glicemia capilar.

SIM NÃO Especificar: _____ Não se aplica _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial.

SIM NÃO Especificar: _____ Não se aplica _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre vigilância da tensão arterial.

SIM NÃO Especificar: _____ Não se aplica _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância dos pés.

SIM NÃO Especificar: _____ Não se aplica _____

k) **Conhecimento do prestador de cuidados / Aprendizagem de Habilidades sobre Autoadministração de medicamentos**

Conhecimento do prestador de cuidados sobre a importância de estimular a independência.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre armazenamento seguro dos medicamentos.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre terapêutica prescrita.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos.

SIM NÃO Especificar: _____

Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre técnica de administração de medicamentos.

SIM NÃO Especificar: _____

Conhecimento do prestador de cuidados sobre eliminação adequada de medicamentos.

SIM NÃO Especificar: _____

2. Comportamento de adesão

O Prestador de cuidados estimula a independência do membro da família dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

O Prestador de cuidados promove higiene adequada ao membro da família dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

O Prestador de cuidados promove a utilização de vestuário adequado ao membro da família dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

O Prestador de cuidados promove ingestão nutricional adequada ao membro da família dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

A família adquiriu equipamentos adaptativos para a utilização do sanitário pelo membro dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

O Prestador de cuidados promove comportamento sono-reposo adequado ao membro da família dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

O Prestador de cuidados promove atividades recreativas adequadas ao membro da família dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

O Prestador de cuidados promove padrão de exercício adequado ao membro da família dependente.

SIM NÃO Especificar: _____

O Prestador de cuidados assiste o membro da família dependente na autovigilância.

SIM NÃO Especificar: _____

3. Consenso do Papel

SIM NÃO _____

Se NÃO especificar : _____

4. Conflitos do Papel

SIM **NÃO** _____

Se SIM especificar : _____

5. Saturação do Papel

SIM **NÃO** _____

Se SIM especificar : _____

Processo Familiar

Comunicação familiar

1. Comunicação emocional

Quem na família expressa mais sentimentos.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: **Filha**

Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão de sentimentos.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Aceitação da família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Impacto que os sentimentos de cada um têm na família.

FAVORÁVEL NÃO FAVORÁVEL Se NÃO FAVORÁVEL, especificar: _____

2. Comunicação verbal / não verbal

Todos na família são claros e diretos no discurso, ou seja e cada u, compreende de forma clara o que os outros dizem.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Todos na família se expressam claramente quando comunicam (verbal e não verbal) com os outros.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

3. Comunicação circular

Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na família.

SIM **NÃO** Se NÃO Especificar: _____

Impacto que tem na família a forma como cada um se expressa.

FAVORAVEL **NÃO FAVORAVEL** Se NÃO FAVORÁVEL, especificar: _____

Coping familiar

1. Solução de problemas

Quem na família expressa mais os sentimentos.

Filha

Quem tem a iniciativa para os resolver.

Filha

Existe discussão sobre os problemas na família.

SIM **NÃO** Se NÃO Especificar: _____

Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se discutem os problemas.

SIM **NÃO** Se NÃO Especificar: _____

A família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas.

SIM **NÃO** Se NÃO Especificar: _____

Experiências anteriores positivas da família na resolução de problemas.

SIM **NÃO** Se NÃO Especificar: _____

Papéis familiares

1. Interação de Papéis Familiares

o Papel de provedor

Quem desempenha. Filha

Consenso do papel.

SIM **NÃO** Se NÃO Especificar: _____

Conflitos do papel.

SIM **NÃO** Se SIM Especificar: _____

Saturação do papel.

SIM **NÃO** Se SIM Especificar: _____

○ **Papel de gestão financeira**

Quem desempenha. **Filha**

Consenso do papel.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Conflitos do papel.

SIM **NÃO** Se SIM Especificar: _____

Saturação do papel.

SIM **NÃO** Se SIM Especificar: _____

○ **Papel de cuidado doméstico**

Quem desempenha. **Filha**

Consenso do papel.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Conflitos do papel.

SIM **NÃO** Se SIM Especificar: _____

Saturação do papel.

SIM **NÃO** Se SIM Especificar: _____

○ **Papel recreativo**

Quem desempenha. **Filha**

Consenso do papel.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Conflitos do papel.

SIM **NÃO** Se SIM Especificar: _____

Saturação do papel.

SIM **NÃO** Se SIM Especificar: _____

○ **Papel de parente**

Quem desempenha. **Filha**

Consenso do papel.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

Conflitos do papel.

SIM **NÃO** Se SIM Especificar: _____

Saturação do papel.

SIM **NÃO** Se SIM Especificar: _____

Relação dinâmica

1. Influência e Poder

Membro com maior poder na família.

Filha

Satisfação da família relativamente à influência de cada membro nos comportamentos dos outros.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

2. Alianças e Uniões

Existem na família alianças entre alguns dos seus membros.

SIM **NÃO** Se SIM Especificar: _____

Os membros da família mantem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua opinião.

SIM NÃO Se NÃO Especificar: _____

3. Coesão e adaptabilidade da família

Escala de FACES II

○ **Coesão**

Desmembrada

Separada

Ligada

Muito ligada

○ **Adaptabilidade**

Rígida

Estruturada

Flexível

Muito flexível

○ **Tipo de família**

Muito equilibrada

Equilibrada

Meio-termo

Extrema

APÊNDICE 36

ESTUDO DE CASO DE UM DOENTE DIABÉTICO

O Sr. J.L. de 62 anos de idade, eletricitista de profissão, foi diagnosticado com Diabetes Mellitus tipo I em 2011, sendo seguido nas consultas de vigilância nesta USF. O utente não apresenta outros antecedentes pessoais de relevo, não é fumador e ingere bebidas alcoólicas apenas às refeições. Como medicação habitual o utente faz metformina + sitagliptina (1000 + 50 mg) comprimidos, atorvastatina 20 mg comprimidos, bromazepam 3 mg comprimidos e insulina lispro (solúvel + protamina) 100 U/ml (suspensão injetável em caneta pré-cheia).

Este utente seguido nas consultas de Saúde do Adulto – Programa Nacional da Diabetes apresenta os seguintes diagnósticos de enfermagem:

Foco - Comportamento de procura de saúde:

- Comportamento de procura de saúde demonstrado;

Foco - Adesão à vacinação:

- Adesão à vacinação demonstrado;

Foco - Auto - Vigilância:

- Conhecimento sobre auto-vigilância da glicemia capilar demonstrado;

Foco - Úlcera:

- Conhecimento sobre prevenção de úlcera de pé diabético demonstrado;
- Risco de úlcera diabética, em grau reduzido;

Foco - Gestão do Regime Terapêutico:

- Sem gestão do regime terapêutico comprometida;
- Conhecimento sobre regime dietético demonstrado;
- Conhecimento sobre regime de exercício demonstrado;
- Conhecimento sobre regime medicamentoso demonstrado;
- Capacidade para gerir o regime dietético demonstrada;
- Capacidade para gerir o regime de exercício demonstrada;
- Capacidade para gerir o regime medicamentoso demonstrada.

As principais intervenções de enfermagem realizadas durante a consulta são a monitorização da glicemia capilar, frequência cardíaca, tensão arterial, perímetro abdominal, altura, peso corporal e o índice de massa corporal; ensinar sobre gestão do regime terapêutico, hábitos alimentares, exercício físico, regime medicamentoso, prevenção de úlcera do pé, instruir a auto-vigilância do pé e a cortar as unhas dos pés; avaliar a adesão à

vacinação, a gestão do regime terapêutico, o conhecimento sobre auto-vigilância da glicemia capilar e o risco de úlcera diabética.

Em relação ao risco de úlcera diabética é realizada a anamnese do utente no sentido de perceber se existem complicações tardias, tabagismo, conhecimento não demonstrado sobre auto-vigilância, condições socioeconómicas deficientes, uso de calçado e meias inadequados e é realizado um exame a cada pé para avaliar se a integridade cutânea se encontra alterada, a presença de edema, se existem deformidades dos pés, sinais de neuropatia ou isquemia, antecedentes pessoais de úlcera e antecedentes pessoais de amputação de membro inferior. Em relação a este utente, que apresenta baixo risco de úlcera diabética, esta vigilância deverá ser anual.

Este utente é capaz de descrever a dieta recomendada, os alimentos a evitar e as orientações sobre a preparação dos alimentos; o tipo, a frequência e a intensidade de exercício, os equipamentos de proteção e segurança adequados ao tipo de exercício; o armazenamento dos medicamentos, os efeitos secundários e o efeito do medicamento pretendido. Adequa a dieta e explica as razões da dieta recomendada, adequa o tipo, a frequência e a intensidade de exercício em função das necessidades ou restrições, adquire e ajusta o horário e a dose dos medicamentos. Demonstra conhecimentos sobre os fatores de risco e sinais de úlcera de pé diabético e realiza auto-vigilância dos pés.

ANEXOS

**ANEXO 1- FÓRMULAS PARA CÁLCULO
DAS TAXAS DE AVALIAÇÃO DA MATRIZ OPERATIVA DO
MDAIF**

Projeto: Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma acção transformativa em Cuidados de Saúde Primários

INDICADORES DE GANHOS EM SAÚDE

FOCO	DIAGNÓSTICO	INDICADOR	FÓRMULA	PERIODICIDADE
Avaliação Estrutural				
Dimensão Estrutural		Taxa de avaliação familiar	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias avaliadas na dimensão estrutural}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias}} \times 100$ (Registos completos em pelo menos duas áreas de atenção desta dimensão)	Semestral
Composição familiar		Taxa de avaliação	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias avaliadas na composição familiar}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias}} \times 100$	Semestral
Tipo de família		Taxa de avaliação	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias avaliadas no tipo de família}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias}} \times 100$	Semestral
Família extensa		Taxa de avaliação	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias avaliadas em família extensa}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias}} \times 100$	Semestral
Sistemas mais amplos		Taxa de avaliação	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias avaliadas em sistemas mais amplos}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias}} \times 100$	Semestral
Classe social		Taxa de avaliação	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias avaliadas em sistemas mais amplos}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias}} \times 100$	Semestral
Edifício residencial (ER)		Taxa de avaliação	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias avaliadas em ER}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias}} \times 100$	Semestral
	Edifício residencial não seguro (ERNS) Edifício residencial Negligenciado (ERN)	Taxa de prevalência	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias com ERNS}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias com ERN}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias}} \times 100$	Anual
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias com diagnóstico positivado em ER}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com ER}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias com diagnóstico positivado em RN}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com RN}} \times 100$	Anual
Rendimentp (RM)	Rendimentp Familiar insuficiente (RMI)	Taxa de avaliação	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias avaliadas em RM}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias}} \times 100$	Semestral
		Taxa de prevalência	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias com RFI}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias}} \times 100$	Anual
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de famílias com diagnóstico positivado em RFI}}{\text{N}^\circ \text{ total de famílias com RFI}} \times 100$	Anual

Precaução de Segurança (PS)	Precaução de Segurança não demonstrada (PSND)	Taxa de avaliação Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias avaliadas em PS/Nº total de famílias X 100 Nº. de famílias com PSND/Nº total de famílias X 100 Nº. de famílias com diagnóstico positivado em PS/Nº total de famílias com PSND x 100	Semestral Anual Anual
Abastecimento de Água (AA)	Abastecimento de Água não adequado (AANA)	Taxa de avaliação Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias avaliadas em AA/Nº total de famílias X 100 Nº. de famílias com AANA/Nº total de famílias X 100 Nº. de famílias com diagnóstico positivado em AA/Nº total de famílias com AANA x 100	Semestral Anual Anual
Animal Doméstico (AD)	Animal Doméstico negligenciado (ADN)	Taxa de avaliação Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias avaliadas em AD/Nº total de famílias X 100 Nº. de famílias com ADN/Nº total de famílias X 100 Nº. de famílias com diagnóstico positivado em AA/Nº total de famílias com AAN x 100	Semestral Anual Anual
Avaliação de Desenvolvimento				
Dimensão Desenvolvimento		Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas na dimensão desenvolvimento /Nº total de famílias X 100 (Registos completos em pelo menos uma area de atenção desta dimensão)	Semestral
Satisfação conjugal (SC)	Satisfação conjugal não mantida (SCNM)	Taxa de avaliação Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias avaliadas em SC/Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100 Nº. de famílias com SCNA/Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100 Nº. de famílias com diagnóstico positivado em SC/Nº total de famílias com SCNM x 100	Semestral Anual Anual
	1) Relação Dinâmica (RD) Relação Dinâmica disfuncional (RDD)	Taxa de avaliação Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com RDD/Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100 Nº. de famílias com diagnóstico positivado em RD /Nº total de famílias com RDD x 100	Anual Anual
	2) Comunicação (C) Comunicação não eficaz (CNE)	Taxa de avaliação Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com CNE/Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100 Nº. de famílias com diagnóstico positivado em C /Nº total de famílias com CNE x 100	Anual Anual
	3) Interação Sexual (IS)	Taxa de avaliação	Nº. de famílias com ISNA/Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100	Anual

