



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

THE EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE OF NURSING
DIAGNOSES

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

Por
Maria Alice Freire Teixeira

Porto – março, 2019



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

THE EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE OF NURSING
DIAGNOSES

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

Por
Maria Alice Freire Teixeira

Sob a orientação do Professor Doutor Pedro Melo

Porto – março, 2019

Resumo

O presente relatório pretende explicar as experiências vivenciadas no decorrer do estágio final do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, que decorreu numa Unidade de Saúde Pública da região norte do país.

O sentido da aquisição das competências especializadas alicerçou-se no desenvolvimento, durante o estágio, de um projeto centrado numa comunidade como alvo dos cuidados e relacionado com a vigilância epidemiológica de diagnósticos de enfermagem numa comunidade Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS), tendo os profissionais enfermeiros como alvo de atenção. Esta problemática é ainda nova e pouco estudada, sendo o projeto inovador pelo cariz da intervenção, atuar sobre os profissionais, como pelos resultados que se pretendem obter.

Procurou-se capacitar os enfermeiros de uma comunidade ACeS para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem, com recurso ao empoderamento comunitário como processo e como resultado, alicerçando a decisão clínica na matriz do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC).

Para expor o percurso realizado apresenta-se no primeiro capítulo deste relatório um enquadramento relativo ao local onde decorreu o estágio, bem como ao projeto a instituir e o seu alinhamento com os problemas identificados no ACeS em causa. Apresenta-se ainda um enquadramento teórico que engloba o modelo teórico de referência, MAIEC, e o Empoderamento Comunitário e faz-se uma breve revisão da literatura sobre a vigilância epidemiológica e os focos de enfermagem em estudo. Para finalizar faz-se uma reflexão sobre os procedimentos metodológicos inerentes à consecução do projeto, incluindo os procedimentos éticos e deontológicos a considerar.

No segundo capítulo apresenta-se toda a concretização do projeto. Faz-se a descrição do diagnóstico de situação, em que se apresentam os resultados da colheita de dados realizada por questionários e técnica de grupo focal. Em seguida apresentam-se as etapas de planificação (os critérios de priorização, os objetivos delineados para o atingimento das metas definidas, atividades planeadas e respetivos indicadores de processo e resultado) e execução da intervenção. Por fim faz-se uma análise reflexiva sobre os resultados obtidos.

Foi também um propósito a aquisição das competências específicas da área de especialidade, aplicando o planeamento em saúde à problemática em estudo, promovendo a capacitação e gestão de projetos integrados nos programas de saúde em vigor, pelo que no último capítulo se faz uma reflexão sobre todas as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) e como o percurso realizado contribuiu para a sua aquisição.

Pretende-se evidenciar o desenvolvimento das competências para potenciar uma prática profissional especializada, fundamentada pela evidência científica, que promova ganhos em saúde na população, pela atuação sobre os determinantes de saúde, para melhoria de problemas existentes e prevenção de complicações futuras, numa intervenção centrada na comunidade como cliente do enfermeiro.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Comunitária; Vigilância Epidemiológica; Empoderamento; Competências Especializadas

Abstract

The present report intends to describe the experiences gathered during the final nursing placement of the Nursing Master's, with specialisation on Community Nursing, that took place on a Public Health unit on the northern area of the country.

In order to achieve specialised competences we based on the development, during the placement, of a project focused on a community as care target and related with the epidemiological surveillance of nursing diagnoses in a grouping of health centers (ACeS) community, having nursing professionals as main focus of attention. This problematic is still new and not deeply studied, being an innovative project for the intervention nature, taking action in the professionals, as by the results that are desired to obtain.

It was intended to empower the nurses of an ACeS community for the epidemiological surveillance of nursing diagnoses, with resource to community empowerment as a process and outcome, grounded as a clinical decision in the Community Assessment Intervention Empowerment Model (MAIEC).

In order to describe the realized process it is presented, in the first chapter of this report, a framework where the placement took place, as well as the project to be instituted and his alignment with the identified problems in ACeS in cause. It is also presented a theoretical framework that englobes the theoretical reference model, MAIEC, and the community empowerment, besides, we perform a brief literature revision about the epidemiological surveillance, as well as the nursing focus in study. Finally, a reflection is made on the methodological procedures inherent to the project, including the ethical and deontological procedures to be considered.

In the second chapter it is presented all the project achievements. It was described the situation diagnosis, in which are presented the results by the facts collected with questionnaires and focal groups technique. Subsequently it is introduced the planification stages (prioritising the parameters, the designed goals in order to reach the defined objectives, planned activities and the respective process and result indicators) and the executed intervention. Lastly, it was performed a reflective analysis about the obtained results.

Also, it was a purpose acquire specific competences within the specialised area, applying the health planning to the question in study, promoting capacity and project management integrated on the current health programs, therefore, on the last chapter there is a reflection about all the specific competences of the specialist nurse in community health as well as the pathway that has contributed to its accomplishment.

We pretend to highlight the development of competences that strengths the specialised clinical practice, based on scientific evidence, that promotes beneficial health outcomes to the population, acting through the health determinants, contributing to the improvement of existing problems to prevent future complications, on fundamental interventions within the community as a nurse client.

Key words: Community Health Nursing; Epidemiological Surveillance; Empowerment; Specialized Skills

Não basta adquirir sabedoria; é preciso, além disso, saber utilizá-la.
Cícero

Ao meu pai... que sempre me incentivou a procurar a excelência!

Agradecimentos

Ao ACeS, nas pessoas do seu Diretor Executivo, Dr. Hugo, e Presidente da Direção de Enfermagem, Enfermeira Benvinda, pela oportunidade e disponibilidade para executar este projeto.

À Clarisse, pela amizade e apoio constantes no percurso e pela calma transmitida nos momentos mais tempestuosos.

À equipa da USP que me recebeu de forma tão calorosa, em especial à Fernanda que acompanhou de perto o percurso.

À Alexandra e à Amélia, por toda a ajuda e bons conselhos, ao longo de ambos os estágios.

A todos os enfermeiros que colaboraram e tornaram possível a concretização deste projeto.

Aos colegas da unidade, em especial ao Bruno pela sua disponibilidade constante.

Ao Doutor Pedro Melo por possibilitar integrar este projeto desafiante, pelo apoio e colaboração constantes.

Às “parceiras” de curso, pelos bons momentos e pelas partilhas, particularmente à Luísa que partilhou o caminho.

À Sílvia, pela sua amizade.

E, finalmente, à minha Família! Por ser o pilar, a força e o ânimo que me ajudaram a superar algumas etapas difíceis e dolorosas que fizeram parte deste percurso.

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

CIIS - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde

CIPE - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DE - Direção de Enfermagem

DDO - Doença de Declaração Obrigatória

ECSP - Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

EEEC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

Enf.ºs - Enfermeiros

ISO - International Organization for Standardization

MAIEC - Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

N.º - Número

ODE - Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

OE - Ordem dos Enfermeiros

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

PLS - Plano Local de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

TB - Tuberculose

UE - União Europeia

UCP - Universidade Católica Portuguesa

USP - Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE GERAL

1. Introdução	19
2. A construção de um percurso: o projeto e a investigação	23
2.1 O contexto	23
2.2 O projeto	24
2.3 O enquadramento teórico	26
2.3.1 MAIEC e Empoderamento Comunitário	27
2.3.2 Vigilância Epidemiológica e Focos de Enfermagem	30
2.4 Os Procedimentos metodológicos	34
3. O percurso: do diagnóstico às soluções	39
3.1 O diagnóstico da situação	39
3.2 A planificação da intervenção	43
3.3 A execução da intervenção	51
3.4 Os sucessos e os reveses	54
4. O caminho para a aquisição de competências	59
4.1 O planeamento em saúde	59
4.2 A capacitação de uma comunidade - o empoderamento como ferramenta e resultado	62
4.3 A gestão de projetos/programas	64
4.4 A vigilância epidemiológica	65
5. Conclusão	69
6. Referências Bibliográficas	73

APÊNDICES

Apêndice I - Critérios de diagnóstico do questionário	79
Apêndice II - Questionário 1	83
Apêndice III - Formação aos Conselhos Técnicos	93
Apêndice IV - Regulamento do ODE	99
Apêndice V - Formação aos enfermeiros	111
Apêndice VI - Questionário de avaliação da formação	129
Apêndice VII - Material de apoio (manual para registo dos focos álcool, ansiedade e sono)	133
Apêndice VIII - Newsletter do PLS	155
Apêndice IX - Questionário 2	163
Apêndice X - Formação em Serviço	171

ANEXOS

Anexo I - Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário	183
Anexo II - Parecer da Comissão Ética	189
Anexo III - Consentimento Informado	195
Anexo IV - Formulário de inquérito de sintomas	199

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - O empoderamento comunitário como um contínuo	29
Figura 2 - Avaliação do nível de empoderamento comunitário do ACeS	42

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Critérios de Magnitude, Transcendência e Vulnerabilidade	44
Tabela 2 - Lista de problemas priorizados no ACeS	44
Tabela 3 - Metas e atividades planeadas para os problemas priorizados no ACeS	46
Tabela 4 - Cronograma de atividades	54
Tabela 5 - Resultados face às metas propostas	56

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório é o culminar de um percurso realizado para o atingimento de uma formação integrada no Mestrado em Enfermagem, e especializada em Enfermagem Comunitária, e que contribuiu para a aquisição de competências específicas, quer numa perspetiva académica, quer profissional avançada.

A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (ECSP) deve desenvolver a sua prática centrada na comunidade, e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), com a aquisição das competências específicas que lhe são inerentes, avalia e toma decisões sobre os problemas de saúde das populações, desenvolvendo respostas a esses problemas e promovendo a capacitação da comunidade, procurando ganhos em saúde e a melhoria das suas circunstâncias.

Para o desenvolver destas competências realizou-se um estágio numa Unidade de Saúde Pública (USP) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da região norte do país, entre 10 de Setembro de 2018 e 05 de Janeiro de 2019, num total de 360 horas de contacto.

A USP, que funciona como estrutura de vigilância e monitorização da saúde das populações, num contacto de proximidade, apresentou-se como um local ótimo à aquisição das competências específicas do EEEEC, bem como à integração do projeto que se pretendia desenvolver, no âmbito dos objetivos do ciclo de estudos em que o estágio se enquadra.

Para além das competências de enfermeiro especialista era também objetivo para este estágio a integração e colaboração numa investigação em curso do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), respondendo aos objetivos do ciclo de estudos em que este estágio se integra, nomeadamente a de desenvolvimento de projetos de intervenção e investigação, junto das famílias, nas comunidades e nas instituições de saúde em geral.

A utilização do Modelo De Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) enquanto promotor do empoderamento comunitário, enquadra-se nas competências específicas do EEEEC, e permitiu orientar a intervenção desde o diagnóstico à avaliação dos resultados, através da sua matriz de decisão clínica.

Utilizando uma metodologia descritiva, mas ao mesmo tempo reflexiva, em que se procura ilustrar todo o percurso realizado, pretende-se com este relatório:

- demonstrar e analisar de forma crítica o percurso realizado;
- expor, de forma clara, todo o processo de decisão clínica;
- refletir sobre a aquisição de competências de EEEEC.

Optou-se por organizar o presente relatório em três capítulos, e para melhor compreensão apresentar primeiro o projeto e o seu enquadramento, depois o desenvolver da intervenção na comunidade e, por fim, refletir como todo o caminho levou à concretização da aquisição de competências de EEEEC.

Esta organização pretende-se simples, mas não simplista, pretendendo demonstrar a riqueza de experiências, o esforço e empenho dedicados a este projeto, que sendo pessoal pretendeu também ser de toda a equipa da USP, de todos os profissionais de enfermagem, da direção do ACeS, e em última instância de todos a quem servimos, a população.

Este foi um percurso sinuoso, com muitos altos e baixos, mas que deixa, sem réstia de dúvida, uma sensação de realização, ao mesmo tempo que lança a primeira “pedra” para um novo caminho, cheio de novos desafios a ser alcançados.

Utilizou-se como norma de referenciação a ISO 690.

2. A CONSTRUÇÃO DE UM PERCURSO: O PROJETO E A INVESTIGAÇÃO

Não seria possível concretizar um estágio e um projeto sem um contexto de prática clínica/assistencial que permitisse o desenvolver das atividades inerentes aos mesmos. E considerando quer os objetivos do estágio, quer os propostos individualmente, optou-se por uma tipologia de unidade voltada para a vigilância do estado de saúde da população, bem como para o planejamento e avaliação de projetos e programas de saúde.

2.1 O Contexto

Dado o âmbito da especialização, Enfermagem Comunitária, e tendo em consideração a aquisição das competências específicas desta especialidade, nomeadamente: avaliar o estado de saúde de uma população com base no planejamento em saúde, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integrar a coordenação de Programas de Saúde de âmbito comunitário e consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS) e, finalmente, realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico, considerou-se que a USP seria o local ideal para desenvolver estas competências.

A USP, pela organização dos serviços e funções de natureza operativa, descritos no Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 Fevereiro, e suas competências, também descritas no referido decreto e republicadas no Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro, *funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, 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. (1) (2)

Considerando também a integração e colaboração numa investigação em curso no CIIS, como já referido na nota introdutória deste relatório, e à luz do descrito nas funções da USP no Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro, no seu artigo artigo 3º, alínea j), *no que concerne à investigação em saúde pública, incluindo sobre serviços de saúde, com vista a produzir conhecimentos para a elaboração e implementação de políticas de saúde (2)*, ficou mais uma vez reforçado o parecer da USP como local para a realização deste estágio final.

Na prática, este local demonstrou-se um ótimo contexto para a concretização dos objetivos propostos, quer a nível individual, quer ao nível do projeto que se pretendia implementar no ACeS. O projeto foi aceite de imediato e com grande entusiasmo pelo seu carácter inovador, pelo que se tornou um privilégio fazer parte deste grande projeto MAIEC.

2.2 O Projeto

Colaborar com o projeto MAIEC tornou-se um acrescento valioso para o percurso académico e profissional, e para o concretizar dos objetivos, quer do ciclo de estudos em que a unidade curricular se enquadra, quer individuais.

O encetar deste trabalho foi um grande desafio, mas ao mesmo tempo uma possibilidade para o desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional. A aquisição de competências e enriquecimento do corpo de conhecimentos científicos são pedra basilar para uma prática fundamentada e capaz de responder às reais necessidades das populações.

De facto, um conhecimento teórico aprofundado melhora a prática profissional, na medida em que o pensamento crítico e a tomada de decisão derivam de métodos sistematicamente desenvolvidos que os fundamentam. Consequentemente a teoria vai conduzir a uma autonomia profissional por força da orientação que produz quer para a prática, quer para o ensino e investigação dentro da profissão. (3)

Um elevado nível de conhecimentos, conceptuais e teóricos, conduz não só à excelência da prática para qualquer profissão que aspire pelo seu desenvolvimento contínuo, mas serve também para orientar a investigação e fomentar a responsabilidade perante o utente. (3) (4)

É importante para os enfermeiros, bem como para a valorização profissional, que estes sejam capazes de desenvolver competências para a utilização da evidência científica na sua prática diária, contribuindo para a relevância dos seus cuidados, que respondam com qualidade e efetividade às pretensões e necessidades dos utentes, famílias e comunidades.

Entendendo a enfermagem como profissão e disciplina, é de sobremaneira importante que se renove continuamente o seu corpo de conhecimentos, o que apenas pode ser assegurado pela Investigação. Esta é a forma de evoluir para uma efetiva construção da disciplina, identificando saberes específicos e contribuindo para a prática baseada na evidência. (5)

Com este projeto de investigação, procura-se identificar os contributos da aplicação do empoderamento comunitário como resultado da intervenção dos enfermeiros, por forma a compreender de que forma o MAIEC poderá integrar-se na decisão clínica dos enfermeiros, quando é a comunidade (sejam quais forem as suas características) o alvo dos seus cuidados.

Como proposto no projeto de estágio, a aplicação deste modelo numa comunidade, neste caso concreto os enfermeiros de um ACeS da região norte, pretende promover o empoderamento da comunidade para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem, tendo como epicentro a USP.

Tendo estes pressupostos em consideração, houve lugar à seleção dos focos de enfermagem a serem alvo da vigilância epidemiológica prevista na finalidade do projeto. Para esta etapa, recorreu-se a um consenso de peritos, para a definição dos mesmos.

Optou-se por este método uma vez que, um consenso obtido entre um grupo de pessoas conhecedoras dos problemas da população em estudo é altamente fiável. (6)

Considerando esta etapa já como uma etapa do Planeamento em Saúde, ela é de extrema importância, na medida em que permite identificar problemas e necessidades que vão tornar pertinentes as ações a desenvolver, na mesma medida em que sensibiliza e motiva os profissionais para a importância do trabalho a desenvolver e dos problemas sobre os quais se pretende intervir. (6)

Procurou alinhar-se o projeto com o Plano Local de Saúde (PLS) – Extensão 2020 do ACeS, atendendo aos problemas de saúde identificados, bem como às prioridades definidas e objetivos propostos.

Os problemas de saúde priorizados no PLS foram:

- Doenças cerebrovasculares;
- Tumores malignos da laringe, traqueia, brônquios e pulmões;
- Tumor maligno da mama feminina;
- Diabetes Mellitus;
- Perturbações depressivas.

Considerando as necessidades de saúde definidas no PLS, bem como os determinantes da saúde relacionados com os problemas de saúde identificados, e em resultado do consenso de peritos, selecionaram-se para avaliação os focos de enfermagem **Ansiedade, Sono e Uso do Álcool**.

Segundo o PLS – Extensão 2020, no ACeS, à semelhança do que se verifica em Portugal, o registo de Perturbações Depressivas e de Perturbações de Ansiedade tem vindo a aumentar, pelo que será oportuno a monitorização dos focos Ansiedade e Sono.

Relativamente ao Uso do Álcool, é referido no PLS que o uso nocivo do álcool é um fator determinante de múltiplas causas de morte, doenças e lesões, tais como neoplasias, doenças cérebro e cardiovasculares, que se encontram listadas como problemas prioritários para o ACeS.

2.3 O Enquadramento Teórico

Pretende-se apresentar em seguida, de forma sucinta, os conceitos e referenciais teóricos, referidos na etapa do projeto, de maneira a enquadrar a problemática em estudo. É importante, enquanto profissional e neste percurso enquanto estudante, ter um referencial teórico, na medida em que a teoria representa uma ferramenta para a sustentar o raciocínio, o pensamento crítico e a tomada de decisões. (3)

2.3.1 MAIEC e Empoderamento Comunitário

O MAIEC surge a partir de um estudo desenvolvido num paradigma construtivista assente em duas etapas, os grupos focais e um painel Delphi para validar o modelo desenvolvido nos grupos focais. Este estudo identificou áreas de atenção em Enfermagem Comunitária, diagnósticos em Enfermagem Comunitária e as intervenções dos enfermeiros que se integram nas dimensões do Empoderamento Comunitário e o potenciam como resultado das práticas dos enfermeiros. (7)

Este modelo, como qualquer Modelo Teórico de Enfermagem, apresenta conceitos, pressupostos e postulados, bem como uma matriz de decisão clínica em enfermagem.

Os seus conceitos baseiam-se nos conceitos metaparadigmáticos de Comunidade, Ambiente Comunitário, Saúde Comunitária e Cuidado de Enfermagem à Comunidade.

Os seus pressupostos consideram a comunidade como alvo central dos cuidados de enfermagem, numa perspetiva sistémica, dando ênfase à abordagem colaborativa e orientada para a autonomia da comunidade, assente na potencialização das suas forças, recursos e competências para a identificação e resolução dos seus problemas. (7)

Quanto aos postulados, também numa abordagem à comunidade, definem que:

1. independentemente da sua natureza, todas as comunidades são suscetíveis de avaliação e intervenção;
2. a abordagem da comunidade é desenvolvida quer no contexto da potenciação da saúde comunitária como na perspetiva da potenciação da saúde pública;
3. a avaliação da comunidade determina o planeamento de intervenções ajustadas às suas necessidades, de acordo com o ambiente comunitário em que se integra;
4. a comunidade, enquanto unidade de cuidados, requer intervenções de enfermagem, no sentido de potenciar respostas em empoderamento comunitário como processo e como resultado;
5. as intervenções centram-se no empoderamento comunitário em paralelo com as necessidades específicas da comunidade identificadas no processo de avaliação específico de cada projeto de intervenção comunitária. (7)

Este modelo pretende dar resposta a uma lacuna sentida, na medida em que não se verifica a existência de modelos de enfermagem que enformem a práxis dos enfermeiros orientada para a comunidade como alvos dos seus cuidados. (8)

Para a decisão clínica no processo de enfermagem é proposta uma organização da tomada de decisão a partir de uma área de atenção ou foco central e das suas dimensões de diagnóstico, sendo que as intervenções surgem como resposta ao diagnóstico (foco central) e subdiagnósticos (dimensões de diagnóstico), segundo a terminologia da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE). (8)

Identifica-se então a **Gestão Comunitária** como foco central, e como dimensões de diagnóstico os focos **Participação comunitária**, **Liderança comunitária** e **Processo comunitário**. Com base nestas áreas de atenção, promove-se uma tomada de decisão clínica, centrada no processo de enfermagem, com propósito de empoderamento comunitário através dos cuidados de enfermagem. (8)

A matriz de decisão clínica do MAIEC apoia a tomada de decisão clínica dos enfermeiros, observando o empoderamento comunitário como processo e como resultado, desde o diagnóstico à avaliação das intervenções propostas.

O conceito de Empoderamento Comunitário tem sido definido ao longo dos anos, por diversos autores e de diferentes formas, considerando as diferentes áreas em que tem sido estudado, nomeadamente a psicologia ou a saúde mental na comunidade.

No entanto, quase todas as definições de empoderamento atribuem um valor positivo ao termo e implicam a noção de que o empoderamento deve ter origem no seio do grupo e não pode ser dado a um grupo ou comunidade. (9)

Para os diferentes teóricos o conceito deve ser observado tendo em conta diferentes níveis de empoderamento, como sejam uma ação psicológica e política como dois níveis de empoderamento, mas também um terceiro nível designado de empoderamento organizativo. Uma outra perspetiva deste conceito, apresenta-o como uma interação sinérgica entre os três níveis, como fenómeno individual e de grupo. (9)

Transpondo as diferenças, o traço comum na bibliografia é o encarar o empoderamento como um processo, num contínuo que representa formas de ação social e coletiva progressivamente mais organizadas e genéricas. Este modelo, apresentado na figura 1,

proporciona uma interpretação simples e linear de um conceito dinâmico e complexo que articula os diferentes níveis de empoderamento, e cada fase do contínuo pode ser encarada como resultado e avanço para a fase seguinte. (9)

Figura 1 – O empoderamento comunitário como um contínuo



Fonte: adaptado de Laverack (1999)

Também a Ordem dos Enfermeiros (OE), nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, define o *empowerment* para a saúde como um processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde. (10)

O *empowerment* para a saúde da comunidade pressupõe que os indivíduos atuem em conjunto para alcançar uma maior influência e controlo sobre os determinantes de saúde e a qualidade de vida da sua comunidade, sendo este um importante objetivo da mobilização comunitária para a saúde. (10)

Considerando quer o referencial teórico em estudo (MAIEC), quer este conceito de empoderamento/*empowerment*, mas também a variedade de contextos em que o exercício comunitário se realiza, importa deixar claro o conceito de comunidade.

A OE, com base na CIPE, define comunidade como um grupo de seres humanos vistos como unidade social ou um todo coletivo composto de membros pela partilha geográfica, de condições ou interesses comuns. (10)

O MAIEC define comunidade como um conjunto de pessoas que se integra num determinado contexto geográfico, bem delimitado, assim como com funções identificadas quer para e pelos seus membros quer para e pelos grupos e organizações que as constituem.

Exige um sentido de identidade que permite a partilha de objetivos comuns. É também um sistema relacional aberto, decorrente da interação das pessoas, grupos e organizações comunitárias. O todo e as partes interagem através da participação, liderança e processo comunitários. (7)

2.3.2 Vigilância Epidemiológica e Focos de Enfermagem

A epidemiologia entre muitas definições é descrita como uma *ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, à administração e à avaliação das ações de saúde.* (11)

A epidemiologia, através do estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados com a saúde da população, e do seu uso na prevenção e controlo dos problemas de saúde, pode ser encarada como uma ferramenta para melhorar a saúde pública. (12)

A vigilância em saúde promove a recolha, análise e interpretação de dados em saúde, para o planeamento, implementação e avaliação das atividades de saúde pública. A divulgação destes dados permite efetivas ações de prevenção de doença. (12)

No contexto epidemiológico, a vigilância adquire um papel fundamental e vai permitir: identificar casos isolados ou agrupados; avaliar o impacto de eventos para a saúde pública e avaliar tendências; medir fatores de risco para doenças; monitorizar a efetividade e avaliar o impacto de medidas de prevenção e controle, estratégias de intervenção e mudanças nas políticas de saúde e planear e fornecer atenção aos doentes. (12)

Sendo que a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem é 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.

Para os focos de enfermagem em estudo fez-se uma revisão da literatura como suporte teórico para as intervenções que viessem a ser desenvolvidas.

- **Ansiedade**

Como se verificou no PLS, o registo das perturbações de Ansiedade, no ACeS, tem vindo a aumentar, o que está em linha com a tendência nacional e europeia. Portugal é descrito como um dos países da Europa que apresenta das maiores taxas de prevalência de doença mental.

Dados mais recentes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), mostram que mais de uma em cada seis pessoas, cerca de 84 milhões (17,3%), nos países da União Europeia (UE) sofreram de uma perturbação mental em 2016, sendo que o distúrbio mental mais comum é o de ansiedade, com uma estimativa de 25 milhões de pessoas (5,4%). (13)

Portugal encontra-se em quinto lugar dos países da UE com maior prevalência de doenças mentais, 18,4% da população com pelo menos um distúrbio. (13)

Nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) o registo de perturbações mentais tem vindo a aumentar desde 2011, no que diz respeito a perturbações de ansiedade, perturbações depressivas e demências. (14)

Por outro lado, conhece-se também, com evidência científica, o impacto que estas perturbações produzem nos indivíduos e nas suas famílias, bem como as repercussões socioeconómicas e de qualidade de vida nas populações (sofrimento emocional, exclusão, isolamento, disrupção familiar, incapacidades, desemprego). (15)

Este conhecimento, conjugado com a investigação cada vez mais aprofundada acerca dos determinantes de saúde, mostra como é crucial que a saúde mental esteja integrada em todas as políticas e estratégias de saúde pública, dada a sua contribuição para o bem-estar das populações. (15)

Nas últimas décadas, a modificação estrutural da prestação de cuidados de saúde mental tem vindo a reforçar a importância dos CSP, nomeadamente no que se refere às perturbações mentais comuns.

De forma a possibilitar a implementação destas mudanças de forma consistente foi tomada a decisão, pelo Ministério da Saúde, de prolongar o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) até 2020, sendo uma das metas propostas aumentar em 25% o registo das perturbações mentais nos CSP.

- **Sono**

Pela evidência da literatura científica verifica-se a confirmação de que o sono ocupa um terço das nossas vidas e representa um momento fundamental para a recuperação física e psíquica dos indivíduos. (16)

Verifica-se nos resultados das pesquisas uma descrição do sono como fator chave para a restituição fisiológica, assim como o efeito negativo causado pelas suas restrições nos sistemas endócrino, metabólico e imunológico, com implicações médicas a longo prazo. (17)

Apesar da grande importância do sono para a recuperação física e psíquica do ser humano, bem como das repercussões para a sua saúde, as perturbações do sono constituem um problema global com implicações em 45% da população mundial. (18)

O sono e a abordagem às suas complicações é referido na literatura como um dos principais motivos de consulta no contexto dos CSP, e a prevalência de sintomas de insónia varia entre de 10 a 48%, com evidência de problemas de saúde relacionados com os sintomas de insónia, nomeadamente doenças obstrutivas das vias aéreas, doenças reumáticas e hipertensão. (19) (20)

Outros estudos epidemiológicos investigaram a ocorrência de perturbações mentais como ansiedade e depressão relacionadas com os sintomas de insónia, verificando a ocorrência desta relação na generalidade da população. (20)

A queixa de insónia é de facto das mais frequentes na prática clínica, sendo uma queixa subjetiva, mas genericamente relacionada com a sensação de dormir mal ou de sono não reparador. Tem, no entanto, merecido uma maior atenção a fatores relacionados aos estilos de vida, hábitos de trabalho e comorbilidades. (16)

As perturbações do sono constituem, pois, um problema de saúde pública que requer uma intervenção quer a nível individual, quer num âmbito mais vasto, envolvendo a adoção de

medidas educativas e de promoção da saúde fundamentadas na informação disponível sobre o problema. (16)

Apesar de serem ainda escassos os estudos epidemiológicos nesta área em Portugal, os que foram realizados permitem já algumas conclusões pelas similaridades nos resultados obtidos.

Verifica-se uma correlação entre variáveis como sexo, idade e escolaridade com a qualidade do sono, sendo que o sexo feminino, o aumento da idade e a baixa escolaridade se apresentam como fatores de risco para a pior qualidade do sono. (16) (19) (20)

Considerando estas variáveis, com a elevada prevalência de perturbações do sono nos utentes que recorrem aos CSP, como já foi referido, este deve tornar-se um foco da atenção dos enfermeiros na sua prática.

- **Uso de Álcool**

A temática do álcool, apesar dos resultados já alcançados, mantém-se atual, e uma abordagem nas vertentes da prevenção e redução do uso nocivo do álcool é considerada uma prioridade pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Os dados mais recentes relativamente à temática do álcool:

- as mortes atribuídas ao uso nocivo do álcool está estimada em 3 milhões, o que corresponde a 5,3% de todas as mortes, em 2016;
- os efeitos do consumo do álcool são maiores, na mortalidade, que os causados pela tuberculose (2,3%), HIV/SIDA (1,8%), diabetes (2,8%), hipertensão (1,6%), doenças digestivas (4,5%), acidentes rodoviários (2,5%) e violência (0,8%);
- o álcool tem também uma grande influência em anos de vida perdidos, quer por morte prematura quer por anos de vida vividos com incapacidade, correspondendo a 5,1% nesse ano. (21)

O álcool é considerado uma das causas major de doença e morte prematura a nível mundial, bem como um fator de risco importante para as mais variadas doenças, como sejam neoplasias, doenças cardiocerebrovasculares, doenças hepáticas, infeção pelo VIH, tuberculose, pneumonia e depressão. (22)

Está ainda associado ao aumento dos níveis de criminalidade, violência doméstica e sinistralidade rodoviária. O consumo de álcool durante a gravidez está associado a alterações no desenvolvimento cerebral fetal que podem originar défices intelectuais. (22)

Para que a normalização destes dados seja possível, o consumo de álcool e de bebidas alcoólicas é medido, ao nível populacional, em termos de consumo *per capita*. O *consumo de álcool per capita* é a quantidade registada de álcool consumido por adulto (15+ anos) durante um ano civil num país, em litros de álcool puro. (23) (24)

Em Portugal, o consumo per capita (15+) em 2016 foi de 12,3L de álcool puro, longe da média da União Europeia, que se encontra nos 9,8L de álcool puro. (21)

Sendo este um cálculo aproximado, de um consumo estimado para cada indivíduo, seria oportuno haver novos dados que permitissem ligar estes dados a outros de ordem sociodemográfica e de consumo, ao nível individual.

2.4 Os Procedimentos Metodológicos

Para que seja possível iniciar os procedimentos de colheita de dados, o primeiro passo será definir de forma clara a população a ser estudada e a sua amostra. Por população entende-se o conjunto de indivíduos que têm características comuns, ao passo que amostra, retirada da população, informa sobre as características dela sem que seja necessário estudar toda a população. (25)

A população em estudo define-se por critérios de inclusão, que correspondem às características essenciais dos seus elementos. Assim, para obter uma amostra o mais homogénea possível, determinam-se, por meio do uso de critérios de inclusão e exclusão, as características que se pretende encontrar ou excluir na amostra. (25)

Recorreu-se a uma amostragem não probabilística, ou seja, os elementos da população foram selecionados de acordo com a sua disponibilidade e características, sendo no caso concreto, uma amostra de conveniência.

A amostra, pelo tipo de amostragem selecionado, é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem aos critérios de inclusão determinados. (25)

Para a etapa de diagnóstico e intervenção foram considerados todos os enfermeiros que exercem funções no ACeS. No entanto, e considerando tratar-se uma amostra de conveniência, foi considerado critério de exclusão o estar ligado à investigação. Foi igualmente considerado critério de exclusão o não uso de registo em sistemas de informação (SCLínico). Do total da população (124 enfermeiros) são, portanto, excluídos 7 enfermeiros pelos critérios mencionados.

Foi também considerado, para o cálculo da amostra relativamente à população, o número de enfermeiros que se encontravam ausentes ao serviço, no momento da recolha de dados, por períodos de longa duração (1 mês ou mais), tendo-se efetuado o levantamento desse dado junto do serviço de recursos humanos do ACeS, excluindo-se mais 11 enfermeiros por este critério.

Para a etapa de diagnóstico, e considerando ter havido já um trabalho prévio, nomeadamente o consenso de peritos para a seleção dos focos de enfermagem a serem alvo de vigilância epidemiológica, optou-se pela colheita de dados por questionário.

Esta técnica é referida como adequada quando se sabe, à partida, o que se necessita saber, o que permite estruturar as questões para obter as informações necessárias. Outra vantagem para o uso deste tipo de instrumento de colheita de dados é o facto de permitir o total anonimato e assegurar a imparcialidade. (26)

Por outro lado, apresenta vantagem também na medida em que implica menos custos, menos tempo e esforço para a sua aplicação. É uma vantagem importante quando a amostra está geograficamente dispersa, o que era o caso, uma vez que o ACeS se estende por 3 municípios e com diversos edifícios e localizações. (26)

Para a construção do questionário usou-se como referencial o MAIEC e as suas dimensões de diagnóstico do foco Gestão Comunitária, sendo que as questões foram baseadas nas subdimensões de diagnóstico, ou seja, procurou-se incluir o coping, a comunicação, as parcerias, as estruturas organizativas, o conhecimentos, as crenças e a volição dos indivíduos, relativamente à vigilância epidemiológica dos focos de enfermagem previamente selecionados (APÊNDICE I).

Este questionário (APÊNDICE II) foi enviado por correio eletrónico a todos os enfermeiros do ACeS que cumpriam os critérios de inclusão, que foram também já previamente apresentados.

O seu envio aos profissionais foi agilizado pela direção do ACeS, uma vez que existe já uma lista de endereços na sua base de dados, e para garantia de proteção de dados pessoais.

Para o completo diagnóstico de situação realizou-se também a avaliação do nível de empoderamento da comunidade ACeS, através da aplicação da Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (ANEXO I), para avaliar os nove domínios do empoderamento comunitário: a participação; a liderança; as estruturas organizativas; a avaliação dos problemas; a mobilização de 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.

Considerando as diferentes etapas do estudo e o tipo de amostragem selecionado, considerou-se como critério de inclusão, para a avaliação do nível de empoderamento comunitário, serem profissionais com responsabilidades de gestão nas diferentes unidades, pelo que se optou por considerar os enfermeiros representantes dos conselhos técnicos e enfermeiros com cargo de coordenação, bem como os elementos adstritos à Direção de Enfermagem (DE).

Para esta avaliação foi utilizada a técnica de Grupo Focal. Os grupos focais, como forma de pesquisa qualitativa, são basicamente entrevistas em grupo. Em vez do sentido estrito de pergunta e resposta, é uma técnica que se baseia na interação dentro do grupo, com base nos tópicos fornecidos pelo investigador, que normalmente assume o papel de moderador. (27)

A interação do grupo serve para colher dados e opiniões dos participantes que não seriam possíveis de obter sem essa mesma interação. O uso desta técnica para a construção de programas baseados na comunidade é uma mais-valia, na medida em que, se procura obter dos potenciais clientes do programa, a sua opinião acerca do problema e como respondem a possíveis intervenções para abordar o mesmo.

É, de facto, reconhecida a vantagem deste método quando se pretende que a discussão entre os participantes conduza à expressão das suas diferentes perspetivas, incentivando a justificação dessas mesmas opiniões e obtendo resoluções para os problemas. (28)

Considerando que toda a investigação em saúde envolve seres humanos, há considerações éticas que devem ser tidas em consideração desde o início da investigação. O tema, o tipo

de estudo, a seleção dos participantes, a forma de recolha e tratamento dos dados são alguns dos aspetos a serem observados à luz da ética. (25)

Todos os procedimentos tiveram em conta os princípios éticos da investigação, estando de acordo com a legislação em vigor, considerando nomeadamente *o princípio da dignidade humana e dos seus direitos fundamentais*, sendo tomadas todas as precauções no sentido *do respeito e da privacidade do indivíduo*. (29)

O consentimento esclarecido significa que, aos participantes, se apresenta toda a informação essencial, o conteúdo do estudo e o que ele envolve, para que possam tomar uma decisão livre e esclarecida. (25)

O projeto submeteu-se a uma comissão de ética de uma sub-região de saúde, tendo sido obtido o seu parecer favorável (ANEXO II) e aos participantes do Grupo Focal apresentou-se um Consentimento Informado (ANEXO III). O questionário enviado contemplava também uma questão para que os participantes manifestassem a sua vontade em responder ao mesmo e participar no estudo apresentado.

3. O PERCURSO: DO DIAGNÓSTICO ÀS SOLUÇÕES

Apresenta-se, agora, o diagnóstico de situação da comunidade em estudo, e como este se tornou o ponto de partida para as etapas seguintes, nomeadamente a definição de prioridades, a fixação dos objetivos, a seleção das estratégias a utilizar, a preparação da execução das atividades e posterior avaliação.

Este capítulo procura ser uma reflexão sobre a concretização efetiva do que foi delineado, ou seja, as atividades desenvolvidas versus as que foram planeadas e os motivos que levaram ao maior ou menor sucesso do trabalho idealizado.

3.1 O Diagnóstico da Situação

Um correto diagnóstico da situação é o primeiro passo do processo de planeamento pois funcionará como justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. (30)

Uma vez que se propõe o empoderamento comunitário, como processo e como resultado, para a promoção da vigilância epidemiológica dos focos de enfermagem selecionados, e considerando as opções metodológicas previamente descritas, a etapa do diagnóstico compreendeu a realização do questionário e a sua aplicação, bem como a aplicação da escala de avaliação do empoderamento comunitário.

Quanto ao questionário, o mesmo é constituído por dois grupos: o grupo I de caracterização sociodemográfica e o grupo II relativo à temática da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem, considerando em particular os focos de enfermagem previamente definidos. Não foi realizado pré-teste do questionário, uma vez que o mesmo teve por base um questionário realizado numa população com características semelhantes.

Dos 106 elementos da população que cumpriam os critérios de inclusão obtiveram-se 67 respostas, que constituíram assim a amostra. Verificou-se que esta era maioritariamente do sexo feminino (92,5%), com uma média de idade de 40 anos, com experiência profissional, em média, de 18 anos, sendo 9 dos quais no serviço em que se encontra atualmente.

Relativamente à formação académica, 65,7% da amostra possui o grau de licenciatura, 20,9% possui mestrado, 10,4% possui uma pós-graduação e 3,0% possui o grau de bacharelato. Verificou-se ainda que 54,0% dos elementos da amostra não possuem qualquer tipo de especialização e dos restantes 16,4% são especialistas em Enfermagem Comunitária, 11,9% em Enfermagem de Reabilitação, 10,4% em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, 6,0% em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e 1,5% em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Das respostas ao questionário, que se baseou como já foi dito no referencial MAIEC e nas dimensões de diagnóstico do foco Gestão Comunitária, foi possível inferir o comprometimento do foco em questão.

Verificou-se, então, que a Gestão Comunitária se encontra Comprometida nos seguintes subdiagnósticos:

- Processo comunitário comprometido:

Processo comunitário comprometido: **coping comunitário** (experiência no registo do foco Ansiedade) comprometido em 76,1% dos membros da comunidade;

Processo comunitário comprometido: **coping comunitário** (experiência no registo do foco Sono) comprometido em 86,6% dos membros da comunidade;

Processo comunitário comprometido: **coping comunitário** (experiência no registo do foco uso de álcool) comprometido em 41,8% dos membros da comunidade.

- Participação comunitária comprometida:

Participação Comunitária comprometida: **comunicação** sobre vigilância epidemiológica comprometida na perceção de 73,1% dos membros da comunidade;

Participação Comunitária comprometida: inexistência de **parcerias** percecionada em 76,1% dos membros da comunidade;

Participação Comunitária comprometida: inexistência de **estruturas organizativas** percebida em 58,2% dos membros da comunidade.

- Liderança comunitária comprometida:

Liderança comunitária comprometida: **conhecimento** sobre vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem não percebida em 47,8% dos membros da comunidade;

Liderança comunitária comprometida: **conhecimento** sobre as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do PLS do ACeS não demonstrado em 47,8% dos membros da comunidade;

Liderança comunitária comprometida: **conhecimento** sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo não percebido em 41,8% dos membros da comunidade;

Liderança comunitária comprometida: **crenças** sobre a importância do projeto comprometidas em 4,5% dos membros da comunidade;

Liderança comunitária comprometida: **crenças** sobre o contributo da sua documentação para o diagnóstico de Saúde comprometidas em 4,5% dos membros da comunidade;

Liderança comunitária comprometida: **crenças** sobre a importância de avaliar frequentemente o foco uso de álcool comprometidas em 40,3% dos membros da comunidade;

Liderança comunitária comprometida: **crenças** sobre a importância de avaliar frequentemente o foco ansiedade comprometidas em 52,3% dos membros da comunidade;

Liderança comunitária comprometida: **crenças** sobre a importância de avaliar frequentemente o foco Sono comprometidas em 62,7% dos membros da comunidade;

Liderança comunitária comprometida: **volição** para o desenvolvimento de um projeto que promova a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem comprometida em 25,4% dos membros da comunidade.