	Interação Sexual não adequada (ISNA)	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em IS /Nº total de famílias com ISNA x 100	Anual
	4) Função Sexual (FS) Função Sexual comprometida (FSC)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com FSC/Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100 Nº. de famílias com diagnóstico positivado em FS /Nº total de famílias com FSC x 100	Anual Anual
Planeamento Familiar (PF)	Planeamento Familiar não eficaz (PFNE)	Taxa de avaliação Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias avaliadas em PF/Nº total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil X 100 Nº. de famílias com PFNE/Nº total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil X 100 Nº. de famílias com diagnóstico positivado em PF/Nº total de famílias com PFNE x 100	Semestral Anual Anual
	1) Fertilidade (F) Fertilidade comprometida (FC)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com FC/Nº total de famílias com subsistema conjugal em idade fértil X 100 Nº. de famílias com diagnóstico positivado em F /Nº total de famílias com FC x 100	Anual Anual
	2) Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional (CVPC) Conhecimento sobre vigilância pré-concepcional não demonstrado (CVPCND)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com CVPC/ND/Nº total de famílias com subsistema conjugal que pretendem ter mais filhos X 100 Nº. de famílias com diagnóstico positivado em CNPC /Nº total de famílias com CVPC/ND x 100	Anual Anual
	3) Uso de Contraceptivo (UC) Uso de Contraceptivo não adequado (UCNA)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com UC/NA/Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100 Nº. de famílias com diagnóstico positivado em UC /Nº total de famílias com UCNA x 100	Anual Anual
	4) Conhecimento sobre reprodução (CR) Conhecimento sobre reprodução não demonstrado (CRND)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com CR/ND/Nº total de famílias com subsistema conjugal X 100 Nº. de famílias com diagnóstico positivado em CR /Nº total de famílias com CRND x 100	Anual Anual
Adaptação à gravidez	Adaptação à gravidez não adequada (AGNA)	Taxa de avaliação Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias avaliadas em AG/Nº total de famílias com subsistema conjugal e gravidez X 100 Nº. de famílias com AGNA/Nº total de famílias com subsistema conjugal e gravidez X 100 Nº. de famílias com diagnóstico positivado em AG/Nº total de famílias com AGND x 100	Semestral Anual Anual
	1) Conhecimento (C)	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com C/ND/Nº total de famílias com subsistema conjugal e	Anual

	do diagnóstico	x 100	Anual
<u>Papel parental (família com filhos na escola):</u>	Papel parental não adequado (PPNA)	Taxa de avaliação Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias avaliadas em PP/Nº total de famílias com subsistema parental X 100 Nº. de famílias com PPNA/Nº total de famílias com subsistema parental X 100 Nº. de famílias com diagnóstico positivado em PP/Nº total de famílias com PPNA x 100
	1) Conhecimento do Papel (CP) Conhecimento do Papel (CPND)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Anual Anual
	2) Comportamento de adesão (CA) Comportamento de adesão não demonstrado (CAND)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Anual Anual
	3) Adaptação da família à escola (AFE) Adaptação da família à escola não eficaz (AFENE)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Anual Anual
	4) Consenso do papel (CP) Consenso do papel não (CPN)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Anual Anual
	5) Conflitos do papel (CP) Conflitos do papel sim (CPS)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Anual Anual
	6) Saturação do Papel Saturação do Papel (SPS)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Anual Anual
<u>Papel parental (família com filhos adolescentes)</u>	Papel parental não adequado (PPNA)	Taxa de avaliação Taxa de prevalência Modificação positiva no estado	Semestral Anual Anual

		do diagnóstico	PPNA x 100	
	1) Conhecimento do Papel (CP)	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com CPND/Nº total de famílias com subsistema parental X 100	Anual
	Conhecimento do Papel (CPND)	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em CP/Nº total de famílias com CPND x 100	Anual
	2) Comportamento de adesão (CA)	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com CAND/Nº total de famílias com subsistema parental X 100	Anual
	Comportamento de adesão não demonstrado (CAND)	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em CA/Nº total de famílias com CAND x 100	Anual
	3) Consenso do papel (CP)	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com CPN/Nº total de famílias com subsistema parental X 100	Anual
	Consenso do papel não (CPN)	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em CP/Nº total de famílias com CPN x 100	Anual
	4) Conflitos do papel (CP)	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com CPS/Nº total de famílias com subsistema parental X 100	Anual
	Conflitos do papel sim (CPS)	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em CP/Nº total de famílias com CPS x 100	Anual
	5) Saturação do Papel	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com SPS/Nº total de famílias com subsistema parental X 100	Anual
	Saturação do Papel (SPS)	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em SP/Nº total de famílias com SPS x 100	Anual
	Papel parental não adequado (PPNA)	Taxa de avaliação	Nº. de famílias avaliadas em PP/Nº total de famílias com subsistema parental X 100	Semestral
		Taxa de prevalência	Nº. de famílias com PPNA/Nº total de famílias com subsistema parental X 100	Anual
		Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em PP/Nº total de famílias com PPNA x 100	Anual
	1) Conhecimento do Papel (CP)	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com CPND/Nº total de famílias com subsistema parental X 100	Anual
	Conhecimento do Papel (CPND)	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em CP/Nº total de famílias com CPND x 100	Anual
	2) Comportamento de adesão (CA)	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com CAND/Nº total de famílias com subsistema parental X 100	Anual
	Comportamento de adesão não	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em CA/Nº total de famílias com CAND x 100	Anual
<u>Papel parental (Família com adultos):</u>				

Avaliação Funcional	Dimensão Funcional	demonstrado (CAND)					
		3) Consenso do papel (CP) Consenso do papel não (CPN)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com CPN/Nº total de famílias com subsistema parental X 100 Nº. de famílias com diagnóstico positivado em CP/Nº total de famílias com CPN x 100	Nº. de famílias com subsistema parental X 100	Anual	
		4) Conflitos do papel (CP) Conflitos do papel sim (CPS)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com CPS/Nº total de famílias com subsistema parental X 100 Nº. de famílias com diagnóstico positivado em CP/Nº total de famílias com CPS x 100	Nº. de famílias com subsistema parental X 100	Anual	
		5) Saturação do Papel Saturação do Papel (SPS)	Taxa de prevalência Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com SPS/Nº total de famílias com subsistema parental X 100 Nº. de famílias com diagnóstico positivado em SP/Nº total de famílias com SPS x 100	Nº. de famílias com subsistema parental X 100	Anual	
Papel de Prestador de Cuidados (PPC)	Dimensão Funcional	Papel de Prestador de Cuidados não adequado (PPCNA)	Taxa de avaliação familiar	Nº. de famílias avaliadas na dimensão funcional /Nº total de famílias X 100 (Registos completos em pelo menos uma área de atenção desta dimensão)	Semestral		
		1) Conhecimento do Papel (CP) Conhecimento do Papel (CPND)	Taxa de avaliação	Nº. de famílias avaliadas em PPC/Nº total de famílias com membro dependente X 100	Semestral		
			Taxa de prevalência	Nº. de famílias com PPCNA/Nº total de famílias com membro dependente X 100	Anual		
		2) Comportamento de adesão (CA) Comportamento de adesão não demonstrado (CAND)	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em PPC/Nº total de famílias com PPCNA x 100	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em CP/Nº total de famílias com CPND x 100	Anual	
			Taxa de prevalência	Nº. de famílias com CPND/Nº total de famílias com subsistema parental X 100	Nº. de famílias com subsistema parental X 100	Anual	
		3) Consenso do papel (CP) Consenso do papel não (CPN)	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em CA/Nº total de famílias com CAND x 100	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em CP/Nº total de famílias com CPND x 100	Anual	
			Taxa de prevalência	Nº. de famílias com CAND/Nº total de famílias com subsistema parental X 100	Nº. de famílias com subsistema parental X 100	Anual	
		4) Conflitos do papel (CP)	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com CPN/Nº total de famílias com subsistema parental X 100	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em CP/Nº total de famílias com CPN x 100	Anual	
			Taxa de prevalência	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em CP/Nº total de famílias com CPN x 100	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em CP/Nº total de famílias com CPN x 100	Anual	

	Conflitos do papel sim (CPS)	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em CP/Nº total de famílias com CPS x 100	Anual
	5) Saturação do Papel	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com SPS/Nº total de famílias com subsistema parental X 100	Anual
	Saturação do Papel (SPS)	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em SP/Nº total de famílias com SPS x 100	Anual
Processo Familiar (PF)	Processo Familiar Disfuncional (PFD)	Taxa de avaliação Taxa de prevalência	Nº. de famílias avaliadas em PF/Nº total de famílias X 100 Nº. de famílias com PFD/Nº total de famílias X 100	Semestral
	1) Comunicação Familiar (CF)	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em PF/Nº total de famílias com PFD x 100	Anual
	Comunicação Familiar não eficaz (CFD)	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com CFD/Nº total de famílias X 100	Anual
	2) Coping Familiar (CF)	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em CF/Nº total de famílias com CPD x 100	Anual
	Coping Familiar não eficaz(CFNE)	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com CFNE/Nº total de famílias X 100	Anual
	3) Interação de papéis (IP)	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em CF/Nº total de famílias com CFNE x 100	Anual
	Interação de papéis não eficaz (IPNE)	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com IPNE/Nº total de famílias X 100	Anual
	Interação de papéis conflitual (IPC)	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em IP/Nº total de famílias com IPNE x 100 Nº. de famílias com diagnóstico positivado em IP/Nº total de famílias com IPC x 100	Anual
	4) Relação Dinâmica (RD)	Taxa de prevalência	Nº. de famílias com IPNE/Nº total de famílias X 100	Anual
	Relação Dinâmica disfuncional (RDD)	Modificação positiva no estado do diagnóstico	Nº. de famílias com diagnóstico positivado em RD/Nº total de famílias com RDD x 100	Anual

**ANEXO 2 – FÓRMULAS PARA CÁLCULO
DAS TAXAS DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE
CONTRATUALIZAÇÃO DA ACSS**

036

Código	Código SIARS	Nome abreviado
6.16.02	2013.036.01	Proporção utentes DM com registo de GRT

Designação

Proporção de utentes com diabetes, com registo de gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano

Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "gestão do regime terapêutico".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes, com registo da gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes com registo da gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Existe pelo menos um novo registo de gestão do regime terapêutico nos 3 itens (hábitos alimentares, hábitos de exercício físico e regime medicamentoso), ou manutenção do estado ativo, efetuado por um dos enfermeiros da unidade de saúde, nos últimos 12 meses (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa](#) na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico médico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

Observações Gerais

A. O registo resultante da avaliação no âmbito da gestão do regime terapêutico varia em função do software e versões disponibilizadas. Existe todavia, de forma transversal, a necessidade de avaliar e registar dados relativos às componentes:

- Exercício físico/regime de exercício.
- Hábitos alimentares/regime alimentar.
- Regime medicamentoso.

A forma como devem ser registados os dados, em função do software, está operacionalizada em OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico sem normalização:

A. A leitura deste indicador é baseada nos registos da [Especificação] do [Fenómeno].

Apenas são contabilizados fenómenos parametrizados a partir do registo da CIPE (versão beta) com o código 1A.1.1.2.2.1.1.9.1.5 (Gestão do Regime Terapêutico).

O indicador não verifica o juízo associado ao fenómeno, isto é, não verifica se foi ou não "demonstrado". Apenas verifica se ao longo do período em análise do indicador existem registos de GRT para cada um dos 3 eixos avaliados:

- Conhecimento sobre exercício físico. A expressão "exercício físico" pode estar escrita com ou sem acentos. A expressão "exercício físico" pode ser substituída pela expressão "atividade física" ou pela expressão "atividade física".
- Conhecimento sobre hábitos alimentares. A palavra "hábitos" pode estar escrita com ou sem acentos. A expressão "hábitos alimentares" pode ser substituída pela palavra "alimentação" ou pela expressão "regime alimentar".

- Conhecimento sobre regime medicamentoso. A expressão "regime medicamentoso" pode ser substituída pela palavra "medicamento" ou pela palavra "fármaco" (com ou sem acentos).

Esta ação não implica que seja necessário dar termo aos diagnósticos anteriores. É possível proceder a um novo registo, mantendo o histórico de diagnósticos.

SAPE/SClínico com normalização:

A leitura deste indicador é baseada nos registos da intervenção de enfermagem "Avaliar gestão do regime terapêutico" (código 9004025), onde se encontram especificados dados relativos às componentes:

- Capacidade para gerir regime de exercício.
- Capacidade para gerir regime dietético.
- Capacidade para gerir regime medicamentoso.

A intervenção "Avaliar gestão do regime terapêutico" (código 9004025) está disponível no [SClínico com normalização], associada ao foco de atenção "Gestão do Regime Terapêutico".

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de diabetes pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido"

B. O registo de GRT nos 3 eixos (exercício físico, alimentação e terapêutica) pode ser feito no módulo de diabetes, devendo ser assinaladas as 3 "checkbox". Não é necessário que as 3 estejam assinaladas no mesmo dia.

VITACARE

A. AVALIAÇÃO DE GRT - ATIVIDADE FÍSICA

Contabiliza caso haja registo de alguma das seguintes intervenções de enfermagem:

1. Consulta de Enfermagem - Intervenções - Diabetes - Analisar sobre auto-cuidado atividade física

- a. Analisar sobre auto-cuidado atividade física
- b. Incentivar a atividade física
- c. Negociar o tipo de atividade física
- d. Ensinar sobre atividade física aconselhada
- e. Ensinar sobre importância da atividade física no controle da diabetes

2. Consulta de Enfermagem - Intervenções - Hipertensão - Intervenções/Ensinos

- a. Educar sobre hábitos de exercício
- b. Incentivar a atividade física

B. AVALIAÇÃO DE GRT - ALIMENTAÇÃO

Contabiliza caso haja registo de alguma das seguintes intervenções de enfermagem:

1. Consulta de Enfermagem - Intervenções - Diabetes - Analisar sobre auto-cuidado alimenta-se

- a. Planear alimentação equilibrada
- b. Incentivar à alimentação equilibrada
- c. Ensinar sobre hábitos alimentares
- d. Instruir sobre elaboração de refeições equilibradas
- e. Facultar informação escrita sobre como alimentar-se

C. AVALIAÇÃO DE GRT - MEDICAÇÃO

Contabiliza caso haja registo de alguma das seguintes intervenções de enfermagem:

1. Consulta de Enfermagem - Intervenções - Diabetes - Ensinar sobre auto-cuidado: Adesão ao regime terapêutico

- a. Identificar a razão para não aderir ao regime terapêutico
- b. Facilitar a iniciativa para comportamentos de adesão
- c. Encorajar a tomada de decisão
- d. Encorajar a tomada de decisão relativa a comportamentos de adesão
- e. Incentivar adesão ao regime terapêutico
- f. Negociar adesão ao regime terapêutico
- g. Negociar com a pessoa um contrato de saúde
- h. Elogiar adesão ao regime terapêutico
- i. Orientar para serviços de saúde.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.
 - Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Dezembro de 2012

Área Subárea Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

Legenda

DM - Diabetes Mellitus; GRT - Gestão de Regime Terapêutico

037

Código

6.19.01

Código SIARS

2013.037.01

Nome abreviado

Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano

Designação

Proporção de utentes com diabetes, com consulta de enfermagem de vigilância em diabetes no último ano

Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "consulta de vigilância de enfermagem".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes, com consulta de vigilância de enfermagem.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes com consulta de vigilância de enfermagem.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Existe pelo menos uma consulta de enfermagem de vigilância de diabetes (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS), nos últimos 12 meses.