Para completar o diagnóstico da situação, procedeu-se também à avaliação do nível do empoderamento do ACeS, ao nível da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem.

Tal como programado procedeu-se a esta avaliação em reunião de Conselhos Técnicos, ou seja, com os profissionais de enfermagem que representam as suas unidades funcionais (UF) nestas reuniões, com os enfermeiros coordenadores das UCC, bem como os elementos adstritos à DE.

Desta avaliação emergiram também resultados, com a representação gráfica que se apresenta na figura 2, e que se resumem da seguinte forma:

- Nível 1 de empoderamento quanto aos domínios: Participação comunitária, Capacidade de avaliação do problema, Liderança local, Estruturas organizacionais, Mobilização de recursos e Gestão do programa;
- Nível 2 de empoderamento quanto ao domínio: Habilidade para questionar;
- Nível 3 de empoderamento quanto aos domínios: Ligação a outros e Relação com agentes externos.

Figura 2 – Avaliação do nível de empoderamento comunitário do ACeS



Foi, de facto, consensual a posição num nível de empoderamento baixo do ACeS quanto à vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem para os participantes, e a escolha dos níveis teve um grau de concordância elevado para todos os domínios.

Ressalva-se que nos domínios de Ligações a outros e Relações com agentes externos, foi identificado o projeto implementado como fator impulsionador para a discussão desta temática, e a UCP reconhecida como um elemento promotor, mas já com alguma partilha de decisões, também resultado da implementação do projeto no ACeS.

3.2 A Planificação da Intervenção

A segunda etapa a considerar, tendo em conta o planeamento em saúde, passa pela **definição de prioridades**, o que consiste, fundamentalmente, numa etapa de tomada de decisão uma vez que se procura decidir como utilizar eficazmente os recursos de forma a otimizar os resultados. (6)

Esta etapa pode revestir-se de um grau considerável de subjetividade, sob influência de vários fatores, como sejam a preferência ou experiência de quem prioriza, ou mesmo a dificuldade perante a valorização de um problema em relação ao outro (prioridade), ou diferentes abordagens a um mesmo problema (escolha de técnicas e estratégias). Reconhecer esta subjetividade vai permitir que se tomem medidas de forma a procurar clarificar todas as etapas para que o processo se torne o mais transparente possível. (6) (30) (31)

Para a seleção de entre os problemas identificados é necessário o recurso a critérios, que de acordo com a sua seleção e valorização vai fazer destacar os problemas prioritários na sua lista final, procurando ao mesmo tempo minimizar a subjetividade desta etapa, escolhendo e descrevendo de forma objetiva esses mesmos critérios. (6) (30)

Para a etapa da priorização optou-se pelo método de CENDES/OPS. Esta técnica considera três critérios: Magnitude, Transcendência e Vulnerabilidade.

Por Magnitude entende-se a dimensão e importância do problema. A Transcendência refere-se à medida de relevância social, ou seja, o valor que uma determinada população atribui a um evento, bem como a vontade de o resolver, associando-se habitualmente à gravidade do evento. A vulnerabilidade está relacionada com a permeabilidade à

intervenção, que de acordo com a sua capacidade científica e técnica modifica o processo/problema. (32)

Atribuiu-se uma pontuação (entre 0 e 3), definindo os critérios que se apresentam a seguir.

Tabela 1 – Critérios de Magnitude, Transcendência e Vulnerabilidade

Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade
De 0 a 50% - 0	A intervenção no problema não influencia a melhoria dos outros problemas – 0	A resolução do problema não depende da nossa intervenção – 0
De 50 % a 65%- 1	A intervenção no problema influencia pouco a melhoria dos outros problemas – 1	A resolução do problema depende pouco da nossa intervenção – 1
De 65% a 75%- 2	A intervenção no problema influencia a melhoria dos outros problemas – 2	A resolução do problema depende da nossa intervenção – 2
Acima de 75%- 3	A intervenção no problema influencia muito a melhoria dos outros problemas – 3	A resolução do problema depende muito da nossa intervenção – 3

De acordo com método selecionado e tendo em consideração os critérios definidos priorizam-se os seguintes problemas:

Tabela 2 – Lista de problemas priorizados no ACeS

Lista dos problemas prioritários no contexto da Gestão Comunitária (com pontuação ≥ 6)	
P1.	Processo comunitário comprometido: coping comunitário (experiência no registo do foco Sono) comprometido em 86,6% dos membros da comunidade
P2.	Processo comunitário comprometido: coping comunitário (experiência no registo do foco Ansiedade) comprometido em 76,1% dos membros da comunidade
P3.	Participação Comunitária comprometida: inexistência de estruturas organizativas percecionada em 58,2% dos membros da comunidade
P4.	Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a importância de avaliar frequentemente o foco Ansiedade comprometidas em 52,3 % dos membros da comunidade
P5.	Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a importância de avaliar frequentemente o foco Sono comprometidas em 62,7 % dos membros da comunidade
P6.	Participação Comunitária comprometida: comunicação sobre vigilância epidemiológica comprometida na perceção de 73, 1% dos membros da

	comunidade
P7.	Participação Comunitária comprometida: inexistência de parcerias percebida em 76,1% dos membros da comunidade
P8.	Liderança comunitária comprometida: conhecimento sobre vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem não percebida em 47,8% dos membros da comunidade
P9.	Liderança comunitária comprometida: conhecimento sobre as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do PLS do ACeS não demonstrado em 47,8% dos membros da comunidade
P10.	Liderança comunitária comprometida: conhecimento sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo não percebido em 41,8% dos membros da comunidade
P11.	Liderança comunitária comprometida: crenças sobre a importância de avaliar frequentemente o foco Uso de Álcool comprometidas em 40,3% dos membros da comunidade

Após o estabelecimento das prioridades, é momento de pensar nos **objetivos** que se pretendem alcançar, ou seja, os resultados que se pretendem em termos de estado para a população-alvo, conseguidos pela implementação do projeto. (6)

Devem conter os elementos necessários à tomada de decisão no decurso do processo de planeamento e gestão do projeto e ser, também, geradores de mensagens sobre comportamentos e estados desejáveis, relativamente à população-alvo. (6)

Assim, estabelecem-se os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

- Diminuição da prevalência de Gestão Comunitária Comprometida

Objetivos específicos

- Aumentar a experiência no registo do foco Ansiedade
- Aumentar a experiência no registo do foco Sono
- Aumentar a experiência no registo do foco Uso de Álcool
- Promover a comunicação sobre vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem

- Efetivar parcerias
- Criar estruturas organizativas
- Ensinar sobre vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem
- Divulgar as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do PLS do ACeS
- Explicar sobre documentação dos cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo com uso de sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE
- Advogar a importância de avaliar frequentemente o fenómeno Uso de Álcool
- Advogar a importância de avaliar frequentemente o fenómeno Ansiedade
- Advogar a importância de avaliar frequentemente o fenómeno Sono
- Mobilizar a população para o projeto de vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem

Partindo depois da lista de problemas e dos objetivos estabelecidos, foram pensadas as **metas** a atingir, bem como as **atividades** a executar para alcançar as metas propostas, considerando sempre a matriz de decisão do MAIEC como referência.

Tabela 3 – Metas e atividades planeadas para os problemas priorizados no ACeS

Problema	Meta	Atividades
P1	Que o coping comunitário (experiência no registo do foco Sono) seja comprometido em 60,0%	<p><i>Promover o Processo Comunitário</i> Advogar aos membros da comunidade estratégias de adaptação: - realizar sessão de formação para todos os enfermeiros do ACeS - criação de manual com informações sobre registos em SClinico com base em linguagem CIPE</p> <p><i>Promover o Coping Comunitário:</i> - efetuar visita às UF do ACeS</p>
P2	Que o coping comunitário (experiência no registo do foco Ansiedade) seja comprometido em 50,0%	<p><i>Promover o Processo Comunitário</i> Advogar aos membros da comunidade estratégias de adaptação: - realizar sessão de formação para todos os enfermeiros do ACeS</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - criação de manual com informações sobre registos em SClínico com base em linguagem CIPE <p><i>Promover o Coping Comunitário:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - efetuar visita às UF do ACeS
P3	Que a inexistência de estruturas organizativas seja percecionada em 30,0% dos membros da comunidade	<p><i>Promover Participação Comunitária</i></p> <p>Otimizar processo de grupo comunitário:</p> <ul style="list-style-type: none"> - elaborar proposta para a criação do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem (ODE), bem como da equipa que o constitui - elaborar o regulamento do ODE <p>Promover a capacidade da comunidade para participar e questionar os seus problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - realizar sessão de informação aos Conselhos Técnicos
P4	Que as crenças sobre a importância de avaliar frequentemente o foco ansiedade seja comprometida em 30,0% dos membros da comunidade	<p>Otimizar as crenças dos membros da comunidade face à importância de avaliar frequentemente o foco ansiedade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - intervenção com comunicação positiva e de incentivo, integrando dúvidas práticas nos esclarecimentos <p>Incentivar os membros da comunidade para participar no projeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - efetuar visita às UF do ACeS
P5	Que as crenças sobre a importância de avaliar frequentemente o foco sono seja comprometida em 40,0% dos membros da comunidade	<p>Otimizar as crenças dos membros da comunidade face à importância de avaliar frequentemente o foco sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - intervenção com comunicação positiva e de incentivo, integrando dúvidas práticas nos esclarecimentos <p>Incentivar os membros da comunidade para participar no projeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - efetuar visita às UF do ACeS
P6	Que a comunicação sobre vigilância epidemiológica seja comprometida na perceção de 50,0% dos membros da comunidade	<p>Otimizar a comunicação na comunidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - realizar sessão de informação aos Conselhos Técnicos - realizar sessão de formação para todos os enfermeiros do ACeS

		- criação de manual com informações sobre registos em SClínico com base em linguagem CIPE
P7	Que a inexistência de parcerias seja percecionada em 50,0% dos membros da comunidade	Otimizar Processo de Grupo Comunitário: - elaborar proposta para a criação do ODE, bem como da equipa que o constitui - elaborar o regulamento do ODE Promover a capacidade da comunidade para participar e questionar os seus problemas: - realizar sessão de informação aos Conselhos Técnicos
P8	Que o conhecimento sobre vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem seja não percecionado em 25,0% dos membros da comunidade	<i>Promover a Liderança Comunitária:</i> Advogar o projeto aos membros da comunidade: - colaborar na reunião de grupo focal Ensinar os líderes da comunidade sobre vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem: - realizar sessão de informação aos Conselhos Técnicos Ensinar os membros da comunidade sobre vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem: - realizar sessão de formação para todos os enfermeiros do ACeS Incentivar os membros da comunidade para participar no projeto: - Efetuar visita às UF do ACeS
P9	Que o conhecimento sobre as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do PLS do ACeS seja não demonstrado em 25,0% dos membros da comunidade	Ensinar os líderes da comunidade sobre Necessidades, Problemas e Objetivos de Saúde do PLS: - realizar sessão de informação aos Conselhos Técnicos Ensinar os membros da comunidade sobre Necessidades, Problemas e Objetivos de Saúde do PLS: - elaborar uma newsletter sobre PLS em vigor para divulgação por todos os profissionais
P10	Que o conhecimento sobre	Ensinar os membros da comunidade

	sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo seja não percecionado em 20,0% dos membros da comunidade	sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE: - realizar sessão de formação para todos os enfermeiros do ACeS - criação de manual com informações sobre registos em SClínico com base em linguagem CIPE Incentivar os membros da comunidade para participar no projeto - Efetuar visita às UF do ACeS
P11	Que as crenças sobre a importância de avaliar frequentemente o foco uso do álcool seja comprometida em 20,0% dos membros da comunidade	Otimizar as crenças dos membros da comunidade face à importância de avaliar frequentemente o foco uso do álcool: - intervenção com comunicação positiva e de incentivo, integrando dúvidas práticas nos esclarecimentos Incentivar os membros da comunidade para participar no projeto: - Efetuar visita às UF do ACeS

Esta fase do planeamento implica também que sejam pensados os **indicadores** que permitirão uma correta avaliação e controlo do projeto através da comparação dos estados inicial e final da população-alvo. Estes podem ser de **resultado ou de impacto** (medem a alteração verificada no problema), ou de **atividade ou execução** (medem a atividade desenvolvida), também designados de **indicadores de processo**. (6) (30)

1. Indicadores de Processo:

Nº de sessões planeadas/nº de sessões realizadas x 100

Nº de respostas ao questionário /nº total enf.ºs x 100

Nº enf.ºs presentes no grupo focal /nº enf.ºs convocados x 100

2. Indicadores de Resultado:

% melhoria processo comunitário (coping P1 e P2)

Nº de enf.ºs com experiência no registo do foco Sono não demonstrada/Nº total de respondentes x 100

Nº de enf.ºs com experiência no registo do foco Ansiedade não demonstrada/Nº total de respondentes x 100

% melhoria participação comunitária (P3, P6, P7)

Nº enf.ºs com perceção de inexistência de estruturas organizativas/Nº total de respondentes x 100

Nº enf.ºs com perceção de comunicação sobre vigilância epidemiológica não eficaz/Nº total de respondentes x 100

Nº enf.ºs com perceção de inexistência de parcerias/Nº total de respondentes x 100

% melhoria liderança comunitária (P4, P5, P8, P9, P10, P11)

Nº enf.ºs com crenças desfavoráveis relativamente ao registo do foco Ansiedade/Nº total de respondentes x 100

Nº enf.ºs com crenças desfavoráveis relativamente ao registo do foco Sono/Nº total de respondentes x 100

Nº enf.ºs com conhecimento sobre vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem não demonstrado/Nº total de respondentes x 100

Nº enf.ºs com conhecimento sobre as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do PLS do ACeS não demonstrado/Nº total de respondentes x 100

Nº enf.ºs com conhecimento sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE não demonstrado/Nº total de respondentes x 100

Nº enf.ºs com crenças desfavoráveis relativamente ao registo do foco Uso do Álcool/Nº total de respondentes x 100

3.3 A Execução da Intervenção

Considerando o Planeamento como um processo de etapas, mas ao mesmo tempo dinâmico e contínuo, no momento de realizar a intervenção não foram descuradas as etapas precedentes nem as que viriam ainda a ser desenvolvidas, ou seja, tendo presente que há sempre lugar a alterações ou adaptações conforme as necessidades.

As atividades propostas basearam-se na matriz de decisão clínica do MAIEC, que serviu aqui como referencial e apoio à decisão clínica, tal como previsto no modelo, mas também nas competências específicas do EEEEC, como sejam o planeamento em saúde, sempre presente como referido, a vigilância epidemiológica, a capacitação de uma comunidade e a gestão do projeto, enquadrado nos programas de saúde em vigor.

Para abordar a inexistência de estruturas organizativas (P3), a dificuldade na comunicação sobre vigilância epidemiológica (P6), a inexistência de parcerias (P7) e o défice de conhecimento sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem (P8) e sobre Necessidades, Problemas e Objetivos de Saúde do PLS (P9), foi planeada uma sessão de informação (APÊNDICE III), a integrar a reunião mensal dos Conselhos Técnicos, que decorreu a 4 de dezembro, uma vez que estes profissionais podem ser observados como líderes nas suas UF, e tinham já integrado o grupo focal para avaliação do nível de empoderamento.

Nesta sessão foi apresentado o diagnóstico da situação, os resultados obtidos pela aplicação do questionário, assim como o nível de empoderamento obtido pela avaliação com a Escala de Avaliação do Nível de Empoderamento. Apresentou-se ainda uma proposta, ao ACeS, de criação de uma estrutura que permitisse contribuir para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem, ao nível do ACeS, em intercooperação com as demais unidades funcionais.

Esta estrutura, denominada de ODE, permitiria: uma análise sistemática e continuada dos diagnósticos de enfermagem de forma a proporcionar os dados necessários para uma atuação célere e eficaz sobre os fatores de risco e determinantes de saúde; contribuir na formação e consultoria para a documentação dos diagnósticos de enfermagem e proceder à divulgação dos resultados de estudos epidemiológicos no âmbito dos diagnósticos de enfermagem no ACeS.

Para esta estrutura foi criado um regulamento (APÊNDICE IV), que foi submetido para aprovação da DE e do Diretor Executivo em 22 de novembro.

Considerando as dificuldades percebidas na experiência de registo dos focos identificados (P1, P2) e utilização de sistemas de informação com base em linguagem CIPE (P10), assim como o déficit de conhecimento sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem (P8) e falta de comunicação (P6), considerou-se adequado a realização de sessões de formação (APÊNDICE V) que elucidassem para as problemáticas em causa.

Assim, planearam-se três dias de formação, um em cada concelho que constitui o ACeS, a decorrer em dois horários, manhã e tarde, num total de seis sessões de formação destinadas a todos os profissionais de enfermagem do ACeS. Esta estratégia foi pensada de forma a criar múltiplas oportunidades de assistir às sessões, para assim permitir uma maior adesão dos profissionais.

Para além de toda a preparação, que vinha sendo feita desde o início do estágio, com pesquisa bibliográfica e fundamentação teórica adequada aos temas, foi momento de ter também em atenção o assegurar de recursos para a realização das mesmas. Assim, depois de decididas as datas de realização das sessões, 7, 10 e 12 de dezembro, providenciou-se a disponibilidade das salas de reunião nos edifícios dos três concelhos, bem como do material necessário para a sua realização.

No decorrer deste processo, percebeu-se que havia sobreposição de marcações para uma das salas pelo que se agilizou a troca de dias entre dois concelhos, o que causou algum transtorno e constrangimento aos profissionais, na medida em que esta mudança foi realizada na mesma semana da realização da sessão de formação.

Para agilizar a inscrição dos profissionais nas sessões e para otimizar a gestão dos espaços e do tempo, optou-se pela criação de um formulário eletrónico, enviado a todos os enfermeiros, pelo ACeS, para o correio eletrónico institucional.

Mais uma vez não descurando as etapas posteriores, foi criado um questionário de avaliação das sessões de formação (APÊNDICE VI).

Considerando ainda as dificuldades percebidas na experiência de registo dos focos identificados e utilização de sistemas de informação com base em linguagem CIPE (P10) e

a falta de comunicação (P6), e como material de apoio às sessões de formação realizadas criou-se um suporte escrito, tipo manual, que foi também enviado a todos os profissionais nos moldes já descritos (APÊNDICE VII).

Aquando da sessão de formação foi apresentado um vídeo em cada foco, com exemplificação prática do registo em SClínico, que foi enviado conjuntamente com o manual para servir de material de apoio.

No decorrer de todas estas sessões procurou-se manter uma comunicação positiva e de incentivo, integrando dúvidas práticas nos esclarecimentos, para que os profissionais se sentissem envolvidos e otimizando as crenças que os mesmos apresentavam relativamente ao problema.

Considerando a falta de conhecimento da comunidade sobre Necessidades, Problemas e Objetivos de Saúde do PLS (P9), considerou-se oportuno a realização e divulgação de uma newsletter (APÊNDICE VIII) onde se apresentavam estes conteúdos de forma resumida, uma vez que o PLS tinha sido já divulgado a todos mas mantinha-se com um nível de conhecimento reduzido.

A colaboração na reunião de grupo focal surge aqui também como atividade porque, além do seu intuito de avaliação do nível de empoderamento, serviu também para advogar o projeto aos líderes da comunidade e promover o conhecimento sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem (P8).

Após a realização de todas as atividades previstas, foi reenviado o questionário reformulado para a avaliação (APÊNDICE IX), a todos os enfermeiros do ACeS.

As atividades foram planeadas considerando também os recursos humanos, materiais, económicos e físicos. Como já referido providenciou-se a disponibilidade das salas e a existência de projetores (recursos físicos e materiais). Como recursos humanos temos as enfermeiras em estágio, tendo utilizado os computadores próprios (recurso físico). Como recurso económico há a considerar as deslocações e as fotocópias dos questionários de avaliação das sessões de formação, que ficaram a cargo das enfermeiras.

Toda a execução de atividades foi programada num cronograma que se apresenta na Tabela 4. De ressaltar que todas foram realizadas no tempo previsto, com exceção da avaliação do nível de empoderamento, prevista para ocorrer em setembro e tendo sido

realizada apenas em novembro por motivos de cariz burocrática, e da visita às UF que acabou por não ocorrer, tendo-se optado por envio de correio eletrónico.