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa](#) na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico médico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

Observações Gerais

A. Para se considerar uma [Consulta de Enfermagem de Vigilância] em diabetes, é necessária a existência de registos compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]:

- [C006](#) | Consulta de enfermagem de vigilância - SClínico/SAPE

- [C012](#) | Consulta de enfermagem de vigilância - MedicineOne

- [C018](#) | Consulta de enfermagem de vigilância - VitaCare

Nota 1: Nas normas [C006](#), [C012](#) e [C018](#), os códigos CIPE-B2 que podem ser usados para codificar [diagnósticos de enfermagem] ou [intervenções de enfermagem] são os que se especificam em [\[Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE\] > \[E009 | Vigilância em diabetes\]](#)

Nota 2: Na norma [C012](#), os códigos ICPC-2 específicos de diabetes, que podem ser usados para a classificar como "problema de saúde da consulta" são o T89 ou o T90 ou sub-rubricas.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de diabetes pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.
INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"
- Numerador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.
- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Dezembro de 2012

Área Subárea Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho Gestão da Doença Diabetes Mellitus	Ano de 2017: [85; 100]	Ano de 2017: [80; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

Legenda

DM - Diabetes Mellitus

043

Código

6.34.01

Código SIARS

2013.043.01

Nome abreviado

Proporção DM c/ acompanham. adequado

Designação

Proporção de utentes com diabetes, com acompanhamento adequado

Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes.

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes com acompanhamento de acordo com as normas da DGS.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes com acompanhamento adequado.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F e G e H e I e J e K e L] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos 2 consultas médicas de vigilância da diabetes, realizadas nos últimos 12 meses, uma em cada semestre (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE).

C. Com pelo menos uma pressão arterial registada no último semestre (ver alíneas C, D, E e I de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE).

D. Com pelo menos uma pressão arterial registada no penúltimo semestre (ver alíneas C, D, E e I de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE).

E. Que tenham pelo menos um registo parametrizado do IMC e do peso, medidos nos últimos 12 meses (ver alíneas J, K, L, M e R de OBSERVAÇÕES GERAIS).

F. Que tenham pelo menos um registo parametrizado de estatura, realizado após os 20 anos de idade do utente, ou nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (ver alíneas J, K, L e M de OBSERVAÇÕES GERAIS).

G. Com pelo menos um registo de HgbA1c no último semestre (ver alíneas F, G, H e I de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE).

H. Com pelo menos um registo de HgbA1c no penúltimo semestre (ver alíneas F, G, H e I de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE).

I. O último resultado registado de HgbA1c é inferior ou igual a 8.0% (ver alíneas F, G, H e N de OBSERVAÇÕES GERAIS).

J. Ter pelo menos um resultado de microalbuminúria (ou análise equivalente), realizada nos últimos 12 meses (ver alínea O de OBSERVAÇÕES GERAIS).

K. Ter pelo menos um resultado de colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos, realizados nos últimos 24 meses (ver alínea P de OBSERVAÇÕES GERAIS).

L. Existe pelo menos um registo de exame dos pés, realizado nos últimos 12 meses (ver alínea Q de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa](#) na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. O diagnóstico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", durante pelo menos os 190 dias que antecedem a data de referência do indicador (metodologia período em análise flutuante) ou pelo menos desde 7 dias antes do início de cada semestre (período em análise fixo) (ver alínea I de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para se contabilizar uma [Consulta Médica de Vigilância] em diabetes, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes

conceitos de [consulta]:

- [C003](#) | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico:

- [C009](#) | Consulta médica de vigilância - MedicineOne

- [C015](#) | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas [C003](#), [C009](#) e [C015](#), os códigos ICPC-2 específicos de diabetes, que podem ser usados para a classificar como "problema de saúde da consulta" são o T89 ou o T90 ou sub-rubricas.

B. Apenas se contabiliza uma consulta médica por utente por dia;

C. São contabilizados no numerador os registos de pressão arterial realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

D. Só se contabilizam registos de pressão arterial em que tanto a pressão sistólica como a diastólica tenham sido avaliadas e registadas na mesma data.

E. Não se contabilizam registos de pressão arterial realizados em texto livre no SOAP;

F. O código da tabela de MCDT, válido para registar HgbA1c é o A531.2. Quando esta análise for efetuada na unidade de saúde (utilizando doseadores próprios) a mesma pode ser registada em campo(s) específicos criados pelas aplicações de registo clínico para o efeito. O registo é válido se for realizado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

G. Apenas se contabilizam HgbA1c com resultado registado.

H. A data que deve ser usada para verificar se a HgbA1c está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise.

I. Pela metodologia de cálculo [período em análise flutuante], os utentes com diabetes diagnosticados de novo só são incluídos no denominador 190 dias (6 meses e 7 dias) após o registo do diagnóstico, por forma a que existam 7 dias para a realização da primeira HgbA1c ainda naquele que será o 1º semestre do indicador calculado a 31 de Dezembro. Pela metodologia [período em análise fixo], determina-se que quando a data de referência do indicador pertence ao 1º semestre, o diagnóstico de diabetes deve ser anterior a 25 de dezembro do ano precedente e que quando a data de referência do indicador pertence ao 2º semestre, o diagnóstico de diabetes deve ser anterior a 24 de junho do ano em curso.

J. Quando a unidade de observação é o médico ou a unidade de saúde, são contabilizados no numerador os utentes com registos de peso realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde. Quando a unidade de observação é o ACES, são contabilizados no numerador os utentes com registos de peso realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro de qualquer unidade de saúde.

K. Os registos de estatura podem ter sido registados por qualquer médico, interno ou enfermeiro de qualquer unidade de saúde (independentemente da unidade de observação do indicador).

L. Os registos de IMC, peso e estatura podem ser realizados nos módulos ou programas de hipertensão, diabetes, planeamento familiar e saúde materna. Podem também ser registados noutros módulos das aplicações destinadas a registar parâmetros do exame objetivo, tal como especificado em OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE. Não são contabilizados registos de texto livre no O do SOAP.

M. Não é obrigatório que o peso e altura sejam registados no mesmo dia. O peso deve ser registado durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. A estatura deve estar registada pelo menos uma vez com data de medição posterior aos 20 anos de idade, ou, caso o utente tenha menos de 21 anos, deve existir um registo nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador.

N. Se em determinada data existir um resultado de HgbA1c que cumpra a condição H do numerador (resultado de HgbA1c no último semestre) e também a condição J (inferior ou igual a 8.0%) e posteriormente a essa data e ainda antes da data de referência do indicador, existir uma requisição de HgbA1c ainda sem resultado, tal não invalida que se contabilize o utente no numerador. No entanto, se até 30 dias após a data de referência do indicador, o resultado dessa HgbA1c for registado e for superior a 8.0%, esse utente já não pode ser incluído no numerador.

O. Os códigos da tabela de MCDT, válidos para registar microalbuminúria (ou análise equivalente) são os seguintes: A560.6 (microalbuminúria), A1318.2 (Albumina de baixa concentração) e A596.7 (proteinúria). O código da microalbuminúria A560.6 permite requisitar a [microalbuminúria de 24 horas], a [microalbuminúria de 12 horas] e a [microalbuminúria em amostra de urina]. Quando esta análise for efetuada na unidade de saúde (utilizando p.e. o Micralteste) a mesma pode ser registada em campo(s) específicos criados pelas aplicações de registo clínico para o efeito. Apenas se contabilizam microalbuminúrias ou as proteinúrias com resultado registado. A data que deve ser usada para verificar se a microalbuminúria está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise. O registo é válido se for realizado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

P. Os códigos da tabela de MCDT, válidos para o colesterol total, para o colesterol HDL e para os triglicéridos são respetivamente o A1029.9, o A412.0 e o A620.3. A data que deve ser usada para verificar se estas análises estão ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo, até 30 dias após a data de referência do indicador. As análises podem ser requisitadas em documentos diferentes. A data de realização das 3 análises pode ser diferente.

Q. O [exame de pés] pode ser registado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

R. Não é obrigatório que os profissionais registem manualmente o valor do IMC. Basta que existam registos do peso e da estatura conforme descrito nas REGRAS DE CÁLCULO. Os sistemas de informação calculam de forma automática o IMC.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. O IMC, o peso e a estatura podem ser registados neste sistema.

B. A pressão arterial pode ser registada neste sistema.

SAM/SClínico:

A. O IMC, o peso e a estatura podem ser registados na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes, saúde materna e planeamento familiar.

B. A pressão arterial pode ser registada na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes, saúde materna e planeamento familiar.

C. A microalbuminúria pode ser registada no módulo de MCDT e em campos específicos existentes na ficha de hipertensão e na ficha de diabetes.

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de diabetes pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

B. A HgbA1c pode ser registada nos seguintes locais do MedicineOne:

- Módulo de análises - Análise "Hemoglobina glicada"

- Módulo Diabetes - Campo "Hemoglobina glicada"

C. A HgbA1c podem ser registados quer no módulo de análises quer no módulo de MCDT. O SIARS apenas contabiliza os registados no módulo de análises.

D. A pressão arterial pode ser registada nos seguintes locais do MedicineOne (campos de PA sistólica e PA diastólica):

- Biometrias;

- Módulo de hipertensão;

- Módulo de diabetes;

- Módulo de saúde materna;

- Módulo de planeamento familiar;

E. A proteinúria, o colesterol total, o colesterol HDL, os triglicéridos e a HgbA1c podem ser registados quer no módulo de análises quer no módulo de MCDT. O SIARS contabiliza-os quando registados em qualquer deles.

F. A microalbuminúria pode ser requisitada e registada quer através do módulo de análises quer através do módulo de MCDT. O SIARS contabiliza-os quando registados em qualquer deles.

G. A microalbuminúria pode também ser registada nos campos criados para o efeito quer no módulo de hipertensão, quer no módulo de diabetes.

H. O IMC, o peso e a estatura podem ser registados nas biometrias e nos módulos de hipertensão, diabetes, saúde materna e planeamento familiar.

I. Os registos de exame dos pés devem ser realizados no módulo de diabetes, usando um dos campos seguintes: a) rastreio do pé; b) exames dos pés.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "1 consulta médica por semestre"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O último semestre corresponde aos 6 meses que antecedem a data de referência do indicador. O penúltimo semestre corresponde aos 6 meses anteriores. Por exemplo se a data de referência do indicador for 30-04-2012, o 1º semestre fica compreendido entre 01-05-2011 e 31-10-2011 e o 2º semestre entre 01-11-2011 e 30-04-2012.

- Numerador (variável "registo de pressão arterial em 2 semestres"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O último semestre corresponde aos 6 meses que antecedem a data de referência do indicador. O penúltimo semestre corresponde aos 6 meses anteriores. Por exemplo se a data de referência do indicador for 30-04-2012, o 1º semestre fica compreendido entre 01-05-2011 e 31-10-2011 e o 2º semestre entre 01-11-2011 e 30-04-2012.

- Numerador (variável "IMC"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "peso"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "estatura"): Ver REGRAS DE CÁLCULO.

- Numerador (variável "Registo de HgbA1c em 2 semestres"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O último semestre corresponde aos 6 meses que antecedem a data de referência do indicador. O penúltimo semestre corresponde aos 6 meses anteriores. Por exemplo se a data de referência do indicador for 30-04-2012, o 1º semestre fica compreendido entre 01-05-2011 e 31-10-2011 e o 2º semestre entre 01-11-2011 e 30-04-2012.

- Numerador (variável "HgbA1c inferior ou igual a 8,0%"): Duração de 6 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "microalbuminúria"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos"): Duração de 24 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "exame dos pés"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "Diabetes na lista de problemas"): Duração de 190 dias, terminando na data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "1 consulta médica por semestre"): Duração de 7 a 12 meses. Termina na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador pertence ao primeiro semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de julho e 31 de dezembro do ano precedente e o segundo semestre entre 1 de janeiro e 30 de junho do ano em curso. Quando a data de referência do indicador pertence ao segundo semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de janeiro e 30 de junho (do ano em curso) e o segundo semestre entre 1 de julho e 31 de dezembro (do ano em curso).

- Numerador (variável "registro de pressão arterial em 2 semestres"): Duração de 7 a 12 meses. Termina na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador pertence ao primeiro semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de julho e 31 de dezembro do ano precedente e o segundo semestre entre 1 de janeiro e 30 de junho do ano em curso. Quando a data de referência do indicador pertence ao segundo semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de janeiro e 30 de junho (do ano em curso) e o segundo semestre entre 1 de julho e 31 de dezembro (do ano em curso).

- Numerador (variável "IMC"): Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "peso"): Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "estatura"): Ver REGRAS DE CÁLCULO.