Tabela 4 – Cronograma de atividades

Atividade	2018				2019
	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Pesquisa bibliográfica					
Adaptação questionário				17/12	
Avaliação nível empoderamento (grupo focal)			16/11		
Aplicação questionário					
Análise de resultados					
Priorização/Objetivos/ Metas/Atividades					
Preparação regulamento ODE			19-23/11		
Formação aos conselhos técnicos				04/12	
Formação aos enfermeiros				07-12/12	
Construção da Newsletter				17-18/12	
Preparação de materiais de apoio às formações (manual de apoio)				16-19/12	
Visita às unidades					2-4/01
Aplicação questionário					
Elaboração do Relatório					

3.4 Os Sucessos e os Revezes

No decorrer de um projeto é etapa fundamental que se proceda à avaliação de resultados conseguidos. Esta etapa do planeamento em saúde permite determinar o grau de sucesso

atingido, por comparação, simultaneamente com o estado inicial do problema e com os objetivos e metas traçadas, usando os indicadores definidos. (6) (30)

Relativamente ao primeiro questionário, obteve-se uma taxa de adesão de 63,2% (67 respostas entre os 106 profissionais considerados pelos critérios de inclusão).

Este valor, apesar de não muito elevado, foi conseguido por incentivo aos profissionais para adesão ao questionário. Foram efetuados contactos, de forma presencial e não presencial (via correio eletrónico e telefone) como estratégia para maximizar o número de respostas. Fica aqui uma palavra de apreço para as tutoras, que em muito contribuíram para esta concretização.

No entanto, há a salientar o contratempo da reunião de grupo focal não ter sido realizada no tempo previsto, ou seja, previamente ao envio dos questionários a todos os profissionais de enfermagem, para que aumentasse a sua consciencialização para a questão em estudo. Este facto deveu-se ao facto de indisponibilidade de agenda da DE do ACeS.

O grupo focal teve uma adesão de 83,0%, o que é um valor expressivo, ficando a questão se haveria de facto maior adesão ao questionário, caso a sessão ocorresse no momento previsto.

Quanto ao segundo questionário, obtiveram-se 54 respostas, o que corresponde a uma taxa de adesão de 50,9%.

Relativamente ao primeiro questionário houve um decréscimo de adesão, o que foi motivo de reflexão. Na verdade, os enfermeiros, no decorrer das sessões formativas foram manifestando a sua desmotivação para adesão a novos projetos, uma vez que o ACeS carece de recursos humanos, o que faz que os profissionais se sintam sobrecarregados e desmotivados.

Por outro lado, o timing da execução não permitiu que a equipa tivesse uma ação tão ativa como aquando do primeiro questionário, relacionado com o término das atividades de estágio, bem como com o cumprimento de outras atividades de carácter obrigatório do ACeS, nomeadamente o decorrer do processo de avaliação de desempenho dos profissionais. Também este facto, o momento da avaliação, concorreu para um menor interesse por parte dos profissionais para a participação neste tipo de atividade.

Em relação ao regulamento para o ODE, que foi proposto e enviado em novembro, como referido no ponto anterior, aguarda-se ainda resposta por parte do ACeS quanto à sua aprovação, apesar da insistência quanto ao pedido de resposta.

As sessões de formação tiveram uma taxa de adesão de 60,4%, e 50,0% dos profissionais avaliou as sessões em Bom, 44,0% em Excelente e 6,0% em Suficiente.

Da aplicação do segundo questionário obtiveram-se os resultados que se apresentam na Tabela 5, comparando simultaneamente com o estado inicial do problema e as metas traçadas, permitindo uma avaliação efetiva da intervenção, como referido.

Tabela 5 – Resultados face às metas propostas

Problema	Meta	Resultado
P1 (86,6%)	60%	92,6% (não atingiu a meta e piorou)
P2 (76,1%)	50%	81,5% (não atingiu a meta e piorou)
P3 (58,2%)	30%	61,1% (não atingiu a meta e piorou)
P4 (52,3%)	30%	40,6% (não atingiu a meta mas melhorou)
P5 (62,7%)	40%	55,6% (não atingiu a meta mas melhorou)
P6 (73,1%)	50%	40,7% (superou a meta)
P7 (76,1%)	50%	75,9% (não atingiu a meta e melhorou pouco)
P8 (47,8%)	25%	11,1% (superou a meta)
P9 (47,8%)	25%	31,5% (não atingiu a meta mas melhorou)
P10 (41,8%)	20%	20,4% (não atingiu por 0,4% e melhorou significativamente)
P11 (40,3%)	20%	37,0% (não atingiu a meta mas melhorou)

Perante os resultados obtidos há uma dualidade na reflexão. Por um lado verificou-se o não atingimento da maioria das metas, pelo que será importante refletir sobre as causas que concorrem para esta situação. Por outro, verificou-se que houve melhoria em grande parte dos problemas, pelo que há oportunidade de melhoria dos resultados através do reforço das estratégias já instituídas ou reformulação das que se considerarem menos eficazes.

Aplicando-se aqui o carácter dinâmico do processo do Planeamento em Saúde, que leva à reorganizações de estratégias após a observação dos resultados obtidos.

Verificou-se também um decréscimo na adesão ao segundo questionário de 12,3% em relação ao primeiro, o que por si pode ser alvo de reflexão, para situações futuras, reforçar as estratégias de adesão no momento da avaliação da intervenção.

Relativamente à experiência de registo dos focos Sono e Ansiedade (P1 e P2) verificou-se que a meta não só não foi atingida como piorou. Quanto a estes resultados, há a referir que aquando das sessões de formação os enfermeiros manifestaram algumas dúvidas acerca do registo efetuado até aí, ou seja, os profissionais tinham uma perceção de registo que não correspondia à sua forma mais correta, pelo que a adaptação ao registo correto pode ser fator influenciador dos resultados menos favoráveis.

Quanto às estruturas organizativas (P3), é de referir que apesar do esforço levado a cabo para a instituição do ODE, não foi possível o seu funcionamento no decorrer do tempo do estágio, pelo que os enfermeiros não o assumem ainda como uma estrutura efetiva apesar de ter sido apresentado em todas as sessões de formação e na sessão dos Conselhos Técnicos.

Relativamente às crenças sobre a importância do registo dos focos Ansiedade (P4), Sono (P5) e Uso de Álcool (P11), melhorou a perceção dos enfermeiros quanto à importância do seu contributo. Assim como melhoraram os seus conhecimentos sobre o PLS (P9) e os sistemas de informação (P10), sendo que, neste último caso, ficou-se apenas a 0,4% da meta proposta, o que demonstra que as estratégias foram adequadas, podendo pensar-se, futuramente, numa forma de as otimizar de forma a potenciar estes resultados.

É de realçar a melhoria obtida relativamente à comunicação (P6) e ao conhecimento (P8) sobre vigilância epidemiológica, tendo sido possível superar a meta proposta, pelo que se conclui que as atividades planeadas foram adequadas.

Relativamente às parcerias (P7) verificou-se uma melhoria pouco significativa, que pode ser interpretada pelo facto de haver já inicialmente uma perceção de parceria com a UCP que se manteve com o decorrer do projeto.

Por outro lado, o curto intervalo de tempo, que decorreu entre as sessões de formação e o momento de aplicação do segundo questionário, também não permitiu verificar-se uma grande mudança no seu padrão de registo.

Foi também um fator desfavorável o timing das atividades, uma vez que as sessões de formação decorreram já muito próximo do final do estágio não permitindo reformular estratégias. A única reformulação prevista prendia-se com as visitas às UF, que apesar de planeada acabou por não se realizar.

Como ponto positivo, é de salientar que houve assimilação do projeto por parte de alguns enfermeiros, nomeadamente um grupo de trabalho que foi constituído para o desenvolvimento do sistema de avaliação de desempenho, e que, através da análise do PLS e dos projetos em curso, entenderam oportuno incluir alguns dos objetivos do MAIEC nos objetivos individuais de realização e qualidade, demonstrando que o projeto teve já algum impacto na forma de pensar destes enfermeiros.

Finalmente deve ser feita uma reflexão sobre as metas propostas, e considerando os recursos, nomeadamente o tempo disponível, podemos considerar que as metas possam ter sido ambiciosas, pelo que não se alcançaram os resultados esperados.

4. O CAMINHO PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Centra-se esta reflexão naquelas que são as competências específicas desta especialidade, ou seja, a avaliação do estado de uma população com base no planeamento em saúde, a capacitação de grupos e comunidades (empoderamento), integrar a coordenação de programas de saúde comunitários e a realização e cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Procura-se também deixar exposto o trabalho desenvolvido no âmbito da aquisição de competências que os objetivos do curso de Mestrado contemplam, nomeadamente a capacidade de resolução de problemas novos, em contextos alargados, relacionados com a área de Especialização, integrando os conhecimentos adquiridos com a reflexão sobre as responsabilidades éticas e sociais para a procura dessas soluções. Bem como a tomada de decisões fundamentadas por investigação válida relevante, sendo capaz de as comunicar, de forma clara com um discurso apoiado em conhecimento científico.

4.1 O Planeamento em Saúde

Na prática diária de cuidados de enfermagem surgem constantemente situações que exigem a atenção dos profissionais, quer para a prevenção quer para a resolução de situações problemáticas. Visto que as situações são diversas e por vezes são poucos os recursos, independentemente da sua natureza, é importante perceber onde, quando, como e a quem dirigir a atenção.

O Planeamento em Saúde é um processo de previsão/racionalização de recursos, para conseguir atingir objetivos propostos de acordo com as prioridades estabelecidas, encontrando a solução ótima entre as alternativas, considerando constrangimentos atuais ou futuros e envolvendo vários setores. Define propostas e a sua exequibilidade, com vista à solução de problemas, atendendo a necessidades individuais e coletivas. (6) (30) (33)

O planeamento em saúde, decorrente das suas etapas (diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação), deve ser entendido como um processo contínuo e dinâmico, pelo que não se deve considerar uma etapa como inteiramente concluída porque será sempre possível recolher informações que levem a refazê-la. Mesmo no momento da avaliação será oportuno voltar à recolha e análise de dados, à luz das modificações existentes. (30)

É necessário planear porque: os recursos são escassos; é importante atuar sobre as causas dos problemas; é necessário estabelecer prioridades; devem ser evitadas as intervenções isoladas e deve pensar-se nas infra-estruturas e equipamentos para múltiplas respostas. (6)
(30)

Por outro lado, há ainda a considerar as mudanças significativas da sociedade, bem como os avanços constantes no conhecimento científico que se reflete em práticas clínicas em permanente evolução, e em última instância, o planeamento deve procurar uma otimização na utilização das aptidões profissionais dos técnicos de saúde. (30)

A realização deste estágio, como última etapa de um percurso que promoveu a aquisição desta competência específica, permitiu o consolidar dos conhecimentos teóricos bem como o experienciar todo o processo de planeamento, avaliando o estado de uma comunidade (realizando o diagnóstico da situação), pensando nesse problema e como o solucionar (estabelecendo prioridades, objetivos, metas e intervenções), procurando estabelecer parcerias e estruturas (estabelecendo um projeto), e por fim, avaliando o sucesso conseguido (avaliação de projetos com vista à resolução do problema).

Este processo de pensamento e tomada de decisões permitiu, também, perceber as dificuldades que é necessário enfrentar para o sucesso de qualquer projeto que se pretenda implementar.

O planeamento procura a mudança de comportamento da população, o que pode ser considerado como uma dificuldade, dependendo da complexidade da mudança proposta. Devem ser tidas em consideração as características da população, bem como os seus valores socioculturais, para que as mudanças que advêm do plano possam, sucessivamente, passar pelas etapas de conhecimento, motivação, apreciação, experimentação e finalmente adoção das mesmas. (30)

O sucesso do que é planeado vai ser condicionado pela capacidade de cada elemento para agir, pelo que não basta elaborar um conjunto de propostas de ação, mas é necessário garantir a possibilidade da sua execução, tendo em consideração as capacidades de todos os envolvidos. (33)

Por outro lado, reconhece-se também que o planificador passa a ser parte integrante do que está a ser planeado, não se cingindo a um papel de observador externo, e todos os elementos envolvidos vão influenciar o planeamento, pelo que não há garantia de controlo sobre as ações planeadas, na medida em que as mesmas dependem das ações de todos os envolvidos. (33)

Isto refletiu-se sobremaneira neste projeto, para além da influência de todos nas ações planeadas, e o resultado esperado implicar realmente uma mudança no comportamento dos profissionais, ou seja, uma alteração no seu padrão de registos, a intervenção foi realizada na instituição onde existe vínculo laboral, havendo na verdade a perceção, por parte de todos, de ser elemento integrante da comunidade, ultrapassando o limite do papel de planificador.

Esta reflexão, pretende clarificar que esta, conjuntamente com todas as competências de EEEC, se demonstrou uma ferramenta preponderante para prática clínica, servindo de alicerce a todo o percurso realizado.

E vivendo uma época de grande instabilidade política e até de algum descrédito da profissão, cabe a todos e cada um de nós, em especial os EEEC demonstrar que estas competências contribuem para a melhoria dos serviços, das instituições e, acima de tudo, para o bem-estar e saúde das comunidades.

Pese embora todas as dificuldades que se deparam nos percursos de cada um, fica agora um sentido de responsabilidade para com os indivíduos, as famílias e a comunidade, de fazer mais e melhor. Ou seja, será objetivo futuro promover práticas diárias de melhoria, mas também a procura de incentivar, promover ou implementar projetos que visem a melhoria sustentada das condições de vida e de saúde da população.

4.2 A Capacitação de uma Comunidade - o empoderamento como ferramenta e resultado

O empoderamento comunitário pode, de facto, ser encarado como processo, por uma ação que procura a concretização de uma meta ou objetivo, e como resultado, em que o empoderamento em si é a meta ou o objetivo. (9)

Este projeto procurou esta abordagem de empoderamento, na medida em que se o mesmo foi utilizado como ferramenta para melhorar a capacidade da comunidade ACeS para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem, mas estimulou simultaneamente que a mesma assumisse um maior controlo sobre as determinantes em saúde que são alvo de atenção do seu PLS.

Esta ação, baseou-se numa abordagem bottom-up, e procurou apoiar a comunidade a identificar os seus problemas prioritários (diagnóstico da situação que foi apresentado a todos), ao mesmo tempo que se apresentaram estratégias para a resolução desses problemas promovendo o envolvimento de todos e a sua participação (sessões de formação, manuais, vídeos, newsletter, ODE).

Esta abordagem empoderadora que procura o aumento de capacidade da comunidade é observada como um processo, e pode ser visto como um meio para atingir um fim, ou seja, procura-se esse aumento de capacidades para que a comunidade seja competente para iniciar ou manter um programa de promoção de saúde. (9)

Integra-se aqui o conceito de promoção da saúde, que tem origens longínquas mas continua atual nas políticas de saúde. Fundamentou-se nos princípios da Alma-Ata, e foi-se desenvolvendo ao longo dos anos, sob apoio da OMS, nomeadamente através da realização de conferências globais da promoção da saúde. (34)

Da primeira conferência internacional para a promoção da saúde, que decorreu em Ottawa em 1986, surge a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, onde se define este conceito como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. (35)

As estratégias e programas de promoção de saúde devem ser adaptados às necessidades e desenvolver-se através de uma intervenção concreta e efetiva na comunidade, através de um processo de estabelecimento de prioridades, tomada de decisões, planeamento e

implementação de estratégias com vista a atingir melhor saúde. No centro deste processo encontra-se o reforço do poder (empowerment) das comunidades, para que assumam o controlo dos seus próprios esforços e destinos. (35)

Para alcançar o preconizado é também fundamental envolver os serviços de saúde, com especial atenção à investigação em saúde e às alterações a introduzir na formação dos profissionais, conduzindo a mudanças de atitude e organização dos serviços de saúde. (35)

Todos estes conceitos enformaram a atuação nesta comunidade, assim como a competência específica do EEEEC, que refere que este deve ser capaz de contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos. (36)

Considerando também o contínuo do empoderamento comunitário, já mencionado no capítulo do enquadramento teórico, procurou-se a participação individual dos elementos da comunidade, desde o diagnóstico da situação até às soluções encontradas, numa perspetiva de partilha.

Esta ação pessoal proporciona uma sensação mais forte de poder interior e através da participação em pequenos grupos ou organizações os membros da comunidade conseguem definir, analisar e atuar melhor relativamente aos assuntos que lhes interessam. (9)

Para envolver os indivíduos foi necessário o desenvolver de competências que permitiram uma prática empoderadora, ajudando e motivando a comunidade, ao mesmo tempo que se partilhou conhecimento, sem o impor e integrando sempre o conhecimento gerado pela comunidade. (9)

A capacitação foi, sem dúvida, uma área em que se centrou grande parte do trabalho desenvolvido, por todas as atividades que se implementaram no âmbito das soluções propostas para os problemas identificados como prioritários na comunidade.

Como já referido previamente, pretendia-se que os enfermeiros alcançassem uma maior influência e controlo sobre os determinantes em saúde, o que enquadra com os objetivos dos empoderamento comunitário.

Tornou-se um objetivo e um desafio diário trabalhar para o empoderamento comunitário, consciencializando os indivíduos dos problemas existentes e das suas responsabilidades

perante os mesmos, procurando capacitá-los para tomar atitudes para a sua resolução e para se tornarem uma influencia na política institucional do ACeS.

Procurou-se ajudar os membros da comunidade a alcançar um nível de conhecimento que promovesse a melhoria dos seus registos e dos seus cuidados, em resposta aos problemas prioritários estabelecidos neste diagnóstico de situação, bem como os do PLS. Esta atuação permitiu, ao mesmo tempo, demonstrar e otimizar competências de comunicação em diferentes audiências.

Houve ainda uma oportunidade de participar na formação em serviço da USP, sendo que o tema para a mesma era o Planeamento em Saúde, o que permitiu integrar os conhecimentos quer desta competência, quer da competência descrita anteriormente (APÊNDICE X).

4.3 A Gestão de Projetos/Programas

Importar aqui fazer a distinção entre Projeto e Programa para clarificar o enquadramento das atividades desenvolvidas decorrentes do trabalho proposto e realizado.

Um Programa corresponde ao conjunto de atividades necessárias à execução de uma estratégia, ao passo que o Projeto corresponde ao conjunto de atividades que contribui para a execução de um Programa e decorre num período definido de tempo. A questão passa pelo seu enquadramento, ou seja, se o projeto se encontra ou não inserido num contexto mais global de um Plano com Programas. (6)

A descrição desta competência específica do EEEEC, menciona uma participação na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde, não descurando a importância das atividades de âmbito comunitário como fundamentais para a obtenção de ganhos em saúde. (36)

Na verdade, foi uma preocupação constante a integração do projeto e das atividades dele decorrentes nos programas de saúde instituídos, apesar do carácter inovador, de forma a dar resposta a problemas identificados, não só pelo diagnóstico da situação, mas do ACeS em geral, descritos no seu PLS.

Pensou-se neste projeto numa lógica de resposta integrada aos problemas identificados no PLS, nomeadamente as perturbações depressivas, bem como os seus determinantes (insónia, ansiedade e uso de álcool), que se enquadram no PSNM, contribuindo dessa forma para o atingimento dos objetivos do PNS.

A integração na USP, tal como descrito no primeiro capítulo deste relatório, enquadrava-se na aquisição de competências deste ciclo de estudos pelas suas funções de natureza operativa e competências, mas também, e tal como descrito no Decreto-Lei n.º 286/99 de 27 de julho, por este ser o serviço ao qual compete a vigilância epidemiológica e a monitorização da saúde da população e, em especial, a promoção da saúde através da definição e acompanhamento de programas específicos de atuação. (37)

Ainda nesta lógica de pensamento foi feita uma proposta de criação de uma estrutura que promovesse a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem, o ODE, a ser coordenado por um EEEEC, uma vez que lhe compete, pela natureza das suas competências específicas, a introdução de elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de saúde. (36)

É de facto um papel de relevo da USP, que foi observado na prática diária dos EEEEC que a constituem, o acompanhamento e avaliação das atividades que são desenvolvidas no ACeS para a concretização dos Programas que promovem o atingimento dos objetivos do PNS.

4.4 A Vigilância Epidemiológica

A epidemiologia, como já definida anteriormente, vai ocupar-se do estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados com a saúde da população, e pelo uso de métodos quantitativos vai estudar a ocorrência de doença, bem como definir estratégias para a sua prevenção e controlo. (12)

Percebe-se por esta definição uma preocupação não somente com a incapacidade, doença ou morte, mas, também, com a melhoria dos indicadores de saúde e com maneiras de promover a saúde. O termo “doença” compreende todas as mudanças desfavoráveis em saúde, incluindo acidentes e doenças mentais. (12)

Foi também já apresentada a definição de vigilância em saúde, como método de colheita, análise e interpretação sistemática de dados em saúde para o planeamento, implementação

e avaliação das atividades em saúde pública. Associa-se aqui a epidemiologia à saúde pública que, em termos gerais, visa a melhoria da saúde das populações. (12)

Por outro lado, são atribuições da USP, como já referido no Decreto-Lei nº 286/99 de 27 de julho, entre outras:

- a monitorização da saúde da população e dos respetivos fatores de risco e de proteção;
- a vigilância epidemiológica dos fenómenos da saúde e da doença;
- o desenvolvimento de projetos de intervenção e colaboração na execução de programas que visem a promoção da saúde;
- a dinamização de parcerias e o incentivo de estratégias intersectoriais a fim de favorecer uma atuação integrada e efetiva na obtenção de ganhos em saúde;
- desenvolvimento de estudos epidemiológicos e execução ou participação em programas de investigação em saúde pública. (37)

Na prática, a vigilância epidemiológica que foi proposta, de diagnósticos de enfermagem, vai de encontro à função de vigilância em saúde bem como das atribuições da USP supra citadas.

Enquadra-se também nas competências específicas do EEEEC, que menciona que este realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico e a vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença. (36)

Com o trabalho realizado procurou-se analisar os determinantes da saúde identificados no PLS do ACeS, determinantes esses que se associam aos principais problemas de saúde identificados na população, procurando dar mais capacidade de resposta aos seus profissionais, como já refletido em pontos anteriores, com o objetivo final de melhorar esses determinantes e conseqüentemente a saúde da população.

Isto porque o conhecimento epidemiológico estimula a prática da prevenção em contexto clínico, havendo muitas oportunidades para os profissionais de saúde promoverem no seu trabalho diário o aconselhamento à população, com o objetivo de prevenir novas doenças ou inibir a agravamento das já existentes. (12)

A vigilância dos diagnósticos de enfermagem traduziu-se numa consciencialização dos enfermeiros para uma prática de registo rigoroso no âmbito dos focos selecionados, mas ao mesmo tempo procurou a consciencialização dos mesmos para estes fenómenos como determinantes importantes para a saúde das populações.

Para a concretização desta vigilância de forma sistemática foi proposta a criação do ODE, com o objetivo de proceder à vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem através de uma análise sistemática e continuada dos mesmos de forma a proporcionar dados indispensáveis para uma atuação célere e eficaz sobre os fatores de risco e determinantes de saúde, contribuindo para a melhoria da saúde da população.

Posto isto, ressalva-se a importância de registos o mais exatos possível, para que estes dados possam integrar o Diagnóstico de Saúde do Plano Local de Saúde de forma rigorosa e fidedigna.

Para além da concretização do projeto proposto, a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, o estágio permitiu uma visão da vigilância epidemiológica das Doenças de Declaração Obrigatória (DDO), nomeadamente a Tuberculose (TB), que é ainda uma doença com grande manifestação neste ACeS.

No decurso do estágio foi possível acompanhar a investigação epidemiológica da TB, sendo possível observar e perceber todo o processo de investigação e controlo de uma doença transmissível.

No caso deste tipo de doença, transmissível, o principal contributo da epidemiologia é o esclarecimento de processos de infeção, com objetivo de permitir o desenvolver, implementar e avaliar de medidas de controlo sobre essa doença. (12)

Por outro lado, a investigação inicial permite também a formulação de hipóteses sobre a fonte e meios de disseminação da doença, promovendo a atuação imediata dos profissionais para a implementação de medidas de controlo. (12)

A investigação permite analisar os casos suspeitos, confirmar ou excluir a presença de doença e dar o devido encaminhamento às situações encontradas. Verificou-se a monitorização e acompanhamento sistemáticos dos casos, bem como a implementação de formas de controlo de disseminação da doença.

Neste caso específico, depois de recebida a notificação de doença, feita em plataforma informática específica para o efeito, procedeu-se à vigilância de sintomas dos conviventes do caso índice, que passou pela visita a um centro de dia que o mesmo frequentou até ao internamento hospitalar.

A visita teve como objetivo o inquérito de sintomas, com preenchimento de impresso próprio (ANEXO IV), de forma a orientar a entrevista para fatores relevantes para a investigação da doença, bem como do estado de saúde dos indivíduos e seus antecedentes.

Mas a vigilância não deve envolver apenas a colheita de dados, é também importante que se proceda à sua análise, à divulgação e ao uso dos dados para a prevenção e controlo das situações de doença. (12)

Pode dizer-se, que a vigilância epidemiológica atinge o seu máximo potencial quando se traduz em políticas de saúde, com o planeamento e a implementação de prevenção e controlo de doenças ou as condicionantes de saúde. (12)

O desenvolver do estágio na USP permitiu a consolidação dos conceitos teóricos da epidemiologia, através não só da sua aplicação prática, mas também da observação, discussão e reflexão dos diversos conceitos com os colegas, enfermeiros especialistas, e demais profissionais desta unidade, médicos e técnicos de saúde ambiental.

Em suma, vigilância epidemiológica é ainda muito centrada na doença mas, não desmerecendo o controlo epidemiológico de doenças como processo de melhoria para a saúde pública, devemos procurar orientar essa vigilância para os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, através da melhoria dos determinantes da saúde, permitindo que os cuidados de enfermagem sejam reconhecidos como alavanca para essa mesma melhoria.

5. CONCLUSÃO

Para enfrentar situações novas e desafiantes diariamente, é essencial que os profissionais procurem uma prática fundamentada na evidência científica mais relevante, ao mesmo tempo que demonstram competências de resolução de problemas específicos da população.

Para responder a esta necessidade sentida, o Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, revelou-se uma mais-valia para o desenvolvimento dessas competências e a aquisição dos conhecimentos científicos capazes de contribuir para a prática diária.

Durante o desenvolver do estágio foi possível o atingir dos objetivos propostos, consolidar conhecimentos teóricos, refletir sobre as práticas diárias, isto é, atingir um elevado grau de competência profissional para os cuidados da área de especialização.

A oportunidade de integrar e colaborar uma investigação em curso do CIIS foi também uma oportunidade de estudar de forma mais aprofundada o MAIEC, assim como ter a experiência de utilizar o modelo em contexto clínico, podendo perceber o seu contributo para a prática profissional.

Este modelo demonstrou-se promotor e facilitador, uma vez que a sua matriz de decisão clínica orienta para a avaliação do diagnóstico de gestão comunitária, quanto ao grau de comprometimento, e dos seus subdiagnósticos, ao mesmo tempo que sugere as intervenções mais adequadas para superação do problema.

Por outro lado, para a tomada de decisão, e para a prática que se pretende fundamentada, foi também transversal a todo o decorrer do estágio a pesquisa bibliográfica e fundamentação teórica de todos os temas trabalhados. Houve algum investimento no tema da investigação científica, que apesar de não constar dos objetivos propostos e listados, se tornou um tema de interesse pessoal e investimento futuro.

No entanto, fica claro que a pesquisa aprofundada nesta área tornou o processo de ensino-aprendizagem mais enriquecido e ao mesmo tempo contribuiu para um sentido crítico mais apurado nas revisões da literatura.

Com o projeto desenvolvido, de vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem numa comunidade ACeS, tornou-se possível delinear um diagnóstico de situação, priorizar os problemas da comunidade, propor e implementar atividades em busca da capacitação dos enfermeiros, por via da melhoria dos seus conhecimentos e capacidades de registo, da comunicação, da criação de estruturas e estabelecimento de parcerias.

Ficou claro o importante papel do planeamento em saúde, como contributo para a melhoria dos serviços, das instituições e, acima de tudo, para a obtenção de ganhos em saúde para a população.

Trabalharam-se também as competências da vigilância epidemiológica, de capacitação e gestão de projetos/programas, procurando que estas promovam a prática especializada avançada e o desenvolvimento do máximo potencial como profissional.

Procura-se daqui em diante, com as competências agora adquiridas, promover práticas diárias de melhoria contínua, pelo incentivar, promover ou implementar de projetos que visem a melhoria sustentada das condições de vida e de saúde da população.

Considerando o objetivo ulterior do projeto instituído, melhorar as determinantes de saúde na população, pensando no empoderamento como processo (melhoria de conhecimentos, crenças e experiência no registo) e resultado (enfermeiros empoderados para trabalhar estas determinantes de saúde) tornou-se importante promover o envolvimento dos profissionais no projeto, para que se sentissem “donos” dele e com a capacidade de lhe dar continuidade.

Em última instância, procurou-se que este trabalho fosse um projeto que promovesse simultaneamente a promoção da saúde, dinamizasse as parcerias que foram estabelecidas para favorecer realmente a obtenção de ganhos em saúde para a população.

Apesar das dificuldades, deve procurar-se sempre uma prática baseada na evidência, na procura das melhores condições de saúde que se possa oferecer aos indivíduos, famílias e comunidades, atuando e incentivando os outros a atuar, no sentido da promoção da saúde e

prevenção da doença, considerando fatores protetores e inibidores dessa condição de saúde plena, que se deseja para todos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **República Portuguesa.** Decreto-Lei nº28/2008. Diário da República n.º 38/2008, 2008, Vol. Série I, Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.
2. **República Portuguesa.** Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro. Diário da República n.º 193/2013, 2013, Vol. Série I.
3. **Tomey, Ann Marriner e Alligood, Martha Raile.** *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) - 5ª Edição.* Loures: Lusociência, 2004. pp. 3-34. ISBN: 972-8383-74-6.
4. **Polít, Denise F. e Hungler, Bernadette P.** *Investigacion Científica en Ciencias de la Salud, 5ª ed.* México: McGraw-Hill Interamericana, 1995. ISBN 970-10-1152-X.
5. **Ordem dos Enfermeiros - Conselho Directivo.** *Investigação em Enfermagem - Tomada de posição.* Lisboa: s.n., 2006.
6. **Tavares, António.** *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde - 2ª Ed.* Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 1992.
7. **Melo, Pedro.** *Enfermagem Avançada: Um modelo de empoderamento comunitário.* Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Porto: s.n., 2016. Tese de Doutoramento em Enfermagem.
8. **Melo, Pedro M.A., Silva, Rosa C.G. e Figueiredo, Maria Henriqueta S.J.** *Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo.* Revista de Enfermagem Referência. 2018, Vols. Série IV - n.º 19 - OUT./NOV./DEZ., pp. 81-90.
9. **Laverack, Glenn.** *Promoção de Saúde - Poder e Empoderamento.* Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-09-3.
10. **Ordem dos Enfermeiros.** *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.* Lisboa: s.n., 2011.
11. **Rouquayrol, Maria Zélia e Silva, Marcelo G.C.** *Epidemiologia & Saúde. 7ª Edição.* Rio de Janeiro: Medbook, 2013. ISBN:978-85-99977-84-2.

12. **Bonita, R., Beaglehole, R. e Kjellström, T.** [tradução e revisão científica **Juraci A. Cesar**]. *Epidemiologia Básica - 2.ed.*. São Paulo: Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda., 2010. ISBN 978-85-7288-839-4.
13. **OECD/EU.** *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing, 2018. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en. ISBN 978-92-64-30335-5 (PDF).
14. **Portugal.Ministério da Saúde.** *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017. ISSN: 2184-1217.
15. **Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental.** *Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020*. 2017.
16. **Paixão, Eleonora, Branco, Maria João e Contreiras, Teresa.** *Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono, em Portugal Continental*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2006.
17. **Akerstedt, T. e Nilsson, P.M.** *Sleep as restitution: an introduction*. Journal of Internal Medicine. Blackwell Publishing Ltd, 2003, Vol. 254, pp. 6–12.
18. **Martins, Rute I.S.** *Validação da Escala de Saúde do Sono (SATED) para a população adulta portuguesa*. Algarve: s.n., 2017.
19. **Rodrigues, Marisa, Nina, Sofia e Matos, Lurdes.** *Como dormimos? – Avaliação da qualidade do sono em cuidados de saúde primários*. Revista Portuguesa Medicina Geral Familiar. 2014, Vol. 30, pp. 16-22.
20. **Ohayon, Maurice M. e Paiva, Teresa.** *Global sleep dissatisfaction for the assessment of insomnia severity in the general population of Portugal*. Sleep Medicine. Elsevier, 2005, Vol. 6, pp. 435-441.
21. **World Health Organization.** *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: s.n., 2018. ISBN 978-92-4-156563-9.
22. **DGS - Direção-Geral da Saúde.** Norma nº 030/2012 de 28/12/2012. Lisboa: s.n., 2012. Detecção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool.
23. **DGS - Direção-Geral da Saúde.** Plano Nacional de Saúde - Boletim Informativo Semanal . Lisboa : s.n., 2017.
24. **Mello, M^a Lucília M, Barrias, José Carvalho e Breda, João Joaquim.** *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2001. ISBN 972-9425-93-0.
25. **Fortin, Marie-Fabienne, Côte, José e Filion, Françoise.** *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5.

26. **Polit, Denise F., Beck, Cheryl Tatano e Hungler, Bernadette P.** *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem - Métodos, avaliação e utilização*. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN:85-7307-984-3.
27. **Morgan, David L. - 2nd ed.** *Focus groups as qualitative research*. California: Sage Publications, Inc., 1997. ISBN 0-7619-0342-9.
28. **Temido, Marta A. F.B., Craveiro, Isabel e Dussault, Gilles.** *Percepções de equipas de saúde familiar portuguesas sobre o alargamento do campo de exercício da enfermagem*. Revista de Enfermagem Referência. 2015, Vols. Série IV - n.º 6 - jul./ago./set.
29. **República Portuguesa.** Lei nº21/2014 de 16 de Abril. s.l.: Diário da República, 2014. Vols. 1.ª série — N.º 75, Aprova a lei da investigação clínica.
30. **Imperatori, Emilio e Giraldes, Maria do Rosário.** *Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 2ª Ed. Algueirão: Edições da Saúde., 1986.
31. **Sousa, FAMR et al.** *Estabelecimento de prioridades em saúde numa comunidade: análise de um percurso*. Revista de Saúde Pública. 2017, Vol. 51:11.
32. **Pereira, Sheila Duarte.** *Conceitos e Definições da Saúde e Epidemiologia usados na Vigilância Sanitária*. São Paulo: s.n., 2007.
33. **Teixeira, Carmen Fontes (organizadora).** *Planejamento em Saúde - Conceitos, Métodos e Experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. ISBN 978-85-232-0707-6.
34. **Santos, Luísa, et al. (coordenadores).** *Promoção da Saúde: Da Investigação à Prática*. Lisboa: SPPS, Editora, LDA , 2015. ISBN: 978-989-98855-1-6 .
35. **WHO.** *CARTA DE OTTAWA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde* . [<https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx>] 1986.
36. **República Portuguesa.** Regulamento n.º 128/2011. Lisboa : Diário da República, , 2011. Vols. 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011 , Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.
37. **Portuguesa República.** Decreto-Lei n.º 286/99 de 27 de Julho. *Diário da República*. 1999, Vols. I SÉRIE-A N.º 173.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Critérios de diagnóstico do questionário

AVALIAR GESTÃO COMUNITÁRIA

		Questão
Avaliar Participação Comunitária (Processo de grupo Comunitário)	Avaliar comunicação na comunidade	11. O circuito de informação entre a sua unidade funcional e o ACeS é eficaz para compreender a importância da documentação dos cuidados de enfermagem para o Diagnóstico de Saúde?
		12. Considera que a informação transmitida é clara?
		13. Considera que são analisadas/discutidas as questões relacionadas com a documentação e vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem?
	Avaliar parcerias	14. A sua unidade funcional tem parcerias formais que promovem a melhoria da documentação dos fenómenos de enfermagem e da vigilância epidemiológica dos mesmos? (por exemplo, uma parceria com um perito em documentação em enfermagem, ou com a ACSS, ou entre a sua unidade funcional e a USP)
	Avaliar estruturas organizativas	16. Existem estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), que envolvem a sua unidade funcional no diagnóstico de saúde do ACeS tendo em conta os fenómenos de enfermagem?
		15. A sua unidade funcional tem recursos suficientes para a documentação dos fenómenos de enfermagem?
Avaliar o Processo Comunitário (Coping Comunitário)		7. Dos Fenómenos em estudo qual/quais costuma avaliar mais frequentemente?
		8. Dos Fenómenos em estudo qual/quais considera mais oportuno fazer parte de uma avaliação frequente?
		17. Existe na sua unidade funcional um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos fenómenos de enfermagem?

Avaliar a Liderança Comunitária	Avaliar o Conhecimento	1. Tem conhecimentos sobre a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem?
		5. Conhece as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do PLS do ACeS?
		9. Tem formação sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos fenómenos em estudo?
		10. Considera ter necessidades formativas sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos fenómenos em estudo?
	Avaliar as Crenças da Comunidade	3. Considera importante um projeto que promova a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem?
		4. Considera que a sua documentação tem um contributo importante para o Diagnóstico de Saúde do ACeS?
		6. Considera que um projeto que melhore a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem: Ansiedade, Auto-cuidado: atividade física, Excesso de peso, Exercício, Sono e Uso do Álcool pode contribuir para o Diagnóstico de Saúde?
	Avaliar a Volição da Comunidade	2. Sente-se motivado/a para participar num projeto do seu ACeS que promova a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem?

APÊNDICE II - Questionário 1

Vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem

O ACeS em parceria com a Universidade Católica Portuguesa (UCP) tem em curso um projeto com a finalidade de contribuir para a promoção da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem no ACeS.

Este projeto é da responsabilidade das Estudantes do Mestrado em Enfermagem Comunitária Alice Teixeira e Luisa Vale (articulado com Linha de Investigação Saúde, Família e Vulnerabilidade do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da UCP), baseado no Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), desenvolvido por Melo (2016), que permite considerar o ACeS como uma comunidade alvo da intervenção dos Enfermeiros.

Usando como modelo de referência o MAIEC, elaborámos o questionário que se segue, centrado nos Fenómenos de Enfermagem: Ansiedade, Auto-cuidado: atividade física, Excesso de peso, Exercício, Sono e Uso do Álcool. Os mesmos foram selecionados com base no Plano Local de Saúde (PLS) e nas necessidades identificadas para a população.

Desta forma, para o sucesso deste projeto, pedimos a vossa colaboração para o seu preenchimento, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos dados. O questionário é de preenchimento rápido, mas só fica validado com o seu total preenchimento.

Para qualquer esclarecimento/ comentário pode contactar as estudantes ou o orientador científico através dos contactos:

Alice Teixeira – maria.a.teixeira@arsnorte.min-saude.pt, 934799145

Luisa Vale – luisa.vale.enfermagem@gmail.com, 912920636

Pedro Melo – pmelo@porto.ucp.pt, 916725122

Muito obrigada pela sua colaboração!

* Required



1. Aceito participar neste projeto, preenchendo o questionário que se segue. Tempo médio de preenchimento 5 minutos. *

Mark only one oval.

Sim

A primeira parte corresponde à caracterização socioprofissional e a segunda à sua opinião/perceção face a diferentes questões relacionadas com o projeto.

Grupo I

2. 1. **Gênero ***

Mark only one oval.

- Masculino
 Feminino

3. 2. **Idade ***

4. 3. **Em que unidade do ACeS Tâmega III – Vale do Sousa Norte exerce funções? ***

Check all that apply.

- UCC A
 UCSP A
 UCSP B
 UCSP C
 USF A
 USF B
 USF C
 USF D
 UCC B
 UCSP D
 UCSP E
 USF E
 USF F
 UCC C
 UCSP F
 USF G
 USF H
 USF I
 USF J
 USP

5. 4. **Habilitações ***

Mark only one oval.

- Bacharelato *Skip to question 7.*
 Licenciatura *Skip to question 7.*
 Mestrado
 Doutorado
 Pós Graduação

6. **Se selecionou Mestrado, Doutorado ou Pós-Graduação, indique em que área ***

7. 5. Tem alguma especialidade? *

Mark only one oval.

- Especialidade em Enfermagem Comunitária
- Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria
- Especialidade em Enfermagem de Reabilitação
- Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- Não possuo especialidade

8. 6. Tempo de experiência profissional como enfermeiro/a. (Anos) *

9. 7. Tempo de serviço na unidade funcional do ACeS em que exerce funções. (Anos) *

Grupo II

10. 1. Tem conhecimentos sobre a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não

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

Mark only one oval.

- Sim
- Não

12. 3. Considera importante um projeto que promova a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não

13. 4. Considera que a sua documentação tem um contributo importante para o Diagnóstico de Saúde do ACeS? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não

14. **Independente da sua resposta anterior ser sim ou não explique o porquê da sua opção: ***

15. **5. Conhece as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do PLS do ACeS? ***

Mark only one oval.