- Numerador (variável "Registo de HgbA1c em 2 semestres"): Duração de 7 a 12 meses. Termina na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador pertence ao primeiro semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de julho e 31 de dezembro do ano precedente e o segundo semestre entre 1 de janeiro e 30 de junho do ano em curso. Quando a data de referência do indicador pertence ao segundo semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de janeiro e 30 de junho (do ano em curso) e o segundo semestre entre 1 de julho e 31 de dezembro (do ano em curso).

- Numerador (variável "HgbA1c inferior ou igual a 8,0%"): Duração de 1 a 6 meses, terminando na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador se situa nos primeiros 6 meses do ano, o período em análise inicia-se a 1 de janeiro do ano em curso. Quando a data de referência do indicador se situa nos últimos 6 meses do ano, o período em análise inicia-se a 1 de julho do ano em curso.

- Numerador (variável "microalbuminúria"): Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos"): Duração de 13 a 24 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-1 e termina na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "exame dos pés"): Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.

- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "Diabetes na lista de problemas"): Duração de 1 mês e 7 dias a 6 meses e 7 dias, terminando na data de referência do indicador. Se a data de referência do indicador pertence ao 1º semestre, o período em análise inicia-se a 25 de Dezembro do ano precedente e o diagnóstico de diabetes deve estar registado como "ativo" na lista de problemas pelo menos desde essa data até à data de referência do indicador. Se a data de referência do indicador pertence ao 2º semestre, o período em análise inicia-se a 24 de junho do ano corrente e o diagnóstico de diabetes deve estar registado como "ativo" na lista de problemas pelo menos desde essa data até à data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Dezembro de 2013

Área Subárea Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise	30 dias

Legenda

HgbA1c - Hemoglobina glicosada; MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica; DM - Diabetes Mellitus

271	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.34.02	2013.271.01	Índice de acompanhamento adequado utentes DM

Designação

Índice de acompanhamento adequado em utentes com Diabetes Mellitus

Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes.

Descrição do Indicador

Índice com resultados possíveis numa escala entre 0 e 1, exprimindo o grau de acompanhamento dos utentes com diabetes mellitus, de acordo com as normas da DGS.

Numerador: Somatório do "score de acompanhamento" determinado para cada utente com Diabetes Mellitus inscrito. O "score de acompanhamento" de cada utente com Diabetes Mellitus inscrito pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com Diabetes Mellitus.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do "score de acompanhamento" determinado para cada diabético inscrito. O "score de acompanhamento" de cada diabético inscrito pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

O "score de acompanhamento" é calculado apenas para os utentes incluídos no denominador, somando, para cada utente, as ponderações das regras a seguir discriminadas que sejam verdadeiras.

Regra	Descrição de Regra	Ponder.
B	Ter pelo menos 2 consultas médicas de vigilância da diabetes, realizadas nos últimos 12 meses, uma em cada semestre (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE).	0,20
C	A condição [C1 e C2] é verdadeira: C1. Com pelo menos uma pressão arterial registada no último semestre (ver alíneas C, D, E e I de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE). C2. Com pelo menos uma pressão arterial registada no penúltimo semestre (ver alíneas C, D, E e I de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE).	0,12
E	Que tenham pelo menos um registo parametrizado do IMC e do peso, medidos nos últimos 12 meses (ver alíneas J, K, L, M e R de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,06
F	Que tenham pelo menos um registo parametrizado de estatura, realizado após os 20 anos de idade do utente, ou nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador (ver alíneas J, K, L e M de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,03
G	A condição [G1 e G2 e G3] é verdadeira: G1. Com pelo menos um registo de HgbA1c no último semestre (ver alíneas F, G, H e I de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE). G2. Com pelo menos um registo de HgbA1c no penúltimo semestre (ver alíneas F, G, H e I de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE). G3. O último resultado registado de HgbA1c é inferior ou igual a 8.0% (ver alíneas F, G, H e N de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,32

J	Ter pelo menos um resultado de microalbuminúria (ou análise equivalente), realizada nos últimos 12 meses (ver alínea O de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,06
K	Ter pelo menos um resultado de colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos, realizados nos últimos 24 meses (ver alínea P de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,06
L	Existe pelo menos um registo de exame dos pés, realizado nos últimos 12 meses (ver alínea Q de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,15

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa](#) na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. O diagnóstico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", durante pelo menos os 190 dias que antecedem a data de referência do indicador (metodologia período em análise flutuante) ou pelo menos desde 7 dias antes do início de cada semestre (período em análise fixo) (ver alínea I de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para se contabilizar uma [Consulta Médica de Vigilância] em diabetes, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]:

- [C003](#) | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico:

- [C009](#) | Consulta médica de vigilância - MedicineOne

- [C015](#) | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas [C003](#), [C009](#) e [C015](#), os códigos ICPC-2 específicos de diabetes, que podem ser usados para a classificar como "problema de saúde da consulta" são o T89 ou o T90 ou sub-rubricas.

B. Apenas se contabiliza uma consulta médica por utente por dia;

C. São contabilizados no numerador os registos de pressão arterial realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

D. Só se contabilizam registos de pressão arterial em que tanto a pressão sistólica como a diastólica tenham sido avaliadas e registadas na mesma data.

E. Não se contabilizam registos de pressão arterial realizados em texto livre no SOAP;

F. O código da tabela de MCDT, válido para registar HgbA1c é o A531.2. Quando esta análise for efetuada na unidade de saúde (utilizando doseadores próprios) a mesma pode ser registada em campo(s) específicos criados pelas aplicações de registo clínico para o efeito. O registo é válido se for realizado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

G. Apenas se contabilizam HgbA1c com resultado registado.

H. A data que deve ser usada para verificar se a HgbA1c está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise.

I. Pela metodologia de cálculo [período em análise flutuante], os utentes com diabetes diagnosticados de novo só são incluídos no denominador 190 dias (6 meses e 7 dias) após o registo do diagnóstico, por forma a que existam 7 dias para a realização da primeira HgbA1c ainda naquele que será o 1º semestre do indicador calculado a 31 de Dezembro. Pela metodologia [período em análise fixo], determina-se que quando a data de referência do indicador pertence ao 1º semestre, o diagnóstico de diabetes deve ser anterior a 25 de dezembro do ano precedente e que quando a data de referência do indicador pertence ao 2º semestre, o diagnóstico de diabetes deve ser anterior a 24 de junho do ano em curso.

J. Quando a unidade de observação é o médico ou a unidade de saúde, são contabilizados no numerador os utentes com registos de peso realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde. Quando a unidade de observação é o ACES, são contabilizados no numerador os utentes com registos de peso realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro de qualquer unidade de saúde.

K. Os registos de estatura podem ter sido registados por qualquer médico, interno ou enfermeiro de qualquer unidade de saúde (independentemente da unidade de observação do indicador).

L. Os registos de IMC, peso e estatura podem ser realizados nos módulos ou programas de hipertensão, diabetes, planeamento familiar e saúde materna. Podem também ser registados noutros módulos das aplicações destinadas a registar parâmetros do exame objetivo, tal como especificado em OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE. Não são contabilizados registos de texto livre no O do SOAP.

M. Não é obrigatório que o peso e altura sejam registados no mesmo dia. O peso deve ser registado durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. A estatura deve estar registada pelo menos uma vez com data de medição posterior aos 20 anos de idade, ou, caso o utente tenha menos de 21 anos, deve existir um registo nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador.

N. Se em determinada data existir um resultado de HgbA1c que cumpra a condição H do numerador (resultado de HgbA1c no último semestre) e também a condição J (inferior ou igual a 8.0%) e posteriormente a essa data e ainda antes da data de referência do indicador, existir uma requisição de HgbA1c ainda sem resultado, tal não invalida que se contabilize o utente no numerador. No entanto, se até 30 dias após a data de referência do indicador, o resultado dessa HgbA1c for registado e for superior a 8.0%, esse utente já não pode ser incluído no numerador.

O. Os códigos da tabela de MCDT, válidos para registar microalbuminúria (ou análise equivalente) são os seguintes: A560.6 (microalbuminúria),

A1318.2 (Albumina de baixa concentração) e A596.7 (proteinúria). O código da microalbuminúria A560.6 permite requisitar a [microalbuminúria de 24 horas], a [microalbuminúria de 12 horas] e a [microalbuminúria em amostra de urina]. Quando esta análise for efetuada na unidade de saúde (utilizando p.e. o Micralteste) a mesma pode ser registada em campo(s) específicos criados pelas aplicações de registo clínico para o efeito. Apenas se contabilizam microalbuminúrias ou as proteinúrias com resultado registado. A data que deve ser usada para verificar se a microalbuminúria está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise. O registo é válido se for realizado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

P. Os códigos da tabela de MCDT, válidos para o colesterol total, para o colesterol HDL e para os triglicéridos são respetivamente o A1029.9, o A412.0 e o A620.3. A data que deve ser usada para verificar se estas análises estão ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo, até 30 dias após a data de referência do indicador. As análises podem ser requisitadas em documentos diferentes. A data de realização das 3 análises pode ser diferente.

Q. O [exame de pés] pode ser registado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

R. Não é obrigatório que os profissionais registem manualmente o valor do IMC. Basta que existam registos do peso e da estatura conforme descrito nas REGRAS DE CÁLCULO. Os sistemas de informação calculam de forma automática o IMC.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

- A. O IMC, o peso e a estatura podem ser registados neste sistema.
- B. A pressão arterial pode ser registada neste sistema.
- C. O exame de enfermagem dos pés é documentado através da intervenção de enfermagem "Monitorizar o risco de úlcera do pé diabético" (SAPE/SClínico sem normalização) ou da intervenção "Avaliar risco de úlcera diabética" (9003994) (SClínico V2.0 com normalização).

SAM/SClínico:

- A. O IMC, o peso e a estatura podem ser registados na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes, saúde materna e planeamento familiar.
- B. A pressão arterial pode ser registada na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes, saúde materna e planeamento familiar.
- C. A microalbuminúria pode ser registada no módulo de MCDT e em campos específicos existentes na ficha de hipertensão e na ficha de diabetes.

MEDICINEONE:

- A. O diagnóstico de diabetes pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".
- B. A HgbA1c pode ser registada nos seguintes locais do MedicineOne:
 - Módulo de análises - Análise "Hemoglobina glicada"
 - Módulo Diabetes - Campo "Hemoglobina glicada"
- C. A HgbA1c podem ser registados quer no módulo de análises quer no módulo de MCDT. O SIARS apenas contabiliza os registados no módulo de análises.
- D. A pressão arterial pode ser registada nos seguintes locais do MedicineOne (campos de PA sistólica e PA diastólica):
 - Biometrias;
 - Módulo de hipertensão;
 - Módulo de diabetes;
 - Módulo de saúde materna;
 - Módulo de planeamento familiar;
- E. A proteinúria, o colesterol total, o colesterol HDL, os triglicéridos e a HgbA1c podem ser registados quer no módulo de análises quer no módulo de MCDT. O SIARS contabiliza-os quando registados em qualquer deles.
- F. A microalbuminúria pode ser requisitada e registada quer através do módulo de análises quer através do módulo de MCDT. O SIARS contabiliza-os quando registados em qualquer deles.
- G. A microalbuminúria pode também ser registada nos campos criados para o efeito quer no módulo de hipertensão, quer no módulo de diabetes.
- H. O IMC, o peso e a estatura podem ser registados nas biometrias e nos módulos de hipertensão, diabetes, saúde materna e planeamento familiar.
- I. Os registos de exame dos pés devem ser realizados no módulo de diabetes, usando um dos campos seguintes: a) rastreio do pé; b) exames dos pés.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "1 consulta médica por semestre"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O último

semestre corresponde aos 6 meses que antecedem a data de referência do indicador. O penúltimo semestre corresponde aos 6 meses anteriores. Por exemplo se a data de referência do indicador for 30-04-2012, o 1º semestre fica compreendido entre 01-05-2011 e 31-10-2011 e o 2º semestre entre 01-11-2011 e 30-04-2012.

- Numerador (variável "registo de pressão arterial em 2 semestres"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O último semestre corresponde aos 6 meses que antecedem a data de referência do indicador. O penúltimo semestre corresponde aos 6 meses anteriores. Por exemplo se a data de referência do indicador for 30-04-2012, o 1º semestre fica compreendido entre 01-05-2011 e 31-10-2011 e o 2º semestre entre 01-11-2011 e 30-04-2012.

- Numerador (variável "IMC"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "peso"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "estatura"): Ver REGRAS DE CÁLCULO.

- Numerador (variável "Registo de HgbA1c em 2 semestres"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O último semestre corresponde aos 6 meses que antecedem a data de referência do indicador. O penúltimo semestre corresponde aos 6 meses anteriores. Por exemplo se a data de referência do indicador for 30-04-2012, o 1º semestre fica compreendido entre 01-05-2011 e 31-10-2011 e o 2º semestre entre 01-11-2011 e 30-04-2012.

- Numerador (variável "HgbA1c inferior ou igual a 8,0%"): Duração de 6 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "microalbuminúria"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos"): Duração de 24 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "exame dos pés"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "Diabetes na lista de problemas"): Duração de 190 dias, terminando na data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variável "1 consulta médica por semestre"): Duração de 7 a 12 meses. Termina na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador pertence ao primeiro semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de julho e 31 de dezembro do ano precedente e o segundo semestre entre 1 de janeiro e 30 de junho do ano em curso. Quando a data de referência do indicador pertence ao segundo semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de janeiro e 30 de junho (do ano em curso) e o segundo semestre entre 1 de julho e 31 de dezembro (do ano em curso).

- Numerador (variável "registo de pressão arterial em 2 semestres"): Duração de 7 a 12 meses. Termina na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador pertence ao primeiro semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de julho e 31 de dezembro do ano precedente e o segundo semestre entre 1 de janeiro e 30 de junho do ano em curso. Quando a data de referência do indicador pertence ao segundo semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de janeiro e 30 de junho (do ano em curso) e o segundo semestre entre 1 de julho e 31 de dezembro (do ano em curso).

- Numerador (variável "IMC"): Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "peso"): Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "estatura"): Ver REGRAS DE CÁLCULO.

- Numerador (variável "Registo de HgbA1c em 2 semestres"): Duração de 7 a 12 meses. Termina na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador pertence ao primeiro semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de julho e 31 de dezembro do ano precedente e o segundo semestre entre 1 de janeiro e 30 de junho do ano em curso. Quando a data de referência do indicador pertence ao segundo semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de janeiro e 30 de junho (do ano em curso) e o segundo semestre entre 1 de julho e 31 de dezembro (do ano em curso).

- Numerador (variável "HgbA1c inferior ou igual a 8,0%"): Duração de 1 a 6 meses, terminando na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador se situa nos primeiros 6 meses do ano, o período em análise inicia-se a 1 de janeiro do ano em curso. Quando a data de referência do indicador se situa nos últimos 6 meses do ano, o período em análise inicia-se a 1 de julho do ano em curso.

- Numerador (variável "microalbuminúria"): Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos"): Duração de 13 a 24 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-1 e termina na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "exame dos pés"): Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.

- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "Diabetes na lista de problemas"): Duração de 1 mês e 7 dias a 6 meses e 7 dias, terminando na data de referência do indicador. Se a data de referência do indicador pertence ao 1º semestre, o período em análise inicia-se a 25 de Dezembro do ano precedente e o diagnóstico de diabetes deve estar registado como "ativo" na lista de problemas pelo menos desde essa data até à data de referência do indicador. Se a data de referência do indicador pertence ao 2º semestre, o período em análise inicia-se a 24 de junho do ano corrente e o diagnóstico de diabetes deve estar registado como "ativo" na lista de problemas pelo menos desde essa data até à data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB		Índice (escala valores entre 0 e 1)	Com dados desde Dezembro de 2013

Área Subárea Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise	30 dias

Legenda

HgbA1c - Hemoglobina glicosada;
 MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica;
 DM - Diabetes Mellitus;
 Ponder. - Ponderação

035

Código

5.07.01

Código SIARS

2013.035.01

Nome abreviado

Proporção DM com exame pés último ano

Designação

Proporção de utentes com diabetes, com pelo menos um exame dos pés registado no último ano

Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "realização de exame de pés".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes, com exame dos pés realizado no último ano.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes com exame dos pés realizado no último ano.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Existe pelo menos um registo de exame dos pés, nos últimos 12 meses (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa](#) na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

Observações Gerais

A. O [exame de pés] pode ser registado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde. Se num determinado ano existir um registo médico, não é necessário existir nesse ano registo de enfermagem, e vice-versa.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. O exame de enfermagem dos pés é documentado através da intervenção de enfermagem "Monitorizar o risco de úlcera do pé diabético" (SAPE/SClínico sem normalização) ou da intervenção "Avaliar risco de úlcera diabética" (9003994) (SClínico V2.0 com normalização).

SAM/SClínico:

A. O registo médico do exame aos pés é feito exclusivamente na ficha de diabetes.

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de diabetes pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

B. Os registos de exame dos pés devem ser realizados no módulo de diabetes, usando um dos campos seguintes: a) rastreio do pé; b) exames dos pés.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.
- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Dezembro de 2012

Área Subárea Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho Gestão da Doença Diabetes Mellitus	Ano de 2017: [85; 100]	Ano de 2017: [80; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Resultado	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

Legenda

DM - Diabetes Mellitus

261	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.44.01	2011.043.01	Proporção utentes DM c/ registo risco úlcera pé

Designação

Proporção de utentes com diabetes, com registo de risco de ulceração do pé no último ano

Objetivo

Monitorizar o programa de diabetes. Parâmetro "registo do risco de ulceração do pé".

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com diabetes, com registo do risco de ulceração do pé, realizado no último ano.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com diabetes, com registo do risco de ulceração do pé, realizado no último ano.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com diabetes.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Existe pelo menos um registo de "risco de ulceração do pé", nos últimos 12 meses (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa](#) na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

Observações Gerais

A. O [risco de ulceração do pé] pode ser registado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde. Se num determinado ano existir um registo médico, não é necessário existir nesse ano registo de enfermagem, e vice-versa.

B. A registo de risco de ulceração do pé pode ser classificado como:

- baixo risco
- médio risco
- alto risco

O que se mede no indicador é a existencia do registo do risco, independentemente do respetivo grau.

C. Os sistemas de informação deverão implementar um quadro de registo do risco de úlcera de acordo com as especificações seguintes, decorrentes das orientações atualmente em vigor (norma DGS 005/2011 de 21-1-2011).

QUADRO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE ULCERAÇÃO DO PÉ (UTENTES COM DIABETES)

Anamnese

1. Complicações tardias da diabetes (diminuição da ac. visual, insuficiência renal, ...). | S | N | na
2. Tabagismo. | S | N | na
3. Conhecimento não demonstrado (risco de doença, autovigilância, ...). | S | N | na
4. Condições socioeconómicas deficientes. | S | N | na
5. Calçado ou meias inadequados. | S | N | na

Exame aos pés

6. Integridade cutânea alterada (secura, calosidades, gretas ou infeção fúngica). | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na

7. Presença de edema. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na
 8. Deformidades do pé (nas proeminências ósseas ou nos dedos). | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na
 9a. Neuropatia - diminuição da sensibilidade por monofilamento. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na
 9b. Neuropatia - diminuição da sensibilidade por diapasão. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na
 9c. Neuropatia - diminuição da sensibilidade por "teste de sensibilidade com algodão". | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na
 9d. Neuropatia - diminuição dos reflexos tendinosos. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na
 10a. Isquemia - Ausência do pulso pedioso. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na
 10b. Isquemia - Ausência do pulso tibial posterior. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na
 10c. Isquemia - Claudicação da marcha ou dor dos gêmeos em repouso. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na
 10d. Isquemia - Cor e temperatura da pele alterada. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na
 10e. Isquemia - Índice tíbeo-braquial alterado (< 0,9). | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na
 11. Antecedentes pessoais de úlcera. | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na
 12. Antecedentes pessoais de amputação de membro inferior (menor ou maior). | PD-S | PD-N | PD-na | PE-S | PE-N | PE-na

Risco de ulceração do pé

Alto Risco

De acordo com a norma DGS 005/2011 de 21-1-2011, são utentes com [isquemia] ou com [neuropatia e deformidades do pé] ou [história de úlcera cicatrizada] ou [amputação prévia].

Um utente é considerado de "alto risco" se a condição [A ou B ou C ou D ou E ou F ou G ou H ou I ou K] é verdadeira.

- A. 10a assinalado (isquemia)
- B. 10b assinalado (isquemia)
- C. 10c assinalado (isquemia)
- D. 10d assinalado (isquemia)
- E. 10e assinalado (isquemia)
- F. 11 assinalado (úlceras anteriores)
- G. 12 assinalado (amputação anterior)
- H. 8 e 9a assinalado (deformidades e neuropatia)
- I. 8 e 9b assinalado (deformidades e neuropatia)
- J. 8 e 9c assinalado (deformidades e neuropatia)
- K. 8 e 9d assinalado (deformidades e neuropatia)

Médio Risco

De acordo com a norma DGS 005/2011 de 21-1-2011, são utentes com neuropatia periférica.

Um utente é considerado de "médio risco" se a condição [A e (B ou C ou D ou E)] é verdadeira.

- A. O utente não é classificado como "Alto Risco"
- B. 9a assinalado (neuropatia)
- C. 9b assinalado (neuropatia)
- D. 9c assinalado (neuropatia)
- E. 9d assinalado (neuropatia)

Baixo Risco

São os utentes não classificados como "alto risco" nem como "médio risco"

Um utente é considerado de baixo risco se a condição [A e B e (C ou D ou E ou F ou G ou H ou I ou J ou L)] é verdadeira.

- A. O utente não é classificado como "Alto Risco"
- B. O utente não é classificado como "Médio Risco"
- C. 1 assinalado (complicações tardias)
- D. 2 assinalado (tabagismo)
- E. 3 assinalado (conhecimento não demonstrado ...)
- F. 4 assinalado (condições socio-económicas deficientes)
- G. 5 assinalado (calçado e meias inadequadas)
- H. 6 assinalado (integridade cutânea alterada)
- I. 7 assinalado (presença de edema)
- J. 8 assinalado (deformidades do pé ...)
- H. Nenhum dos itens entre 1 e 8 assinalado

Orientações para o plano de cuidados em função da determinação do risco (norma DGS 005/2011 de 21-1-2011)

- Alto Risco: Hospital (equipas de nível II ou eventualmente de nível III);

- Médio Risco: Avaliação semestral nos CSP (equipa de nível I) ou eventualmente no hospital (equipas de nível II).

- Baixo Risco: Avaliação anual nos CSP (equipa de nível I).

Critérios de referência hospitalar urgente

- Úlcera sem melhoria clínica no período de 1 mês após vigilância e tratamento aparentemente adequados.
- Úlcera com sinais de celulite; ou área de rubor peri-úlceras superior a 2 cm de largura; ou exposição óssea; ou evidência de infeção sistémica.
- Úlcera com sinais de compromisso vascular importante, com necrose, gangrena ou outros sinais críticos de isquemia.
- Suspeita de pé de charcot.
- Dor intensa refratária ao tratamento.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. Pode ser preenchido no programa/ficha de diabetes e também no plano de trabalho. Esta informação migra para o SAM.

SAM/SClínico:

A. Pode ser preenchido no programa/ficha de diabetes. Esta informação migra para o SAPE.

MEDICINEONE:

A. Disponível para registo no módulo de "Riscos clínicos". Realizável por enfermeiros e médicos. Apesar da área de preenchimento contemplar uma [data de início] e uma [data de fim], deve ser realizado um novo registo por ano para que o utente seja contabilizado no numerador.

VITACARE:

A. 2014-07-02 - não possibilita o registo deste parâmetro, nem por médicos nem por enfermeiros.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.
- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com Diabetes Mellitus	Com dados desde Setembro de 2014

Área Subárea Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
Desempenho Gestão da Doença Diabetes Mellitus	Ano de 2017: [80; 100]	Ano de 2017: [75; 100]

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

Legenda

DM - Diabetes Mellitus

236

Código

2.13.04

Código SIARS

MORB.236.01

Nome abreviado

Incidência de "Diabetes Mellitus"

Designação

Proporção de utentes com novo diagnóstico de "Diabetes Mellitus"

Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "incidência de Diabetes Mellitus"

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de "Diabetes Mellitus" (último ano) identificados na população inscrita.
Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "Diabetes Mellitus" registado na lista de problemas e iniciado no último ano.
Denominador: Contagem de utentes inscritos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "Diabetes Mellitus" (rubricas ICPC T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador e teve início nos últimos 12 meses (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Contabilizam-se apenas os diagnósticos que tiveram início (campo "data de início" do problema) nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. Isto pressupõe que os médicos quando procedem ao registo de um novo problema de saúde alterem a data que é colocada por defeito pelo sistema de registo clínico nesse campo (habitualmente a data atual) para a data aproximada em que o problema foi diagnosticado ao doente. Não o fazendo, tal ocasiona uma sobre-valorização do resultado deste indicador.

C. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição. Isto faz com que os utentes falecidos ou transferidos ao longo do ano e com o problema de saúde registado na lista de problemas antes do falecimento não sejam contabilizados no denominador nem no numerador, decorrendo daí uma subvalorização da incidência.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido"

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "diagnóstico na lista de problemas"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Denominador (variável "inscrição"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	%	Incidência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área Subárea Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

198

Código

2.12.01

Código SIARS

MORB.198.01

Nome abreviado

Proporção de utentes com "Diabetes Mellitus"

Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "Diabetes Mellitus"

Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de Diabetes Mellitus"

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "Diabetes Mellitus" identificados na população inscrita.

Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "Diabetes Mellitus" registado na lista de problemas.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de diabetes (rubrica ICPC T89 ou T90) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido"

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "inscrição"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área Subárea Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Diabetes	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

024

Código	Código SIARS	Nome abreviado
6.16.01	2013.024.01	Proporção hipertensos com registo de GRT

Designação

Proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo da gestão do regime terapêutico (3 itens) no último ano

Objetivo

Monitorizar o programa de hipertensão: parâmetro "gestão do regime terapêutico"

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial, com registo da gestão do regime terapêutico (3 itens), no último ano.
Numerador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial, com registo da gestão do regime terapêutico (3 itens).
Denominador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Existe pelo menos um novo registo de gestão do regime terapêutico nos 3 itens (hábitos alimentares, hábitos de exercício físico e regime medicamentoso), ou manutenção do estado ativo, efetuado por um dos enfermeiros da unidade de saúde, nos últimos 12 meses (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa](#) na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. Na data de referência do indicador, o diagnóstico de hipertensão (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo".

Observações Gerais

A. O registo resultante da avaliação no âmbito da gestão do regime terapêutico varia em função do software e versões disponibilizadas. Existe todavia, de forma transversal, a necessidade de avaliar e registar dados relativos às componentes:

- Exercício físico/regime de exercício.
- Hábitos alimentares/regime alimentar.
- Regime medicamentoso.

A forma como devem ser registados os dados, em função do software, está operacionalizada em OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico sem normalização:

A. A leitura deste indicador é baseada nos registos da [Especificação] do [Fenómeno].

Apenas são contabilizados fenómenos parametrizados a partir do registo da CIPE (versão beta) com o código 1A.1.1.2.2.1.1.9.1.5 (Gestão do Regime Terapêutico).