- Sim, todos
- Sim, mas só as Necessidades de Saúde
- Sim, mas só os Problemas de Saúde
- Sim, mas só os Objetivos de Saúde
- Não *Skip to question 17.*

16. **Se respondeu Sim na sua resposta anterior indique um Objetivo de Saúde e/ou um Problema de Saúde e/ou uma Necessidade de Saúde: ***

17. **6. Considera que um projeto que melhore a vigilância epidemiológica dos fenômenos de enfermagem: Ansiedade, Auto-cuidado: atividade física, Excesso de peso, Exercício, Sono e Uso do Álcool pode contribuir para o Diagnóstico de Saúde? ***

Mark only one oval.

- Sim
- Não

18. **7. Dos Fenômenos em estudo qual/quais costuma avaliar mais frequentemente? ***

Check all that apply.

- Ansiedade
- Auto-cuidado: atividade física
- Excesso de peso
- Exercício
- Sono
- Uso do Álcool
- Nenhum

19. 8. Dos Fenômenos em estudo qual/quais considera mais oportuno fazer parte de uma avaliação frequente? *

Check all that apply.

- Ansiedade
- Auto-cuidado: atividade física
- Excesso de peso
- Exercício
- Sono
- Uso do Álcool
- Nenhum
- Não sei responder

20. Porquê? *

21. 9. Tem formação sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos fenômenos em estudo? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não Skip to question 23.

22. Se respondeu Sim na sua resposta anterior indique em qual/quais: *

Check all that apply.

- Ansiedade
- Auto-cuidado: atividade física
- Excesso de peso
- Exercício
- Sono
- Uso do Álcool

23. 10. Considera ter necessidades formativas sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos fenômenos em estudo? *

Mark only one oval.

- Sim Skip to question 24.
- Não Skip to question 25.

24. Se respondeu Sim na sua resposta anterior indique em qual/quais: *

Check all that apply.

- Ansiedade
- Auto-cuidado: atividade física
- Excesso de peso
- Exercício
- Sono
- Uso do Álcool

25. 11.O circuito de informação entre a sua unidade funcional e o ACeS é eficaz para compreender a importância da documentação dos cuidados de enfermagem para o Diagnóstico de Saúde? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não

26. 12. Considera que a informação transmitida é clara? *

Mark only one oval.

- Sim Skip to question 28.
- Não

27. Se não considera a comunicação clara dê sugestões para que seja *

28. 13. Considera que são analisadas/discutidas as questões relacionadas com a documentação e vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não Skip to question 30.

29. Se respondeu Sim na sua resposta anterior indique em que situação/situações: *

Mark only one oval.

- Nas reuniões de contratualização com o ACeS
- Nas reuniões dos Conselhos Técnicos
- Nas reuniões das unidades funcionais
- Other: _____

30. 14. A sua unidade funcional tem parcerias formais que promovem a melhoria da documentação dos fenômenos de enfermagem e da vigilância epidemiológica dos mesmos? (por exemplo, uma parceria com um perito em documentação em enfermagem, ou com a ACSS, ou entre a sua unidade funcional e a USP) *

Mark only one oval.

- Sim
 Não

31. 15. A sua unidade funcional tem recursos suficientes para a documentação dos fenômenos de enfermagem? *

Mark only one oval.

- Sim Skip to question 33.
 Não

32. Se respondeu Não na questão anterior, que recursos considera ter em falta (Pode selecionar mais que uma resposta)? *

Check all that apply.

- Recursos Humanos
 Recursos Materiais (por ex. Computadores)
 Recursos Organizacionais (por ex. horários)
 Other: _____

33. 16. Existem estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), que envolvem a sua unidade funcional no diagnóstico de saúde do ACeS tendo em conta os fenômenos de enfermagem? *

Mark only one oval.


- Sim
 Não

34. 17. Existe na sua unidade funcional um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos fenômenos de enfermagem? *

Mark only one oval.

- Sim
 Não

APÊNDICE III - Formação aos Conselhos Técnicos




CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem
A comunidade ACeS como parte da solução



Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem

- Área potenciadora da valorização da documentação dos cuidados de Enfermagem
- Assegura gestão de programas que integram as necessidades da População
- Monitoriza ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de Enfermagem, na população

CATOLICA Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Cláudia Ribeiro, Fernanda Coelho
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
04/12/2018

O projeto...

FINALIDADE

Este projeto tem como finalidade contribuir para melhorar os indicadores de saúde pública no âmbito da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem no ACES.

Através da aplicação do...

... Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), desenvolvido por Melo (2016), permite a decisão clínica dos enfermeiros na comunidade como cliente.

CATOLICA Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Cláudia Ribeiro, Fernanda Coelho
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
04/12/2018

Plano Local de Saúde – Necessidades de Saúde

Menor Mortalidade por:

- Doenças Cerebrovasculares;
- Tumor Maligno do Pulmão;
- Tumor Maligno da Mama Feminina;
- Diabetes Mellitus.

Menor Prevalência de:

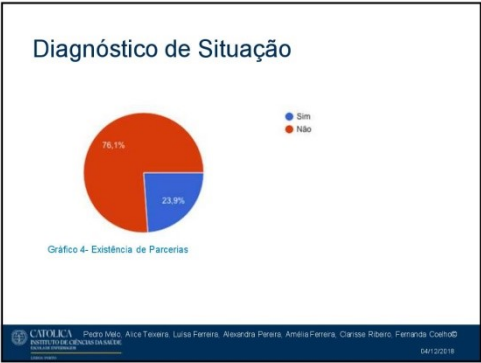
- Perturbação Depressiva;
- Diabetes Mellitus

Menos Obesidade;

- Menor consumo de Álcool;
- Mais exercício físico;
- Menos Hipertensão Arterial;
- Menor consumo de tabaco;
- Menos Peso excessivo

Determinantes de Saúde

CATOLICA Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Cláudia Ribeiro, Fernanda Coelho
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
04/12/2018



Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem – ODE

Estrutura organizada, no âmbito da saúde pública, tendo como objetivo contribuir para a vigilância epidemiológica do ACeS, através da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem.

Em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACeS.

CATOLICA Instituto de Enfermagem
 Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Cláudia Ribeiro, Fernanda Coelho
 04/12/2018



Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem – ODE

MISSÃO...

...análise sistemática e continuada dos diagnósticos de enfermagem de forma a proporcionar os dados necessários para uma atuação célere e eficaz sobre os fatores de risco e determinantes de saúde, contribuindo para a melhoria da saúde da população inscrita no ACeS.

CATOLICA Instituto de Enfermagem
 Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Cláudia Ribeiro, Fernanda Coelho
 04/12/2018

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem – ODE

O ODE tem como finalidades:

- Realizar a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem do ACeS;
- Contribuir na formação e consultoria para a documentação 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.

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem – ODE VSN

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;

"Reunir-se é um começo, permanecer juntos é um progresso, e trabalhar juntos é um sucesso."

Napoleon Hill

APÊNDICE IV - Regulamento do ODE

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

Regulamento Interno

INTRODUÇÃO

O presente regulamento interno foi elaborado com base no Decreto-Lei 4/2015, de 7 de janeiro (Código do Procedimento Administrativo).

Tem por objetivo a regulação da organização e funcionamento do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem (ODE), sendo aplicável a todos os profissionais que o integram.

O presente regulamento será submetido a aprovação da equipa do ODE, Coordenador da USP e do Diretor Executivo do ACES.

CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º

Definição

O Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem, adiante designada como ODE, é uma estrutura organizada, que desenvolve a sua missão no âmbito da saúde pública, tendo como objetivo contribuir para a vigilância epidemiológica do ACeS, através da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem.

O ODE desenvolve a sua atividade no contexto da Unidade de Saúde Pública (USP), em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACeS.

O ODE, está sediado na USP [designação do ACeS], localizada na [morada], tendo como contactos o telefone [número] e o endereço eletrónico [e-mail].

Artigo 2º

Missão

O ODE tem como missão contribuir para melhorar os indicadores de saúde pública, em particular os de enfermagem em saúde pública no ACeS.

O ODE tem ainda como finalidades:

- Realizar a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem do ACeS;
- 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 Planejamento em Saúde no contexto dos diagnósticos de Enfermagem:
 - a) qualquer proposta de investigação por parte do ODE deverá ser dirigida ao Conselho Coordenador do ODE e direção do ACES;
 - b) realização da investigação da iniciativa do ODE deve ser aprovada em reunião da equipa;
 - c) o ODE disponibiliza o seu contexto de trabalho e a sua colaboração em trabalhos de investigação, sempre que para tal seja solicitada e contribua para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários.

CAPÍTULO II

ESTRUTURA ORGÂNICA E FUNCIONAMENTO

Artigo 4º

Estrutura orgânica

O ODE é constituído por 3 estruturas:

Conselho Coordenador;

Conselho Técnico;

Conselho Consultivo;

Artigo 5º

Coordenação

São membros do Conselho Coordenador do ODE:

- O coordenador do ODE;

- O Enfermeiro da USP da área da vigilância epidemiológica;

- O Enfermeiro da USP da área do planeamento em saúde;
- O Enfermeiro interlocutor dos registos clínicos de Enfermagem no SClínico.

Artigo 6º

Competências do Conselho Coordenador

Compete ao Conselho Coordenador do ODE:

- Deliberar sobre os membros que constituem os Conselhos Técnico e Consultivo, nomeando-os ou exonerando-os;
- Pronunciar-se sobre a substituição de elementos da equipa, bem como a eventual exclusão de um membro da equipa e, ainda, no caso de demissão ou substituição do Coordenador;
- Convocar as reuniões nucleares e gerais do ODE;
- Aprovar o Plano de Atividades e Orçamento do ODE;
- Aprovar o relatório de atividades;
- Representar o ODE junto da USP, do ACeS e da Sociedade. O Conselho Coordenador pode delegar a representação do ODE num membro de outro órgão, se assim o considerar;
- Propor estudos epidemiológicos ao Conselho Técnico;
- Elaborar o regulamento interno;
- Propor formação e consultoria aos órgãos do ODE;
- Participar na elaboração do Diagnóstico Local de Saúde e no Plano Local de Saúde.

Artigo 7.º

Coordenador

O coordenador do ODE é designado de entre os enfermeiros do Conselho Coordenador, devendo estar ligado a uma unidade de investigação.

Ao coordenador do ODE compete:

- Assegurar o funcionamento eficiente do ODE e o cumprimento do plano de atividades e incentivando a participação dos profissionais no ODE e a intercooperação com as diferentes unidades funcionais existentes no ACES;
- Promover a consolidação das boas práticas e a observância das mesmas;

- Propor o regulamento interno para aprovação, ao Diretor Executivo;
- Representar o ODE perante o Coordenador da USP e o Diretor Executivo do ACES.

Compete, em especial, ao coordenador do ODE:

- Coordenar as atividades do ODE, de modo a garantir o cumprimento do plano de atividades;
- Coordenar a gestão dos processos e determinar os atos necessários ao seu desenvolvimento.

O Coordenador do ODE detém ainda as competências para confirmar e validar os documentos que sejam exigidos no âmbito do ODE e submete-los a aprovação ao Coordenador da Saúde Pública e Diretor Executivo do ACeS.

O Coordenador do ODE faz-se substituir nas suas ausências e impedimentos.

Artigo 8º

Conselho Técnico

O Conselho Técnico inclui o Conselho Coordenador, sendo os seus elementos nomeados por este, de entre os enfermeiros de cada unidade funcional com atividade assistencial, assegurando que:

- todas as tipologias de unidades funcionais estejam representadas;
- todos os perfis de especialidades estejam representados.

Sem prejuízo do anterior, cada unidade funcional deverá ter definido um interlocutor para o ODE.

Artigo 9º

Competências do Conselho Técnico

Compete ao Conselho Técnico:

- 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 de atividades do ODE.

Artigo 10º

Conselho Consultivo

São membros do Conselho Consultivo:

- O Diretor Executivo do ACeS;
- O Presidente da Direção de Enfermagem;
- O Coordenador da USP;
- Elementos que a título individual ou institucional sejam convidados ou nomeados para integrar o ODE.

Artigo 11º

Competências do Conselho Consultivo

Compete ao Conselho Consultivo:

- Dar orientações no que se refere à Governança Clínica e para o plano de atividades e orçamento do ODE (Diretor Executivo e Presidente da Direção de Enfermagem);
- 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 considerada importante a sua participação;
- Participar nas reuniões da Coordenação sempre que considerada relevante a sua participação.

Artigo 12º

Funcionamento

O ODE realiza reunião geral ordinária com uma periodicidade trimestral ou sempre que convocado pela coordenação.

O Conselho Técnico reúne trimestralmente e deve entregar o Plano de Atividades e Orçamento à coordenação até ao dia 30 de novembro de cada ano.

O Conselho Coordenador 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.

O Plano de Atividades é realizado durante cada ano pelos membros do Conselho Técnico com a colaboração do Conselho Consultivo.

A ordem do dia de cada reunião estabelecida pelo coordenador, deve incluir os assuntos que lhe forem indicados por qualquer elemento da unidade, desde que sejam da competência do

órgão e o pedido seja apresentado por escrito com antecedência mínima de cinco dias sobre a data da reunião. A ordem do dia deve ser comunicada com o mínimo de 48 horas de antecedência.

As reuniões extraordinárias têm lugar mediante convocação do coordenador ou sempre que pelo menos um terço dos membros do ODE lho solicitem por escrito, indicando o assunto que desejam ver tratado.

A convocatória da reunião extraordinária deve ser feita para um dos 15 dias seguintes à apresentação do pedido, mas sempre com a antecedência mínima de quarenta e oito horas sobre a data da reunião extraordinária.

Só podem ser objeto de deliberação os assuntos incluídos na ordem do dia da reunião, salvo se, tratando-se de reunião ordinária, pelo menos dois terços dos membros reconhecerem a urgência de deliberação imediata sobre outros assuntos.

O ODE só pode deliberar em primeira convocação quando esteja presente a maioria do número legal dos seus membros. Não comparecendo o número de membros exigido, será convocada nova reunião, com o intervalo de, pelo menos, vinte e quatro horas, podendo o órgão deliberar desde que esteja presente um terço dos membros com direito a voto. Nos órgãos compostos por três membros, é de dois o quórum necessário para deliberar, mesmo em segunda convocatória.

As deliberações são tomadas por maioria absoluta de votos dos membros presentes à reunião. Se esta não se formar, nem se verificar empate, proceder-se-á imediatamente a nova votação e, se aquela situação se mantiver, adiar-se-á a deliberação para a reunião seguinte, na qual será suficiente a maioria relativa.

Em caso de empate na votação, o coordenador tem voto de qualidade, salvo se a votação se tiver efetuado por escrutínio secreto. Havendo empate em votação por escrutínio secreto, proceder-se-á imediatamente a nova votação e, se o empate se mantiver, adiar-se-á a deliberação para a reunião seguinte; se na primeira votação dessa reunião se mantiver o empate, proceder-se-á a votação nominal, na qual a maioria relativa é suficiente.

De cada reunião é lavrada a ata, que contém o resumo de tudo o que nela tenha ocorrido, e seja relevante para o conhecimento e a apreciação da legalidade das deliberações tomadas, designadamente a data e o local da reunião, a ordem do dia, os membros presentes, os assuntos apreciados, as deliberações tomadas, a forma e o resultado das respetivas votações e as decisões do presidente.

As atas são lavradas pelo secretário e submetidas à aprovação dos membros no final da respectiva reunião ou no início da reunião seguinte, sendo assinadas, após a aprovação, pelo presidente e pelo secretário.

Artigo 13.º

Instrumentos do ODE

São instrumentos do ODE:

- a) Regulamento Interno;
- b) Manual de Articulação;
- c) Plano de Atividades;
- d) Manual de Procedimentos Organizativos

Artigo 14.º

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.



Artigo 15.º

Produção de efeitos e atualização

O presente regulamento interno produz efeitos a partir do dia útil imediatamente a seguir ao da sua aprovação e homologação pelo Diretor Executivo do ACeS.

Só poderá ser objeto de atualização em reunião expressamente convocada para o efeito.

APÊNDICE V - Formação aos Enfermeiros





CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem

Ansiedade, Sono, Uso de Álcool, Auto-cuidado: Atividade Física, Excesso de Peso, Exercício



Objetivos da formação

- Contextualizar o projeto MAIEC
- Promover o conhecimento sobre Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem
- Promover o conhecimento e habilidades para a documentação dos Focos Ansiedade, Sono e Uso de Álcool, Autocuidado: Atividade Física, Exercício, Excesso de Peso

CATOLICA Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Cláudia Ribeiro, Fernanda CoelhoD

O projeto...

FINALIDADE

Este projeto tem como finalidade contribuir para melhorar os indicadores de saúde pública no âmbito da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem no ACES.

Através da aplicação do...

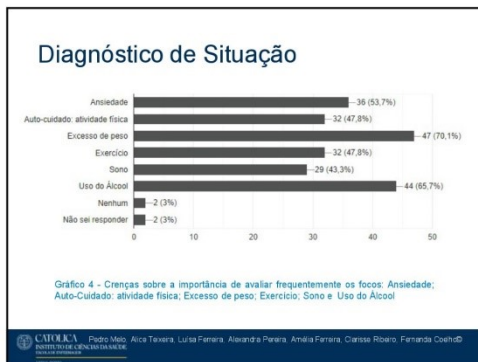
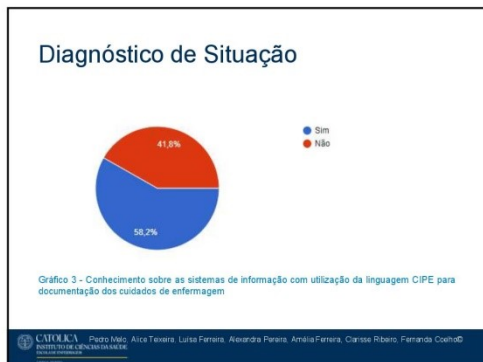
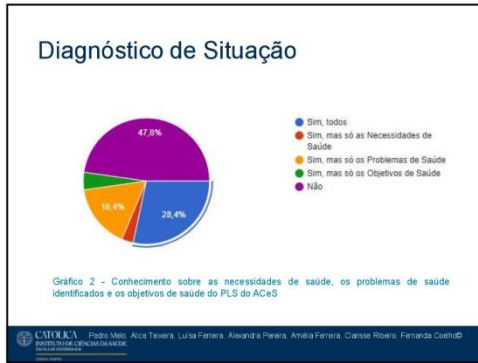
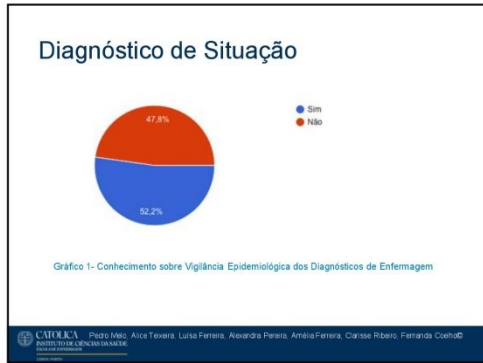
... Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), desenvolvido por Melo (2016), permite a decisão clínica dos enfermeiros na comunidade como cliente.

CATOLICA Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Cláudia Ribeiro, Fernanda CoelhoD

Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem

- Área potenciadora da valorização da documentação dos cuidados de Enfermagem
- Assegura gestão de programas que integram as necessidades da População
- Monitoriza ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de Enfermagem, na população

CATOLICA Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Cláudia Ribeiro, Fernanda CoelhoD





CATOLICA

 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

 ESCOLA DE ENFERMAGEM

 LISBOA-PORTO


Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem

Ansiedade



Saúde...

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como um "estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença".





Alicia Teixeira

Ansiedade: uma revisão dos dados epidemiológicos

Uma em cada seis pessoas (cerca de 84 milhões) sofreram de uma perturbação mental.

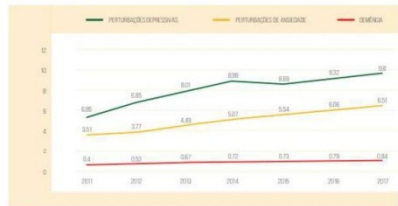
O distúrbio mental mais comum é o distúrbio de ansiedade, com uma estimativa de 25 milhões de pessoas (5,4%) viverem com esse distúrbio.

OCDE - Health at a Glance: Europe 2018 (state of health on the EU cycle)


Alicia Teixeira



Ansiedade: a realidade nos CSP em Portugal



SNS. Retrato da Saúde 2018

Metas de Saúde a 2020

- Aumentar em 25% o registo das perturbações mentais nos Cuidados de Saúde Primários;
- Inverter a tendência da prescrição de benzodiazepinas na população através da sua estabilização;
- Apoiar a criação de 1500 lugares para adulto e 500 para crianças/adolescentes em Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental;
- Aumentar em 30% o número de ações no âmbito dos programas de promoção da saúde mental e de prevenção das doenças mentais.

Ansiedade: conceitos

Ansiedade é uma reação normal ao stress do dia-a-dia.