O indicador não verifica o juízo associado ao fenómeno, isto é, não verifica se foi ou não "demonstrado". Apenas verifica se ao longo do período em análise do indicador existem registos de GRT para cada um dos 3 eixos avaliados:

- Conhecimento sobre exercício físico. A expressão "exercício físico" pode estar escrita com ou sem acentos. A expressão "exercício físico" pode ser substituída pela expressão "actividade física" ou pela expressão "atividade física".
- Conhecimento sobre hábitos alimentares. A palavra "hábitos" pode estar escrita com ou sem acentos. A expressão "hábitos alimentares" pode ser substituída pela palavra "alimentação" ou pela expressão "regime alimentar".

- Conhecimento sobre regime medicamentoso. A expressão "regime medicamentoso" pode ser substituída pela palavra "medicamento" ou pela palavra "fármaco" (com ou sem acentos).

Esta ação não implica que seja necessário dar termo aos diagnósticos anteriores. É possível proceder a um novo registo, mantendo o histórico de diagnósticos.

SAPE/SClínico com normalização:

A leitura deste indicador é baseada nos registos da intervenção de enfermagem "Avaliar gestão do regime terapêutico" (código 9004025), onde se encontram especificados dados relativos às componentes:

- Capacidade para gerir regime de exercício.
- Capacidade para gerir regime dietético.
- Capacidade para gerir regime medicamentoso.

A intervenção "Avaliar gestão do regime terapêutico" (código 9004025) está disponível no [SClínico com normalização], associada ao foco de atenção "Gestão do Regime Terapêutico".

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de hipertensão pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

B. O registo de GRT nos 3 eixos (exercício físico, alimentação e terapêutica) pode ser feito no módulo de hipertensão, devendo ser assinaladas as 3 "checkbox". Não é necessário que as 3 estejam assinaladas no mesmo dia.

VITACARE:

A. AVALIAÇÃO DE GRT - ATIVIDADE FÍSICA

Contabiliza caso haja registo de alguma das seguintes intervenções de enfermagem:

1. Consulta de Enfermagem - Intervenções - Hipertensão - Intervenções/Ensinos
 - a. Educar sobre hábitos de exercício
 - b. Incentivar a atividade física

B. AVALIAÇÃO DE GRT - ALIMENTAÇÃO

Contabiliza caso haja registo de alguma das seguintes intervenções de enfermagem:

1. Consulta de Enfermagem - Intervenções - Hipertensão - Intervenções/Ensinos
 - a. Educar sobre hábitos alimentares

C. AVALIAÇÃO DE GRT - MEDICAÇÃO

Contabiliza caso haja registo de alguma das seguintes intervenções de enfermagem:

1. Consulta de Enfermagem - Intervenções - Hipertensão - Intervenções/Ensino
 - a. Instruir sobre regime medicamentoso

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador: Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador: Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.
- Denominador: Coincidente com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial	Com dados desde Dezembro de 2012

Área Subárea Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Hipertensão	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

Legenda

GRT - Gestão de Regime Terapêutico

025	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.35.01	2013.025.01	Proporção de hipertensos, c/ acompanh. adequado

Designação

Proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento adequado

Objetivo

Monitorizar o programa de hipertensão.

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com hipertensão arterial, com acompanhamento de acordo com as normas da DGS.

Numerador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial com acompanhamento adequado.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial.

Regras de cálculo

Contagem de utentes em que a expressão [A e B e C e D e E e F e G e H e I e J e K e L] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. Ter pelo menos 1 consulta médica de vigilância em hipertensão, realizada num dos semestres (ver alíneas A e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

C. Ter pelo menos 1 consulta médica ou de enfermagem de vigilância em hipertensão, realizada no outro semestre (ver alíneas A, B e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).

D. Com pelo menos uma pressão arterial registada no último semestre (ver alíneas C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE).

E. Com pelo menos uma pressão arterial registada no penúltimo semestre (ver alíneas C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE).

F. Na última pressão arterial registada (há menos de 6 meses), a pressão é inferior a 150/90 mmHg (ver alíneas C, D, E e P de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários sobre PERÍODO EM ANÁLISE). Condição apenas aplicável a utentes com menos de 65 anos (ver alíneas F e O de OBSERVAÇÕES GERAIS);

G. Ter pelo menos uma avaliação de risco cardiovascular, realizada nos últimos 36 meses. Condição apenas aplicável a utentes com 40 ou mais anos (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS) e sem nenhum dos seguintes diagnósticos ativo na lista de problemas (à data de referência do indicador): diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90); enfarte agudo do miocárdio (K75); doença cardíaca isquémica sem angina (K74); doença cardíaca isquémica com angina (K76); trombose ou acidente vascular cerebral (K90); doença vascular cerebral (K91); aterosclerose ou doença vascular periférica (K92).

H. Ter pelo menos um resultado de microalbuminúria (ou análise equivalente), realizada nos últimos 36 meses (ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS).

I. Ter pelo menos um resultado de colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos, realizados nos últimos 36 meses (ver alínea I de OBSERVAÇÕES GERAIS).

J. Que tenham pelo menos um registo de IMC nos últimos 12 meses (ver alíneas J, K, L, M e Q de OBSERVAÇÕES GERAIS).

K. Que tenham pelo menos um registo parametrizado do peso, medido nos últimos 12 meses (ver alíneas J, K, L e M de OBSERVAÇÕES GERAIS).

L. Que tenham pelo menos um registo parametrizado de estatura, medido após os 20 anos de idade do utente, ou nos 2 anos que antecedem a data de referência do indicador (ver alíneas J, K, L e M de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa](#) na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. O diagnóstico de hipertensão (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", durante pelo menos os 6 meses que antecedem a data de referência do indicador (ver alínea N de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para se contabilizar uma [Consulta Médica de Vigilância] em HTA, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]:

- [C003](#) | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico:

- [C009](#) | Consulta médica de vigilância - MedicineOne

- [C015](#) | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas [C003](#), [C009](#) e [C015](#), os códigos ICPC-2 específicos de HTA, que podem ser usados para a classificar como "problema de saúde da consulta" são o K86, o K87 ou sub-rubricas.

B. Para se considerar uma [Consulta de Enfermagem de Vigilância] em HTA, é necessária a existência de registos compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]:

- [C006](#) | Consulta de enfermagem de vigilância - SClínico/SAPE

- [C012](#) | Consulta de enfermagem de vigilância - MedicineOne

- [C018](#) | Consulta de enfermagem de vigilância - VitaCare

Nota 1: Nas normas [C006](#), [C012](#) e [C018](#), os códigos CIPE-B2 que podem ser usados para codificar [diagnósticos de enfermagem] ou [intervenções de enfermagem] são os que se especificam em [\[Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE\] > \[E004 | Vigilância em hipertensão\]](#)

Nota 2: Na norma [C012](#), os códigos ICPC-2 específicos de HTA, que podem ser usados para a classificar como "problema de saúde da consulta" são o K86, o K87 ou sub-rubricas.

C. São contabilizados no numerador os registos de pressão arterial realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

D. Só se contabilizam registos de pressão arterial em que tanto a pressão sistólica como a diastólica tenham sido avaliadas e registadas na mesma data.

E. Não se contabilizam registos de pressão arterial realizados em texto livre no SOAP;

F. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

G. É necessária a existência de 1 consulta médica e 1 de enfermagem (em semestres diferentes) ou 2 consultas médicas (em semestres diferentes);

H. Os códigos da tabela de MCDT, válidos para registar microalbuminúria (ou análise equivalente) são os seguintes: A560.6 (microalbuminúria), A1318.2 (Albumina de baixa concentração) e A596.7 (proteinúria). O código da microalbuminúria A560.6 permite requisitar a [microalbuminúria de 24 horas], a [microalbuminúria de 12 horas] e a [microalbuminúria em amostra de urina]. Quando esta análise for efetuada na unidade de saúde (utilizando p.e. o Micralteste) a mesma pode ser registada em campo(s) específicos criados pelas aplicações de registo clínico para o efeito. Apenas se contabilizam microalbuminúrias ou as proteinúrias com resultado registado. A data que deve ser usada para verificar se a microalbuminúria está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise. O registo é válido se for realizado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

I. Os códigos da tabela de MCDT, válidos para o colesterol total, para o colesterol HDL e para os triglicéridos são respetivamente o A1029.9, o A412.0 e o A620.3. A data que deve ser usada para verificar se estas análises estão ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo, até 30 dias após a data de referência do indicador. As análises podem ser requisitadas em documentos diferentes. A data de realização das 3 análises pode ser diferente.

J. Quando a unidade de observação é o médico ou a unidade de saúde, são contabilizados no numerador os utentes com registos de peso realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde. Quando a unidade de observação é o ACES, são contabilizados no numerador os utentes com registos de peso realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro de qualquer unidade de saúde.

K. Os registos de estatura podem ter sido registados por qualquer médico, interno ou enfermeiro de qualquer unidade de saúde (independentemente da unidade de observação do indicador).

L. Os registos de IMC, peso e estatura podem ser realizados nos módulos ou programas de hipertensão, diabetes, planeamento familiar e saúde materna. Podem também ser registados noutros módulos das aplicações destinadas a registar parâmetros do exame objetivo, tal como especificado em OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE. Não são contabilizados registos de texto livre no O do SOAP.

M. Não é obrigatório que o peso e altura sejam registados no mesmo dia. O peso deve ser registado durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. A estatura deve estar registada pelo menos uma vez com data de medição posterior aos 20 anos de idade, ou, caso o utente tenha menos de 22 anos, deve existir um registo nos 24 meses que antecedem a data de referência do indicador.

N. Os utentes com hipertensão arterial diagnosticados de novo só são incluídos no denominador 6 meses após o registo do diagnóstico, por forma a que passe tempo suficiente para a realização de algumas das atividades avaliadas no numerador.

O. A condição da pressão arterial é avaliada apenas em utentes com menos de 65 anos, pois é controverso, do ponto de vista clínico, exigir esse tipo de limiar de pressão arterial para utentes com idade superior. Para além disso, existe outro indicador (Proporção de utentes com hipertensão arterial com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg), que já segue esta lógica.

P. Apenas são considerados no numerador os utentes com registo de PAS inferior a 150 e PAD inferior a 90.

Q. Não é obrigatório que os profissionais registem manualmente o valor do IMC. Basta que existam registos do peso e da estatura conforme

descrito nas REGRAS DE CÁLCULO. Os sistemas de informação calculam de forma automática o IMC.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

- A. O IMC, o peso e a estatura podem ser registados neste sistema.
- B. A pressão arterial pode ser registada neste sistema.

SAM/SClínico:

- A. O IMC, o peso e a estatura podem ser registados na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes, saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil.
- B. A pressão arterial pode ser registada na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes, saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil.
- C. A microalbuminúria pode ser registada no módulo de MCDT e em campos específicos existentes na ficha de hipertensão e na ficha de diabetes.
- D. O risco cardiovascular pode ser registado quer na ficha individual quer na ficha de hipertensão, sendo contabilizado para este indicador independentemente da ficha onde é registado.

MEDICINEONE:

- A. O diagnóstico de hipertensão pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".
- B. A pressão arterial pode ser registada nos seguintes locais do MedicineOne (campos de PA sistólica e PA diastólica):
 - Biometrias;
 - Módulo de hipertensão;
 - Módulo de diabetes;
 - Módulo de saúde infantil;
 - Módulo de saúde materna;
 - Módulo de planeamento familiar;
- C. A proteinúria, o colesterol total, o colesterol HDL e os triglicéridos podem ser registados quer no módulo de análises quer no módulo de MCDT. O SIARS contabiliza-os quando registados em qualquer deles.
- D. A microalbuminúria pode ser requisitada e registada quer através do módulo de análises quer através do módulo de MCDT. O SIARS contabiliza-os quando registados em qualquer deles.
- E. A microalbuminúria pode também ser registada nos campos criados para o efeito quer no módulo de hipertensão, quer no módulo de diabetes.
- F. O IMC, o peso e a estatura podem ser registados nas biometrias e nos módulos de hipertensão, diabetes, saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variáveis "consulta médica", "consulta de enfermagem"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O último semestre corresponde aos 6 meses que antecedem a data de referência do indicador. O penúltimo semestre corresponde aos 6 meses anteriores. Por exemplo se a data de referência do indicador for 30-04-2012, o 1º semestre fica compreendido entre 01-05-2011 e 31-10-2011 e o 2º semestre entre 01-11-2011 e 30-04-2012.
- Numerador (variável "registo de pressão arterial em 2 semestres"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O último semestre corresponde aos 6 meses que antecedem a data de referência do indicador. O penúltimo semestre corresponde aos 6 meses anteriores. Por exemplo se a data de referência do indicador for 30-04-2012, o 1º semestre fica compreendido entre 01-05-2011 e 31-10-2011 e o 2º semestre entre 01-11-2011 e 30-04-2012.
- Numerador (variável "resultado da pressão arterial"): Duração de 6 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "registo do risco cardiovascular"): Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "microalbuminúria"): Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos"): Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "IMC"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "peso"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "estatura"): Ver REGRAS DE CÁLCULO.
- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "HTA na lista de problemas"): Duração de 6 meses, terminando na data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variáveis "consulta médica", "consulta de enfermagem"): Duração de 7 a 12 meses. Termina na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador pertence ao primeiro semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de julho e 31 de dezembro do ano precedente e o segundo semestre entre 1 de janeiro e 30 de junho do ano em curso. Quando a data de referência do indicador pertence ao segundo semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de janeiro e 30 de junho (do ano em curso) e o segundo semestre entre 1 de julho e 31 de dezembro (do ano em curso).
- Numerador (variável "registo de pressão arterial em 2 semestres"): Duração de 7 a 12 meses. Termina na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador pertence ao primeiro semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de julho e 31 de dezembro do ano precedente e o segundo semestre entre 1 de janeiro e 30 de junho do ano em curso. Quando a data de referência do indicador pertence ao segundo semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de janeiro e 30 de junho (do ano em curso) e o segundo semestre entre 1 de julho e 31 de dezembro (do ano em curso).
- Numerador (variável "resultado da pressão arterial"): Duração de 1 a 6 meses, terminando na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador se situa nos primeiros 6 meses do ano, o período em análise inicia-se a 1 de janeiro do ano em curso. Quando a data de referência do indicador se situa nos últimos 6 meses do ano, o período em análise inicia-se a 1 de julho do ano em curso.
- Numerador (variável "registo do risco cardiovascular"): Duração de 25 a 36 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-2 e termina na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "microalbuminúria"): Duração de 25 a 36 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-2 e termina na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos"): Duração de 25 a 36 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-2 e termina na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "IMC"): Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "peso"): Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.
- Numerador (variável "estatura"): Ver REGRAS DE CÁLCULO.
- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.
- Denominador (variável "HTA na lista de problemas"): Duração de 1 a 6 meses, terminando na data de referência do indicador. Se a data de referência do indicador pertence ao 1º semestre, o período em análise inicia-se a 1 de janeiro do ano corrente e o diagnóstico de HTA deve estar registado como "ativo" na lista de problemas pelo menos desde 1 de janeiro até à data de referência do indicador, para que se considere verdadeira a condição B do denominador (assume-se que se manterá "ativa" até 30 de junho). Se a data de referência do indicador pertence ao 2º semestre, o período em análise inicia-se a 1 de julho do ano corrente e o diagnóstico de HTA deve estar registado como "ativo" na lista de problemas pelo menos desde 1 de julho até à data de referência do indicador, para que se considere verdadeira a condição B do denominador (assume-se que se manterá "ativo" até 31 de dezembro).

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Proporção de utentes com hipertensão arterial	Com dados desde Dezembro de 2013

Área Subárea Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Processo	Hipertensão	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise	30 dias

Legenda

PA - Pressão arterial; PAS - Pressão arterial sistólica; PAD - Pressão arterial diastólica; MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica

272	Código	Código SIARS	Nome abreviado
	6.35.02	2013.272.01	Índice de acompanhamento adequado de hipertensos

Designação

Índice de acompanhamento adequado de utentes com hipertensão arterial

Objetivo

Monitorizar o programa de hipertensão.

Descrição do Indicador

Índice com resultados possíveis numa escala entre 0 e 1, exprimindo o grau de acompanhamento dos utentes hipertensos, de acordo com as normas da DGS.

Numerador: Somatório do "score de acompanhamento" determinado para cada hipertenso inscrito. O "score de acompanhamento" de cada hipertenso inscrito pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

Denominador: Contagem de utentes inscritos com hipertensão arterial.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Somatório do "score de acompanhamento" determinado para cada hipertenso inscrito. O "score de acompanhamento" de cada hipertenso inscrito pode variar entre 0 e 1 de acordo com o número e qualidade dos procedimentos realizados e com a ponderação definida para cada procedimento.

O "score de acompanhamento" é calculado apenas para os utentes incluídos no denominador, somando, para cada utente, as ponderações das regras a seguir discriminadas que sejam verdadeiras.

Regra	Descrição de Regra	Ponder.
B	A condição [B1 e B2] é verdadeira: B1. Ter pelo menos 1 consulta médica de vigilância em hipertensão, realizada num dos semestres (ver alíneas A e G de OBSERVAÇÕES GERAIS). B2. Ter pelo menos 1 consulta médica ou de enfermagem de vigilância em hipertensão, realizada no outro semestre (ver alíneas A, B e G de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,32
D	A condição [D1 e D2] é verdadeira: D1. Com pelo menos uma pressão arterial registada no último semestre (ver alíneas C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE). D2. Com pelo menos uma pressão arterial registada no penúltimo semestre (ver alíneas C, D e E de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários de PERÍODO EM ANÁLISE).	0,12
F	Na última pressão arterial registada (há menos de 6 meses), a pressão é inferior a 150/90 mmHg (ver alíneas C, D, E e P de OBSERVAÇÕES GERAIS e comentários sobre PERÍODO EM ANÁLISE). Condição apenas aplicável a utentes com menos de 65 anos (ver alíneas F e O de OBSERVAÇÕES GERAIS). Caso o utente tenha 65 ou mais anos, é atribuída a totalidade da ponderação.	0,20
G	Ter pelo menos uma avaliação de risco cardiovascular, realizada nos últimos 36 meses. Condição apenas aplicável a utentes com 40 ou mais anos (ver alínea F de OBSERVAÇÕES GERAIS) e sem nenhum dos seguintes diagnósticos ativo na lista de problemas (à data de referência do indicador): diabetes (rubricas da ICPC-2 T89 ou T90); enfarte agudo do miocárdio (K75); doença cardíaca isquémica sem angina (K74); doença cardíaca isquémica com angina (K76); trombose ou acidente vascular cerebral (K90); doença vascular cerebral (K91); aterosclerose ou doença vascular periférica (K92).	0,12

	Caso o utente tenha menos de 40 anos ou algum dos diagnósticos referidos é atribuída a totalidade da ponderação.	
H	Ter pelo menos um resultado de microalbuminúria (ou análise equivalente), realizada nos últimos 36 meses (ver alínea H de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,06
I	Ter pelo menos um resultado de colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos, realizados nos últimos 36 meses (ver alínea I de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,06
K	Que tenham pelo menos um registo parametrizado do peso, medido nos últimos 12 meses (ver alíneas J, K, L e M de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,06
L	Que tenham pelo menos um registo parametrizado de estatura, medido após os 20 anos de idade do utente, ou nos 2 anos que antecedem a data de referência do indicador (ver alíneas J, K, L e M de OBSERVAÇÕES GERAIS).	0,06

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa](#) na unidade de saúde na data de referência do indicador.

B. O diagnóstico de hipertensão (rubricas da ICPC-2 K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", durante pelo menos os 6 meses que antecedem a data de referência do indicador (ver alínea N de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Para se contabilizar uma [Consulta Médica de Vigilância] em HTA, é necessário que os registos sejam compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]:

- [C003](#) | Consulta médica de vigilância - SAM/SClínico;
- [C009](#) | Consulta médica de vigilância - MedicineOne
- [C015](#) | Consulta médica de vigilância - VitaCare

Nota: Nas normas [C003](#), [C009](#) e [C015](#), os códigos ICPC-2 específicos de HTA, que podem ser usados para a classificar como "problema de saúde da consulta" são o K86, o K87 ou sub-rubricas.

B. Para se considerar uma [Consulta de Enfermagem de Vigilância] em HTA, é necessária a existência de registos compatíveis com um dos seguintes conceitos de [consulta]:

- [C006](#) | Consulta de enfermagem de vigilância - SClínico/SAPE
- [C012](#) | Consulta de enfermagem de vigilância - MedicineOne
- [C018](#) | Consulta de enfermagem de vigilância - VitaCare

Nota 1: Nas normas [C006](#), [C012](#) e [C018](#), os códigos CIPE-B2 que podem ser usados para codificar [diagnósticos de enfermagem] ou [intervenções de enfermagem] são os que se especificam em [\[Diagnósticos e intervenções de enfermagem codificados pela CIPE\] > \[E004\] Vigilância em hipertensão](#)

Nota 2: Na norma [C012](#), os códigos ICPC-2 específicos de HTA, que podem ser usados para a classificar como "problema de saúde da consulta" são o K86, o K87 ou sub-rubricas.

C. São contabilizados no numerador os registos de pressão arterial realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

D. Só se contabilizam registos de pressão arterial em que tanto a pressão sistólica como a diastólica tenham sido avaliadas e registadas na mesma data.

E. Não se contabilizam registos de pressão arterial realizados em texto livre no SOAP;

F. A idade deve ser medida em relação à data de referência do indicador quando o cálculo é do tipo "período em análise flutuante" e em relação a 31 de dezembro do ano em curso, quando o cálculo é do tipo "período em análise fixo".

G. É necessária a existência de 1 consulta médica e 1 de enfermagem (em semestres diferentes) ou 2 consultas médicas (em semestres diferentes);

H. Os códigos da tabela de MCDT, válidos para registar microalbuminúria (ou análise equivalente) são os seguintes: A560.6 (microalbuminúria), A1318.2 (Albumina de baixa concentração) e A596.7 (proteinúria). O código da microalbuminúria A560.6 permite requisitar a [microalbuminúria de 24 horas], a [microalbuminúria de 12 horas] e a [microalbuminúria em amostra de urina]. Quando esta análise for efetuada na unidade de saúde (utilizando p.e. o Micralteste) a mesma pode ser registada em campo(s) específicos criados pelas aplicações de registo clínico para o efeito. Apenas se contabilizam microalbuminúrias ou as proteinúrias com resultado registado. A data que deve ser usada para verificar se a microalbuminúria está ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo até 30 dias após o fim do período em análise. O registo é válido se for realizado por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde.

I. Os códigos da tabela de MCDT, válidos para o colesterol total, para o colesterol HDL e para os triglicéridos são respetivamente o A1029.9, o A412.0 e o A620.3. A data que deve ser usada para verificar se estas análises estão ou não dentro do período em análise é a "data de realização". O resultado deve ser preenchido, no máximo, até 30 dias após a data de referência do indicador. As análises podem ser requisitadas em documentos diferentes. A data de realização das 3 análises pode ser diferente.

J. Quando a unidade de observação é o médico ou a unidade de saúde, são contabilizados no numerador os utentes com registos de peso realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro da unidade de saúde. Quando a unidade de observação é o ACES, são contabilizados no numerador os utentes com registos de peso realizados por qualquer médico, interno ou enfermeiro de qualquer unidade de saúde.

K. Os registos de estatura podem ter sido registados por qualquer médico, interno ou enfermeiro de qualquer unidade de saúde (independentemente da unidade de observação do indicador).

L. Os registos de peso e estatura podem ser realizados nos módulos ou programas de hipertensão, diabetes, planeamento familiar e saúde materna. Podem também ser registados noutros módulos das aplicações destinadas a registar parâmetros do exame objetivo, tal como especificado em OBSERVAÇÕES SOBRE SOFTWARE. Não são contabilizados registos de texto livre no O do SOAP.

M. Não é obrigatório que o peso e altura sejam registados no mesmo dia. O peso deve ser registado durante os 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. A estatura deve estar registada pelo menos uma vez com data de medição posterior aos 20 anos de idade, ou, caso o utente tenha menos de 22 anos, deve existir um registo nos 24 meses que antecedem a data de referência do indicador.

N. Os utentes com hipertensão arterial diagnosticados de novo só são incluídos no denominador 6 meses após o registo do diagnóstico, por forma a que passe tempo suficiente para a realização de algumas das atividades avaliadas no numerador.

O. A condição da pressão arterial é avaliada apenas em utentes com menos de 65 anos, pois é controverso, do ponto de vista clínico, exigir esse tipo de limiar de pressão arterial para utentes com idade superior. Para além disso, existe outro indicador (Proporção de utentes com hipertensão arterial com idade inferior a 65 anos, com pressão arterial inferior a 150/90 mmHg), que já segue esta lógica.

P. Apenas são considerados no numerador os utentes com registo de PAS inferior a 150 e PAD inferior a 90.

Observações Sobre Software

SAPE/SClínico:

A. O peso e a estatura podem ser registados neste sistema.

B. A pressão arterial pode ser registada neste sistema.

SAM/SClínico:

A. O peso e a estatura podem ser registados na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes, saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil.

B. A pressão arterial pode ser registada na ficha individual e nos programas de hipertensão, diabetes, saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil.

C. A microalbuminúria pode ser registada no módulo de MCDT e em campos específicos existentes na ficha de hipertensão e na ficha de diabetes.

D. O risco cardiovascular pode ser registado quer na ficha individual quer na ficha de hipertensão, sendo contabilizado para este indicador independentemente da ficha onde é registado.

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico de hipertensão pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas]. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido".

B. A pressão arterial pode ser registada nos seguintes locais do MedicineOne (campos de PA sistólica e PA diastólica):

- Biometrias;

- Módulo de hipertensão;

- Módulo de diabetes;

- Módulo de saúde infantil;

- Módulo de saúde materna;

- Módulo de planeamento familiar;

C. A proteinúria, o colesterol total, o colesterol HDL e os triglicéridos podem ser registados quer no módulo de análises quer no módulo de MCDT. O SIARS contabiliza-os quando registados em qualquer deles.

D. A microalbuminúria pode ser requisitada e registada quer através do módulo de análises quer através do módulo de MCDT. O SIARS contabiliza-os quando registados em qualquer deles.

E. A microalbuminúria pode também ser registada nos campos criados para o efeito quer no módulo de hipertensão, quer no módulo de diabetes.

F. O peso e a estatura podem ser registados nas biometrias e nos módulos de hipertensão, diabetes, saúde materna, planeamento familiar e saúde infantil.

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variáveis "consulta médica", "consulta de enfermagem"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O último semestre corresponde aos 6 meses que antecedem a data de referência do indicador. O penúltimo semestre corresponde aos 6 meses

anteriores. Por exemplo se a data de referência do indicador for 30-04-2012, o 1º semestre fica compreendido entre 01-05-2011 e 31-10-2011 e o 2º semestre entre 01-11-2011 e 30-04-2012.

- Numerador (variável "registo de pressão arterial em 2 semestres"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador. O último semestre corresponde aos 6 meses que antecedem a data de referência do indicador. O penúltimo semestre corresponde aos 6 meses anteriores. Por exemplo se a data de referência do indicador for 30-04-2012, o 1º semestre fica compreendido entre 01-05-2011 e 31-10-2011 e o 2º semestre entre 01-11-2011 e 30-04-2012.