Apenas se pode falar em perturbações de ansiedade quando existe um medo e ansiedade desproporcionado, que perduram há pelo menos seis meses e que têm um verdadeiro impacto na vida quotidiana.

Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

Ansiedade: conceitos

Emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia (**CIPE**)

Ansiedade é um tipo de Emoção com as características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula (**SClinico**)

Ansiedade e as consultas de enfermagem...

- Saúde Materna
- Saúde Infantil
- Saúde Juvenil
- Saúde Adulto
- Saúde Idoso

Ansiedade e SClínico...

- Exemplo prático de registo



2018-12-03 at 08-57-12.mp4

Normas/Documentos orientadores

- Programa Nacional para a Saúde Mental 2017
- Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância – Manual de orientação para profissionais de saúde (2005)
- Psiquiatria e Saúde Mental das Pessoas Idosas: Recomendações (2005)
- Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários (2009)


CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO


MAIEC
Módulo de Monitorização, Avaliação e Intervenção em Cuidados


Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem

Sono



Sono...

Curiosidade...



É planeado para aumentar a consciência do sono como um privilégio humano que muitas vezes é comprometido pelos hábitos da vida moderna.

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE Alice Teixeira

Sono

As Perturbações do Sono constituem uma epidemia global que ameaça a saúde e a qualidade de vida de cerca 45% da população mundial

World Association of Sleep Medicine, 2016

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE Alice Teixeira

Sono: uma revisão dos dados epidemiológicos

O Observatório da Saúde do Instituto Dr. Ricardo Jorge:

- estudo epidemiológico sobre o sono em Portugal continental;
- constou de dois inquéritos telefónicos em **1999** e **2004**;
- variáveis analisadas foram **hábitos de sono**, ocorrência de **perturbações do sono**, ocorrência de **sequelas de sono não reparador** e utilização de medicação “para dormir”.

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE Alice Teixeira

Sono: uma revisão dos dados epidemiológicos

- 28,1% da população de 18+ anos sofre de sintomas de insónia, pelo menos três noites por semana;
- A dificuldade em adormecer (frequentemente ou sempre) foi referida, respectivamente por **18,6%** e **18,7%** dos respondentes;
- As percentagens de indivíduos que referiram acordar durante a noite mais de uma vez por semana foram da ordem dos **44,7%** e **70,6%**;

ONSA, 2006

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE Alice Teixeira

Sono: uma revisão dos dados epidemiológicos

- Maior percentagem de indivíduos a referir "alteração do sono", definida por dificuldade em adormecer e interrupção do sono noturno mais de uma vez por semana:
 - mulheres (17,5% e 19,5%)
 - mais idosos, de 65-74 anos (24,5%) e de 75+ anos (33,0%)
 - com menor nível de instrução (33,6% e 28,6%)

ONSA, 2006

Sono: uma revisão dos dados epidemiológicos

- A medicação "para dormir" permanente ou frequente foi referida por 10,6% e 13,9% dos respondentes.

Conclusão:

verificou-se uma evolução desfavorável em praticamente todas as variáveis estudadas.

ONSA, 2006



Sono: conceitos

O sono define-se como um estado comportamental complexo e dinâmico que influencia grandemente as horas de vigília e contribui, de forma significativa, para a recuperação física e mental do Ser Humano.

Akerstedt 2003

Sono: conceitos

Processo Corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos (*CIPE*)

Sono: conceitos

Sono é um tipo de Reparação com as características específicas: recurso à redução da actividade corporal, marcada por uma redução da consciência, que não se mantém quando acordado, em que a pessoa não sabe de si, o metabolismo está diminuído, a postura imóvel, a actividade corporal diminuída, e a sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos (*SClínico*)

Sono e as consultas de enfermagem...

- Saúde Materna
- Saúde Infantil
- Saúde Juvenil
- Saúde Adulto
- Saúde Idoso

Sono e SClínico...

- Exemplo prático de registo



2018-12-03 at 09-01-25.mp4

Normas/Documents orientadores

- DGS – Norma 22/2014 (Seguimento nos Cuidados de Saúde Primários de doentes com Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono sob terapêutica com pressão positiva contínua)
- Ministério da Saúde – Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono, em Portugal Continental – Observatório Nacional de Saúde - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

MAEC[®]
Ministério da Educação, do Ensino Superior e do Ensino Profissional

Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem

Uso de Álcool

Uso de Álcool

A problemática do álcool, apesar dos resultados já alcançados, mantém-se atual, e a abordagem nas vertentes da prevenção e da redução do uso nocivo do álcool é considerada uma prioridade pela OMS.

Uso de Álcool: uma revisão dos dados epidemiológicos

- As mortes atribuídas ao uso nocivo do álcool está estimada em 3 milhões, o que corresponde a 5,3% de todas as mortes, em 2016;
- os efeitos do seu consumo têm mais impacto na mortalidade que os causados pela tuberculose (2,3%), HIV/SIDA (1,8%), diabetes (2,8%), hipertensão (1,6%), doenças digestivas (4,5%), acidentes rodoviários (2,5%) e violência (0,8%).

Global status report on alcohol and health, 2018

Uso de Álcool: conceitos

Abuso do álcool - abuso de substâncias: uso inadequado do álcool

Sem abuso do álcool

Uso de Álcool é um tipo de Uso de Substâncias com as seguintes características específicas: Uso regular de álcool como estimulante; habitualmente, vinho, cerveja ou bebidas espirituosas. **(SCLínico)**

Circular Normativa 30/2012

- Define-se **bebida padrão** como o volume de bebida alcoólica contendo **10g de álcool puro**.
- A densidade do álcool é 0,79g/ml.
- A quantidade de álcool puro ingerido pode ser calculada através da seguinte equação: volume de bebida (ml) x percentagem de álcool por volume (%) x densidade do álcool (g/ml).



Cerveja,
300 ml
12 g álcool

Vinho maduro,
100 ml
10-12 g álcool

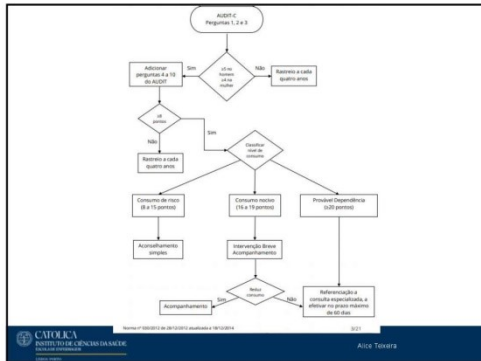
Espirituosos,
50 ml
8-10 g álcool

Destilados,
30 ml
10-12 g álcool

Exemplo prático

- Utente que bebe 1 copo vinho almoço e jantar + aguardente almoço + cerveja tarde
- 2 copos vinho – 2 bebidas padrão
1 aguardente – 1 bebida padrão
1 cerveja – 1 bebida padrão

**TOTAL: 4 BEBIDAS PADRÃO X 7 DIAS = 28
COPOS/SEMANA**



Dimensões e conteúdos dos itens do AUDIT

Dimensão	Questões	Conteúdo do item
Caracterização do consumo	1	Frequência do consumo
	2	Quantidade
	3	Frequência de consumo elevado
Sintomas de dependência	4	Descontrole no consumo
	5	Limitações com o consumo
	6	Consumos pela manhã
Consequências do consumo	7	Sentimento de culpa após beber
	8	Bêbados (baços de membrã)
	9	Consequências para outros, por beber
	10	Preocupação de outros pelo consumo

Adaptado de: WHO (2001), Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro MG. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. Manual For Use in Primary Care, Second Edition, World Health Organization.

Alc. Teleniz

Pontuação do AUDIT e proposta de intervenção

PONTUAÇÃO AUDIT	INTERVENÇÃO
0-7	Educação e informação sobre risco
8-15 (risco)	Aconselhamento simples
16-19 (nocivo)	Intervenção breve + seguimento
20-40 (dependência)	Referenciar para tratamento Serviços especializados em dependências

Adaptado de: WHO (2001), Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro MG. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. Manual For Use in Primary Care, Second Edition, World Health Organization.

Alc. Teleniz

Uso de Álcool e as consultas de enfermagem...

- Saúde Materna
- Saúde Infantil
- Saúde Juvenil
- Saúde Adulto
- Saúde Idoso

Alc. Teleniz

Uso de Álcool e SClínico...

- Exemplo prático de registo



2018-12-03 at 09-08-27.mp4

Normas/Documentos orientadores

- DGS – Norma 30/2012 (Detecção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool)
- DGS – Norma 35/2012 (Abordagem da Intoxicação Alcoólica Aguda em Adolescentes e Jovens)
- DGS – Norma 36/2012 (Diagnóstico de Policonsumos e Intervenção Breve em Adolescentes e Jovens)
- DGS – Álcool e Problemas ligados ao Álcool em Portugal, 2001

“Só se pode alcançar um grande êxito quando nos mantemos fiéis a nós mesmos.”

Friedrich Nietzsche

Obrigado!



Referências Bibliográficas

- Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal. Maria Lucília Mercês de Mello, José Carvalho Barrias, João Joaquim Breda. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001
- Direcção-Geral de Saúde. (2015). Plano Nacional De Saúde Revisão E Extensão A 2020. Lisboa.
- DGS. Circular Normativa 22/2014
- DGS. Circular Normativa 30/2012
- DGS. Circular Normativa 35/2012
- DGS. Circular Normativa 36/2012
- DGS. Lisboa. Direcção de Serviços de Informação e Análise Portugal – Saúde Mental em Numeros – 2015
- DGS. Psiquiatria E Saúde Mental Das Pessoas Idosas: Recomendações – Relatório Final. Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. 2005

- ERS. Acesso E Qualidade Nos Cuidados De Saúde Mental. Porto:2015
- Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Martins, R.I.S., Validação da Escala de Saúde do Sono (SATED) para a população adulta portuguesa
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Portugal.
- Nogueira, P. J., Silva, A., Valente Rosa, M., & Farinha, C. (Março de 2015). Programas Nacionais de Saúde Prioritários em números. *Portugal Saúde em Números*, 77.
- OECD/EU (2018). Health at a Glance - Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- DGS. Plano Nacional de Saúde - Boletim Informativo Semanal; Lisboa: DGS; 2017

- Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Lisboa: DGS, 2017
- Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2009
- Relatório Anual 2016 - A Situação do País em Matéria de Alcool. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; 2017
- Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. Comissão Técnica De Acompanhamento Da Reforma Da Saúde Mental. 2017
- SINOPSE ESTATÍSTICA 2016 - Alcool. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; 2018
- Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono, em Portugal Continental. Lisboa: ONSA, 2006

APÊNDICE VI - Questionário de avaliação da formação

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Tema da Sessão: Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem

Formadoras: Alice Teixeira e Luísa Vale

Data:

A sua opinião sobre esta sessão é muito importante, pois permite-nos desencadear um processo de melhoria contínua. Por favor, marque um (X) à frente de cada um dos parâmetros abaixo indicados, numa classificação que pode variar entre insuficiente e excelente, sendo atribuído à letra I "insuficiente", S "suficiente", B "bom" e à letra E "excelente", conforme a sua opinião.

	Classificação			
	I	S	B	E
1. Conteúdo programático				
Interesse dos conteúdos apresentados				
Ajuste dos temas aos objetivos definidos				
Duração da ação de formação				
2. Organização da ação de formação				
Instalações e condições ambientais				
Equipamentos didáticos				
Documentação de apoio				
Cumprimento de horários				
3. Formadores: Alice Teixeira				
Clareza da exposição				
Domínio dos temas desenvolvidos				
Capacidade para esclarecer dúvidas				
Gestão do tempo disponível				
Formadores: Luísa Vale				
Clareza da exposição				
Domínio dos temas desenvolvidos				
Capacidade para esclarecer dúvidas				
Gestão do tempo disponível				

Classificação				
	I	S	B	E
4. Resultados e expectativas				
Temas abordados face às expectativas				
Utilidade prática da formação				
5. Avaliação global				
Globalmente a ação de formação				

Observações/Sugestões:

Muito obrigado pela colaboração

APÊNDICE VII - Material de apoio (manual para registo dos focos álcool, ansiedade e sono)

GUIA PARA REGISTO – FOCO USO DE ÁLCOOL

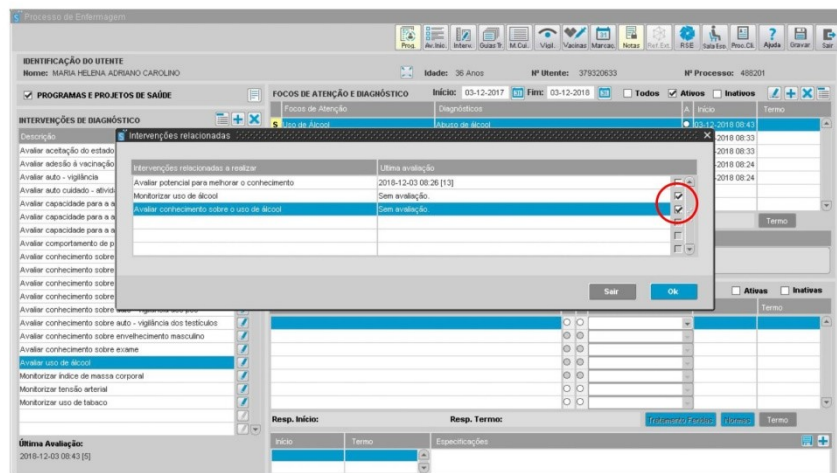
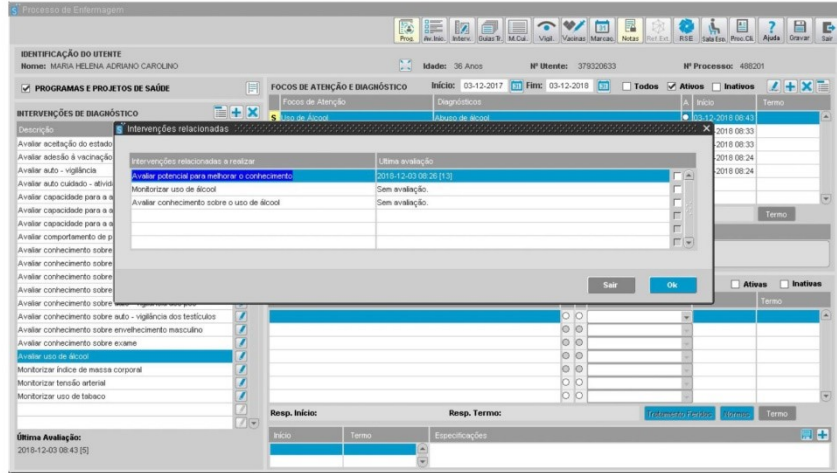
1º passo – Avaliar o foco na intervenção de diagnóstico

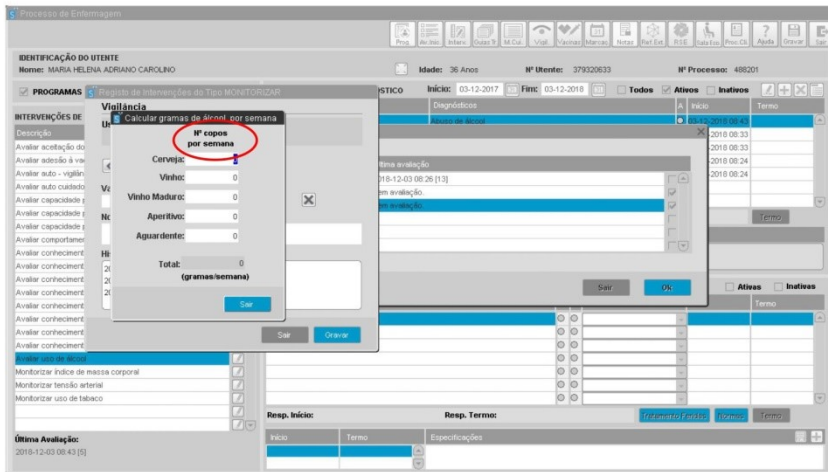
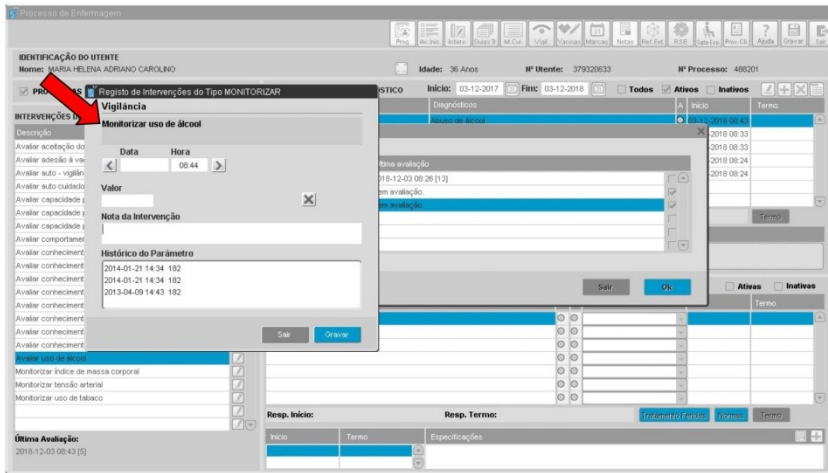
The screenshot displays the 'Processo de Enfermagem' (Nursing Process) software interface. The patient is identified as MARIA HELENA ADRIANO CAROLINO, 36 years old. The focus of attention is 'Sono' (Sleep). The interface shows a list of diagnostic interventions on the left, including 'Avaliar aceitação do estado de saúde', 'Avaliar adesão à vacinação', and 'Monitorizar uso de álcool'. The 'Monitorizar uso de álcool' item is circled in red. The main area shows a table of diagnostic focus items with columns for 'Foco de Atenção', 'Diagnósticos', 'Início', and 'Termo'. Below this, there are 'Especificações' and a section for 'INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO'. The suggested interventions include 'Avaliar conhecimento para promover o sono', 'Ensinar sobre estratégias não farmacológicas', 'Ensinar sobre o sono', 'Ensinar sobre padrões de sono', and 'Instruir a técnica de relaxamento'. The 'Monitorizar uso de álcool' item is also listed in the suggested interventions section.

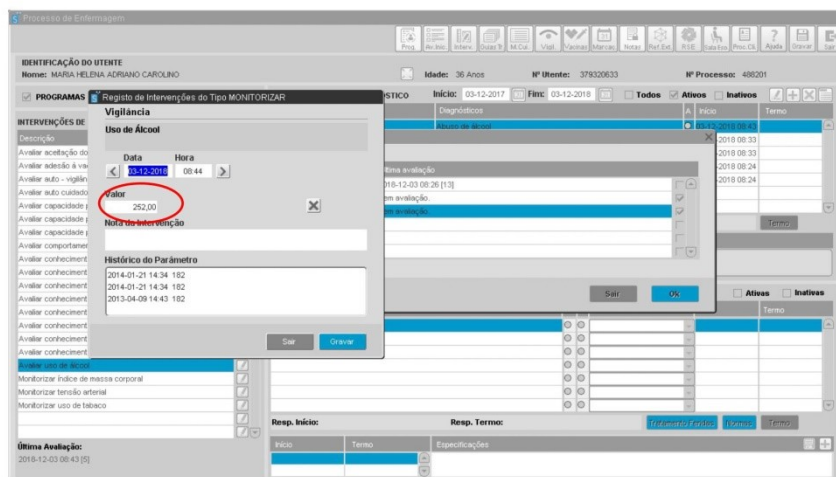
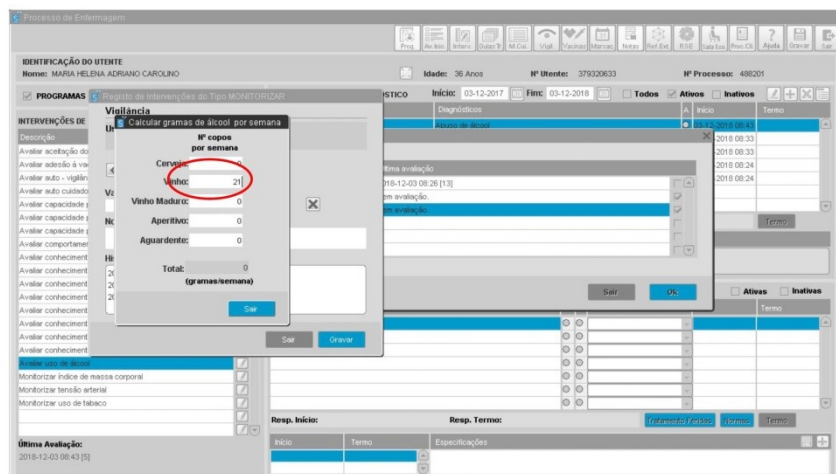
2º passo – Avaliar o Audit através da sua versão reduzida (Audit-C)

The screenshot displays the 'Registro da escala: usoAlcool' (Alcohol Use Scale Registration) software interface. The patient is identified as MARIA HELENA ADRIANO CAROLINO, 36 years old. The interface shows the 'Avaliar uso de álcool' (Assess alcohol use) section. The 'GRUPOS' (Groups) section includes 'Audit (versão reduzida - Audit C)' and 'Audit (restante escala)'. The 'ITEMS DO GRUPO' (Group Items) section is empty. The 'PARAMETROS DA ESCALA' (Scale Parameters) section is a table with columns for 'Item' and 'Valor'. The 'GRUPOS DE SCORE' (Score Groups) section includes 'Etapa' and 'Score'. The 'Score total' is displayed at the bottom right.