- Numerador (variável "resultado da pressão arterial"): Duração de 6 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "registo do risco cardiovascular"): Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "microalbuminúria"): Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos"): Duração de 36 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "peso"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "estatura"): Ver REGRAS DE CÁLCULO.

- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "HTA na lista de problemas"): Duração de 6 meses, terminando na data de referência do indicador.

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FIXO"

- Numerador (variáveis "consulta médica", "consulta de enfermagem"): Duração de 7 a 12 meses. Termina na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador pertence ao primeiro semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de julho e 31 de dezembro do ano precedente e o segundo semestre entre 1 de janeiro e 30 de junho do ano em curso. Quando a data de referência do indicador pertence ao segundo semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de janeiro e 30 de junho (do ano em curso) e o segundo semestre entre 1 de julho e 31 de dezembro (do ano em curso).

- Numerador (variável "registo de pressão arterial em 2 semestres"): Duração de 7 a 12 meses. Termina na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador pertence ao primeiro semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de julho e 31 de dezembro do ano precedente e o segundo semestre entre 1 de janeiro e 30 de junho do ano em curso. Quando a data de referência do indicador pertence ao segundo semestre do ano civil, o 1º semestre do [período em análise] fica compreendido entre 1 de janeiro e 30 de junho (do ano em curso) e o segundo semestre entre 1 de julho e 31 de dezembro (do ano em curso).

- Numerador (variável "resultado da pressão arterial"): Duração de 1 a 6 meses, terminando na data de referência do indicador. Quando a data de referência do indicador se situa nos primeiros 6 meses do ano, o período em análise inicia-se a 1 de janeiro do ano em curso. Quando a data de referência do indicador se situa nos últimos 6 meses do ano, o período em análise inicia-se a 1 de julho do ano em curso.

- Numerador (variável "registo do risco cardiovascular"): Duração de 25 a 36 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-2 e termina na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "microalbuminúria"): Duração de 25 a 36 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-2 e termina na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "colesterol total, colesterol HDL e triglicéridos"): Duração de 25 a 36 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano N-2 e termina na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "peso"): Duração de 1 a 12 meses. Tem início a 1 de janeiro do ano em curso e termina na data de referência do indicador.

- Numerador (variável "estatura"): Ver REGRAS DE CÁLCULO.

- Denominador (variável "inscrição ativa na unidade de saúde"): Coincidente com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "HTA na lista de problemas"): Duração de 1 a 6 meses, terminando na data de referência do indicador. Se a data de referência do indicador pertence ao 1º semestre, o período em análise inicia-se a 1 de janeiro do ano corrente e o diagnóstico de HTA deve estar registado como "ativo" na lista de problemas pelo menos desde 1 de janeiro até à data de referência do indicador, para que se considere verdadeira a condição B do denominador (assume-se que se manterá "ativo" até 30 de junho). Se a data de referência do indicador pertence ao 2º semestre, o período em análise inicia-se a 1 de julho do ano corrente e o diagnóstico de HTA deve estar registado como "ativo" na lista de problemas pelo menos desde 1 de julho até à data de referência do indicador, para que se considere verdadeira a condição B do denominador (assume-se que se manterá "ativo" até 31 de dezembro).

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB		Índice (escala valores entre 0 e 1)	Com dados desde Dezembro de 2013

Área Subárea Dimensão	Intervalo Esperado	Variação Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
-------------------	--------------	----------------------------------	---------------------

Processo	Hipertensão	Utentes inscritos durante um mínimo de N meses do período em análise	30 dias
----------	-------------	--	---------

Legenda

PA - Pressão arterial;
PAS - Pressão arterial sistólica;
PAD - Pressão arterial diastólica;
MCDT - Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica;
Ponder. - Ponderação

237

Código

2.13.05

Código SIARS

MORB.237.01

Nome abreviado

Incidência de "hipertensão arterial"

Designação

Proporção de utentes com novo diagnóstico de "hipertensão arterial"

Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "incidência de hipertensão arterial"

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com novo diagnóstico de "hipertensão arterial" (último ano) identificados na população inscrita. Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "hipertensão arterial" registado na lista de problemas e iniciado no último ano.

Denominador: Contagem de utentes inscritos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "hipertensão arterial" (rubricas ICPC K86 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador e teve início nos últimos 12 meses (ver alíneas A e B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea C de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Contabilizam-se apenas os diagnósticos que tiveram início (campo "data de início" do problema) nos 12 meses que antecedem a data de referência do indicador. Isto pressupõe que os médicos quando procedem ao registo de um novo problema de saúde alterem a data que é colocada por defeito pelo sistema de registo clínico nesse campo (habitualmente a data atual) para a data aproximada em que o problema foi diagnosticado ao doente. Não o fazendo, tal ocasiona uma sobre-valorização do resultado deste indicador.

C. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição. Isto faz com que os utentes falecidos ou transferidos ao longo do ano e com o problema de saúde registado na lista de problemas antes do falecimento não sejam contabilizados no denominador nem no numerador, decorrendo daí uma subvalorização da incidência.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido"

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "diagnóstico na lista de problemas"): Duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

- Denominador (variável "inscrição"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 1.000	%	Incidência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área Subárea Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Hipertensão	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

205

Código

2.12.08

Código SIARS

MORB.205.01

Nome abreviado

Proporção de utentes com "hipertensão arterial"

Designação

Proporção de utentes com o diagnóstico de "hipertensão arterial"

Objetivo

Caraterizar a população inscrita. Parâmetro "prevalência de hipertensão arterial"

Descrição do Indicador

Indicador que exprime a proporção de utentes com "hipertensão arterial" identificados na população inscrita.
Numerador: Contagem de utentes inscritos que têm o diagnóstico de "hipertensão arterial" registado na lista de problemas.
Denominador: Contagem de utentes inscritos.

Regras de cálculo

NUMERADOR (AA):

Contagem de utentes em que a expressão [A e B] é verdadeira:

A. Todas as condições enunciadas para o denominador.

B. O diagnóstico de "hipertensão arterial" (rubricas ICPC K87 ou K87) encontra-se na lista de problemas, com o estado de "ativo", à data de referência do indicador (ver alínea A de OBSERVAÇÕES GERAIS).

DENOMINADOR (BB):

Contagem de utentes em que a expressão [A] é verdadeira:

A. Com [inscrição ativa](#) na data de referência do indicador (ver alínea B de OBSERVAÇÕES GERAIS).

Observações Gerais

A. Contabilizam-se as rubricas definidas nas regras de cálculo, bem como eventuais subrubricas existentes.

B. Inclui apenas as inscrições SINUS tipo "1" e tipo "2" (respetivamente "primeira inscrição" e "transferido de uma inscrição primária"). Exclui "esporádicos", "não frequentadores" e outras formas de inscrição.

Observações Sobre Software

MEDICINEONE:

A. O diagnóstico pode estar inserido quer na [lista de problemas] quer na [lista de outros problemas].

B. O diagnóstico necessita estar classificado como "ativo" e não ter sido classificado como "inválido"

Período em Análise

INDICADOR CALCULADO PELO MÉTODO DE "PERÍODO EM ANÁLISE FLUTUANTE"

- Numerador (variável "diagnóstico na lista de problemas"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide com a data de referência do indicador.

- Denominador (variável "inscrição"): A duração do período em análise é de 1 dia, que coincide com a data de referência do indicador.

Fórmula	Unidade de medida	Output	Estado do indicador
AA / BB x 100	%	Prevalência	Com dados desde Dezembro de 2009

Área Subárea Dimensão	Intervalo Esperado	Varição Aceitável
---	---	---

Tipo de Indicador	Área clínica	Inclusão de utentes no indicador	Prazo para Registos
Estrutura	Hipertensão	Utentes inscritos à data de referência do indicador	5 dias

ANEXO 3

“EMPOWERMENT ASSESSMENT RATING SCALE”

(LAVRACK, G., 2007)

Foi realizada uma sessão de grupos focais com os representantes dos conselhos técnicos de cada unidade funcional do ACES (ou alguém em quem delegassem essa função), onde se validou o conteúdo da tradução portuguesa da “*Empowerment Assessment Rating Scale*” (Laverack, G., 2007) para o contexto de uma comunidade ACES, avaliando-se ao mesmo tempo o nível de empoderamento comunitário do ACES, nos nove domínios da escala, para a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem.

Domínios da Escala

Participação Comunitária

Capacidade para avaliar o problema

Liderança Local

Estruturas Organizacionais

Mobilização de recursos

Ligações a outros

Capacidade para questionar “porquê”

Gestão de programa

Relação com agentes externos

Em relação ao contributo para a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem...

Domínio 1	
1	Nem todos os membros e grupos da comunidade estão a participar nas atividades e reuniões da comunidade!
2	Os membros da comunidade participam nas reuniões, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda.
3	Os membros da comunidade estão envolvidos na discussão mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação. Estão limitados a atividades tais como trabalho voluntário e donativos financeiros.
4	Os membros da comunidade estão envolvidos nas decisões no planeamento e implementação. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros.

5	Tem sido mantida a participação na tomada de decisões. Os membros da comunidade estão envolvidos em atividades fora da comunidade.
---	--

Em relação ao contributo para a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem...

Domínio 2	
1	A comunidade não realiza qualquer avaliação de problemas.
2	A comunidade apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação.
3	A comunidade tem competências. Os problemas e as prioridades são identificados pela comunidade. Não envolveu a participação de todos os sectores da comunidade.
4	A comunidade identificou problemas, soluções e ações. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento da comunidade.
5	A comunidade continua a avaliar e é a “dona” dos problemas, soluções e ações.

Em relação ao contributo para a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem...

Domínio 3	
1	Algumas organizações comunitárias sem um líder.
2	Existem líderes para todas as organizações comunitárias. Algumas organizações não funcionam sob a liderança dos seus líderes.
3	As organizações comunitárias funcionam sob liderança. Algumas organizações não têm suporte de líderes externos à comunidade.
4	Os líderes estão a desenvolver iniciativas com o suporte das suas organizações. Os líderes necessitam de treino de competências.
5	Os líderes tem iniciativa total. Organizações em suporte total. Os líderes trabalham com grupos externos para ganhar recursos.

Em relação ao contributo para a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem...

Domínio 4	
1	A comunidade não tem estruturas organizativas tais como conselhos/comissões.
2	As organizações foram estabelecidas pela comunidade, mas não estão ativas.
3	Mais do que uma organização ativa. As organizações têm mecanismos que permitem aos membros ter uma participação significativa.
4	Muitas organizações estabeleceram ligações umas com as outras dentro da comunidade.
5	As organizações estão ativamente envolvidas dentro e fora da comunidade. A comunidade está comprometida com as suas e outras organizações.

Em relação ao contributo para a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem...

Domínio 5	
1	Os recursos não estão a ser mobilizados pela comunidade.
2	Apenas as pessoas ricas e influentes mobilizam os recursos criados pela comunidade. Os membros da comunidade são criados para providenciar recursos.
3	A comunidade tem vindo a aumentar os recursos, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados.
4	Os recursos criados são usados para atividades fora da comunidade. Existe discussão pela comunidade sobre a sua distribuição mas não são distribuídos com justiça.
5	Criados recursos consideráveis e a comunidade decide sobre a sua distribuição. Os recursos são distribuídos de forma justa.

Em relação ao contributo para a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem...

Domínio 6	
1	Nenhuma ligação a pessoas ou organizações.
2	A comunidade tem ligações informais com outras organizações e pessoas. Não tem um propósito bem definido.
3	A comunidade acordou ligações mas não estão envolvidas nas atividades e desenvolvimento da comunidade.
4	Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento da comunidade, baseado no respeito mútuo.
5	As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhorias para a comunidade.

Em relação ao contributo para a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem...

Domínio 7	
1	Não são realizadas discussões em grupo para questionar os assuntos da comunidade.
2	São desenvolvidas discussões em pequenos grupos para questionar sobre os assuntos da comunidade e para desafiar o conhecimento adquirido.
3	Grupo criado para ouvir os assuntos da comunidade. Este tem a capacidade para refletir nos assuntos, definindo as suas ideias e ações. Têm habilidade para desafiar a sabedoria adquirida.
4	Existe diálogo entre os grupos da comunidade para identificar soluções, testar-se e analisar. Alguma experiência em testar soluções.
5	Os grupos da comunidade têm a capacidade para autoanalisar e desenvolver esforços ao longo do tempo. Isto leva a mudança coletiva.

Em relação ao contributo para a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem...

Domínio 8	
1	Por agente.
2	Por agente em discussão com a comunidade.
3	Pela comunidade supervisionada pelo agente. Mecanismos de tomada de decisão mutuamente acordados. Papéis e responsabilidades claramente definidas. A comunidade não recebeu treino de competências para a gestão de programas.
4	Pela comunidade, com assistência limitada do agente no planeamento, política e avaliação. Desenvolvimento de um sentido de pertença da comunidade.
5	Gestão da comunidade independente do agente. A gestão é responsável.

Em relação ao contributo para a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem...

Domínio 9	
1	Agentes no controlo das políticas, finanças, recursos e avaliação de programas.
2	Os agentes no controlo, mas discutem com a comunidade. Não existe tomada de decisão da comunidade. O agente atua em representação para produzir resultados.
3	Agentes e comunidade tomam decisões conjuntas. O papel do agente é mutuamente acordado.
4	A Comunidade toma decisões com o suporte de agentes. O agente facilita a mudança com treino e suporte.
5	Os agentes facilitam a mudança a pedido da comunidade que toma as decisões. O agente atua em nome da comunidade para construir capacidades.

Durante a aplicação da escala, a comunidade ACES decidiu fazer umas alterações. Assim, no domínio 1, na afirmação 3 é para retirar a última frase e no domínio 3 é para trocar a expressão "Organizações Comunitárias" por Comunidade ACES (que inclui unidades funcionais e de governação clínica).