3º passo – Continuar o registo seguindo os passos sugeridos pelo SClínico, ou seja, registar *Monitorizar uso de álcool e Avaliar conhecimento sobre o uso de álcool*



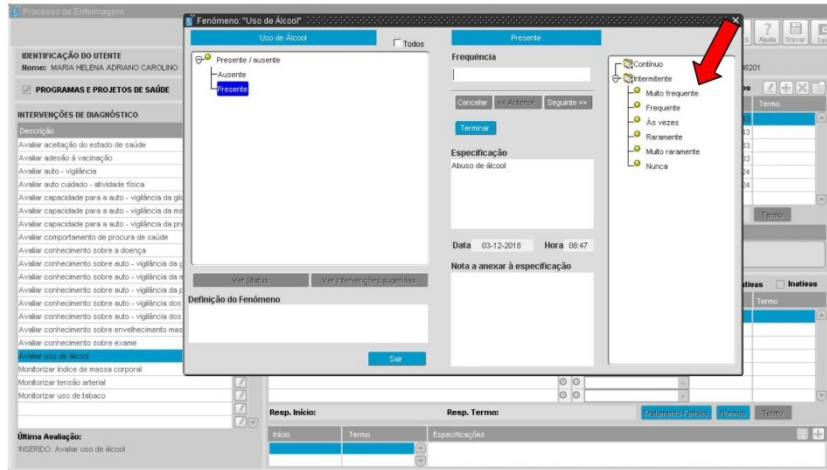




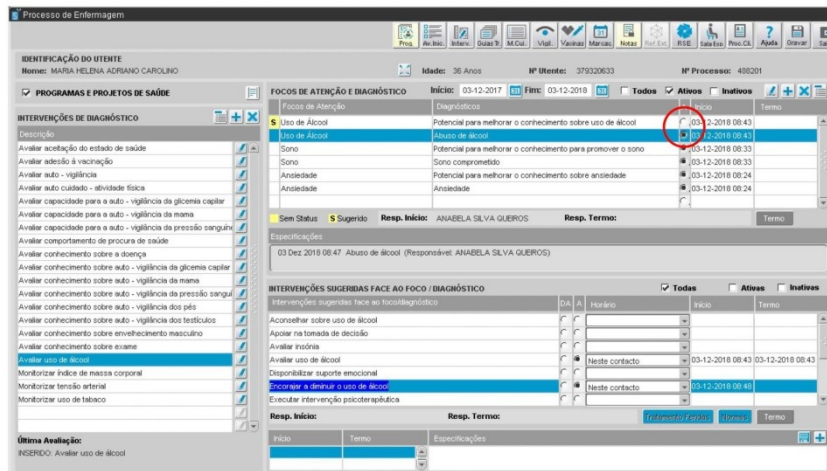
Ter atenção:

- tamanho do copo,
- volumes definidos como padrão para cada tipo de bebida,
- registo faz-se em copos por semana, ou seja, a quantidade que o utente refere x7

5º passo – Temos ainda a possibilidade de avaliar a sua frequência



6º passo – Importante não esquecer de ativar os focos no processo



GUIA PARA REGISTO – FOCO ANSIEDADE

1º passo – Escrever o foco na intervenção de diagnóstico, uma vez que ainda não é sugerido nos programas de saúde do SClínico

Processo de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR
Nome: MARIA HELENA ADRIANO CAROLINO Idade: 36 Anos Nº Utilizador: 379320633 Nº Processo: 488201

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

- Avaliar aceitação do estado de saúde
- Avaliar adesão à vacinação
- Avaliar auto - vigilância
- Avaliar auto cuidado - atividade física
- Avaliar capacidade para a auto - vigilância da glicemia capilar
- Avaliar capacidade para a auto - vigilância da mama
- Avaliar capacidade para a auto - vigilância da pressão sanguínea
- Avaliar comportamento de procura de saúde
- Avaliar conhecimento sobre a doença
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da glicemia capilar
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da mama
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da pressão sanguínea
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância dos pés
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância dos testículos
- Avaliar conhecimento sobre envelhecimento masculino
- Avaliar conhecimento sobre exame
- Avaliar uso de álcool
- Monitorizar índice de massa corporal
- Monitorizar tensão arterial
- Foco ansiedade**

Última Avaliação:
Sem avaliação.

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Foco de Atenção	Diagnósticos	Início	Termo

Resposta: Sugerido Resp. Início: Resp. Termo: Termo

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO DIAGNÓSTICO

Intervenção sugerida face ao foco diagnóstico	DA	Horário	Início	Termo

Resposta: Todas Ativas Inativas

Resp. Início: Resp. Termo: Termo

2º passo – Preencher a escala sugerida para avaliação do foco

Registo da escala ansiedade

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR
Nome: MARIA HELENA ADRIANO CAROLINO Idade: 36 Anos Nº Utilizador: 379320633 Nº Processo: 488201

Avaliar ansiedade

Data: Hora:

GRUPOS

- Ansiedade

ITEMS DO GRUPO

- Sinais de preocupação
- Incapacidade em relaxar não relacionado com a doença
- Dificuldade em se concentrar
- Dificuldade em adormecer não explicada pela doença
- Presença de tremulo ou agitação

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

Score total

5 Registro da escala: ansiedade

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR
 Nome: MARIA HELENA ADRIANO CAROLINO Idade: 36 Anos Nº Utilizador: 379320633 Nº Processo: 488201

Avaliar ansiedade Data: 03-12-2018 Hora: 08:25

GRUPOS
 Ansiedade

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Sinais de preocupação	Sim
Incapacidade em relaxar não relacionado com a doença	Sim
Dificuldade em se concentrar	Sim
Dificuldade em adormecer não explicada pela doença	Sim
PRESENÇA DE TREMULO OU AGITAÇÃO	Não

ITEMS DO GRUPO

- *(SINAIS DE PREOCUPAÇÃO)
- *(INCAPACIDADE EM RELAXAR NÃO RELACIONADO COM A DOENÇA)
- *(DIFICULDADE EM SE CONCENTRAR)
- *(DIFICULDADE EM ADORMECER NÃO EXPLICADA PELA DOENÇA)
- *(PRESENÇA DE TREMULO OU AGITAÇÃO)

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
Ansiedade	4

Score total: 4

3º passo – Após Avaliação do foco o SClínico sugere a avaliação do “conhecimento sobre”

5 Processo de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR
 Nome: MARIA HELENA ADRIANO CAROLINO Idade: 36 Anos Nº Utilizador: 379320633 Nº Processo: 488201

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO Início: 03-12-2017 Fim: 03-12-2018

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

Intervenções relacionadas a realizar	Última avaliação
Avaliar potencial para melhorar o conhecimento	2018-09-21 15:52 [13]
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre ansiedade	Sem avaliação
Avaliar conhecimento sobre ansiedade	Sem avaliação

Última Avaliação: 2018-12-03 08:25 [4]

5º passo – São sugeridos os diagnósticos, *Ansiedade ou Sem Ansiedade*; e *Conhecimento sobre Ansiedade ou Potencial para melhorar conhecimento sobre ansiedade*

The screenshot shows the 'Processo de Enfermagem' interface for patient MARIA HELENA ADRIANO CAROLINO. The 'FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO' section is active, displaying a table with the following data:

Foco de Atenção	Diagnóstico	Início	Fim	Status	Tempo
Ansiedade	Potencial para melhorar o conhecimento sobre ansiedade	03-12-2016 08:24		Ativo	
Ansiedade	Ansiedade	03-12-2016 08:24		Inativo	

The 'Ansiedade' focus and its associated diagnostic are highlighted with a red circle. Below the table, the 'Resposta Inicial' is 'ANABELA SILVA QUEROS' and the 'Resposta Final' is 'Teresa de Fátima'.

6º passo – Importante não esquecer de ativar os focos no processo

This screenshot shows the same patient record as the previous one, but with the 'Ansiedade' focus and its diagnostic 'Potencial para melhorar o conhecimento sobre ansiedade' now marked as 'Ativo' (Active). A red circle highlights the 'Ativo' status in the table.

Foco de Atenção	Diagnóstico	Início	Fim	Status	Tempo
Ansiedade	Potencial para melhorar o conhecimento sobre ansiedade	03-12-2016 08:24		Ativo	
Ansiedade	Ansiedade	03-12-2016 08:24		Inativo	

The 'Resposta Inicial' remains 'ANABELA SILVA QUEROS' and the 'Resposta Final' is 'Teresa de Fátima'.

7º passo – São sugeridas as intervenções para o diagnóstico, escolher as que considerar oportunas

The screenshot shows the 'Processo de Enfermagem' (Nursing Process) software interface. The patient is MARIA HELENA ADRIANO CAROLINO, 36 years old. The focus of attention is 'Aniedade' (Anxiety). The interface is divided into several sections:

- PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE:** A list of various health programs and projects, many with checkmarks indicating they are active.
- FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO:** A table showing the current focus on 'Aniedade' with a potential for improvement in knowledge about anxiety.
- INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO:** A list of diagnostic interventions such as 'Avaliar aceitação do estado de saúde', 'Avaliar acesso à vacinação', etc.
- INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO:** A list of suggested interventions for the anxiety focus, including 'Assistir a pessoa a identificar fatores desencadeantes de ansiedade', 'Avaliar ansiedade', 'Disponibilizar suporte emocional', etc. One of these interventions is circled in red.

8º passo – Por fim validar as mesmas no mapa de cuidados

The screenshot shows the 'Mapa de Cuidados' (Care Map) software interface. It displays a list of interventions for the patient MARIA HELENA ADRIANO CAROLINO. The interventions are organized into categories like 'Medicação' and 'Atividades terapêuticas'. A specific intervention is circled in red:

✓	✗	Data	Hora	Intervenção	Quant. adm.	Embal.	Lote	U	Pa	Observações
		03-12-2018	08:25	Avaliar potencial para melhorar o conhecimento						
		03-12-2018	08:24	Avaliar ansiedade						
		03-12-2018	08:25	Avaliar conhecimento sobre ansiedade						
		03-12-2018	08:31	Disponibilizar o auto controlo de ansiedade						
		03-12-2018	08:30	Assistir a pessoa a identificar fatores desencadeantes de ansiedade						

GUIA PARA REGISTO – FOCO SONO

1º passo – escrever o foco na intervenção de diagnóstico, uma vez que ainda não é sugerido nos programas de saúde do SClínico

Processo de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR
Nome: MARIA HELENA ADRIANO CAROLINO

Idade: 36 Anos Nº Utilizador: 379320633 Nº Processo: 488201

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

- Avaliar aceitação do estado de saúde
- Avaliar adesão à vacinação
- Avaliar auto - vigilância
- Avaliar auto cuidado - atividade física
- Avaliar capacidade para a auto - vigilância da glicemia capilar
- Avaliar capacidade para a auto - vigilância da pressão sanguínea
- Avaliar capacidade para a auto - vigilância da pressão sanguínea
- Avaliar comportamento de procura de saúde
- Avaliar conhecimento sobre a doença
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da glicemia capilar
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da mama
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da pressão sanguínea
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância dos pés
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância dos testículos
- Avaliar conhecimento sobre envelhecimento masculino
- Avaliar conhecimento sobre exame
- Avaliar uso de álcool
- Monitorizar índice de massa corporal
- Monitorizar tensão arterial
- Monitorizar uso de tabaco

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Foco de Atenção	Diagnóstico	Início	Término
Anosidade	Intervenção para melhorar o conhecimento sobre ansiedade	03-12-2018 08:24	
Anosidade	Anosidade	03-12-2018 08:24	

Resp. Início: Anabela Queiros Resp. Término: Anabela Queiros

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Intervenção	DA	Horário	Início	Término
Avaliar conhecimento sobre ansiedade	<input type="checkbox"/>		03-12-2018 08:24	03-12-2018 08:24
Educar sobre ansiedade	<input type="checkbox"/>			
Educar sobre auto controle: ansiedade	<input type="checkbox"/>			
Educar sobre complicações da doença	<input type="checkbox"/>			
Educar sobre doença	<input type="checkbox"/>			
Incluir a técnica de relaxamento	<input type="checkbox"/>			

Processo de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR
Nome: MARIA HELENA ADRIANO CAROLINO

Idade: 36 Anos Nº Utilizador: 379320633 Nº Processo: 488201

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

- Avaliar aceitação do estado de saúde
- Avaliar adesão à vacinação
- Avaliar auto - vigilância
- Avaliar auto cuidado - atividade física
- Avaliar capacidade para a auto - vigilância da glicemia capilar
- Avaliar capacidade para a auto - vigilância da mama
- Avaliar capacidade para a auto - vigilância da pressão sanguínea
- Avaliar comportamento de procura de saúde
- Avaliar conhecimento sobre a doença
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da glicemia capilar
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da mama
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da pressão sanguínea
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância dos pés
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância dos testículos
- Avaliar conhecimento sobre envelhecimento masculino
- Avaliar conhecimento sobre exame
- Avaliar uso de álcool
- Monitorizar índice de massa corporal
- Monitorizar tensão arterial
- Monitorizar uso de tabaco
- Sono

Lista de Intervenções

Enc. Avaliar %

Intervenção

- Avaliar conhecimento para promover o sono
- Avaliar sono

OK Cancelar

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Intervenção	DA	Horário	Início	Término
Avaliar conhecimento sobre ansiedade	<input type="checkbox"/>		03-12-2018 08:24	03-12-2018 08:24
Educar sobre ansiedade	<input type="checkbox"/>			
Educar sobre auto controle: ansiedade	<input type="checkbox"/>			
Educar sobre complicações da doença	<input type="checkbox"/>			
Educar sobre doença	<input type="checkbox"/>			
Incluir a técnica de relaxamento	<input type="checkbox"/>			

2º passo – Preencher a escala sugerida para avaliação do foco

Registo da escala: sono

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR
Nome: MARIA HELENA ADRIANO CAROLINO Idade: 36 Anos Nº Utiliz: 379320633 Nº Processo: 488201

Avaliar sono Data: Hora:

GRUPOS
Sono

ITEMS DO GRUPO

- Sono
 - agitado
 - tranquilo
- Duração
 - menor que o habitual
 - superior ao habitual
 - igual ao habitual
- Durmo
 - sim
 - não


PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score

Score total



Registo da escala: sono

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR
Nome: MARIA HELENA ADRIANO CAROLINO Idade: 36 Anos Nº Utiliz: 379320633 Nº Processo: 488201

Avaliar sono Data: 03-12-2016 Hora: 09:34

GRUPOS
Sono

ITEMS DO GRUPO

- Sono
- [DURAÇÃO]
- [DURMO]

PARAMETROS DA ESCALA

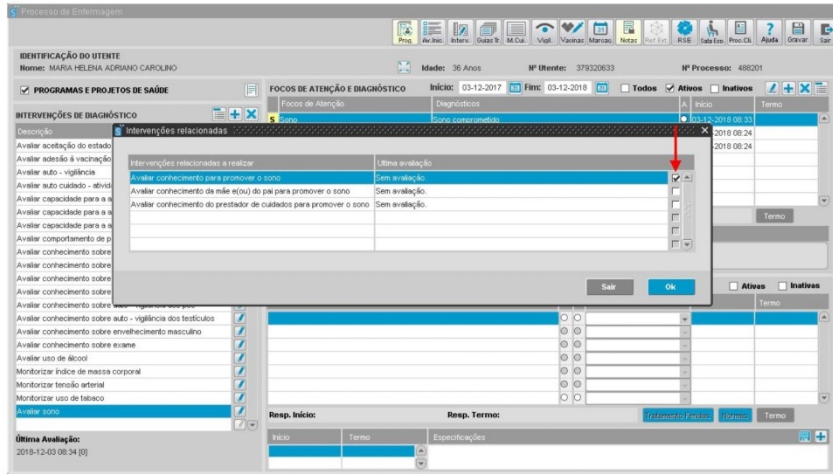
Item	Valor
Sono	agitado
Duração	menor que o habitual
Durmo	não

GRUPOS DE SCORE

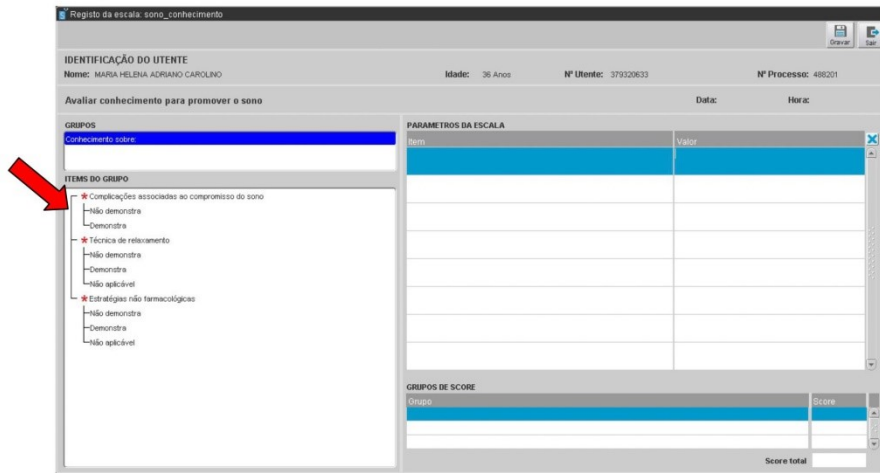
Grupo	Score
Sono	0

Score total 0

3º passo – Após Avaliação do foco o SCLínico sugere a avaliação do “conhecimento sobre”



4º passo – Preencher a escala sugerida para avaliação do “conhecimento”



Registro da escala_sono_conhecimento

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR
 Nome: MARIA HELENA ADRIANO CAROLINO Idade: 36 Anos Nº Utiliz: 379320633 Nº Processo: 498201

Avaliar conhecimento para promover o sono Data: 03-12-2018 Hora: 08:35

GRUPOS
 Conhecimento sobre

ITEMS DO GRUPO
 [* [COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO COMPROMISSO DO SONO]
 * [TÉCNICA DE RELAXAMENTO]
 * [ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS]

PARAMETROS DA ESCALA

Item	Valor
Complicações associadas ao compromisso do sono	não demonstra
Técnica de relaxamento	não demonstra
Estratégias não farmacológicas	não demonstra

GRUPOS DE SCORE

Grupo	Score
Conhecimento sobre	0

Score total: 0

5º passo – São sugeridos os diagnósticos, *Sono comprometido* ou *Sem Sono comprometido*; e *Conhecimento para promover o sono* ou *Potencial para melhorar o conhecimento para promover o sono*

Processo de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR
 Nome: MARIA HELENA ADRIANO CAROLINO Idade: 36 Anos Nº Utiliz: 379320633 Nº Processo: 498201

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

- Avaliar aceitação do estado de saúde
- Avaliar adesão à vacinação
- Avaliar auto - vigilância
- Avaliar auto cuidado - atividade física
- Avaliar capacidade para o auto - vigilância da glicemia capilar
- Avaliar capacidade para o auto - vigilância da mama
- Avaliar capacidade para o auto - vigilância da pressão sanguínea
- Avaliar comportamento de procura de saúde
- Avaliar conhecimento sobre a doença
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da glicemia capilar
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da mama
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da pressão sanguínea
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância dos pés
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância dos testículos
- Avaliar conhecimento sobre envelhecimento masculino
- Avaliar conhecimento sobre exame
- Avaliar uso de álcool
- Monitorizar índice de massa corporal
- Monitorizar tensão arterial
- Monitorizar uso de tabaco
- Avaliar sono

Última Análise:
 INSERIR: Avaliar sono

FOCOS DE ATENÇÃO E DIAGNÓSTICO

Início: 03-12-2017 Fim: 03-12-2018 Todos Ativos Inativos

Foco de Atenção	Diagnóstico	Início	Término
S Sono	Potencial para melhorar o conhecimento para promover o sono	03-12-2018 08:33	
S Sono	Sono comprometido	03-12-2018 08:33	
Aniedade	Potencial para melhorar o conhecimento sobre a doença	03-12-2018 08:24	
Aniedade	Aniedade	03-12-2018 08:24	

Sem Status S Sugerido Resp. Início: ANABELA SILVA QUEROS Resp. Térmo: Termo

Especificações

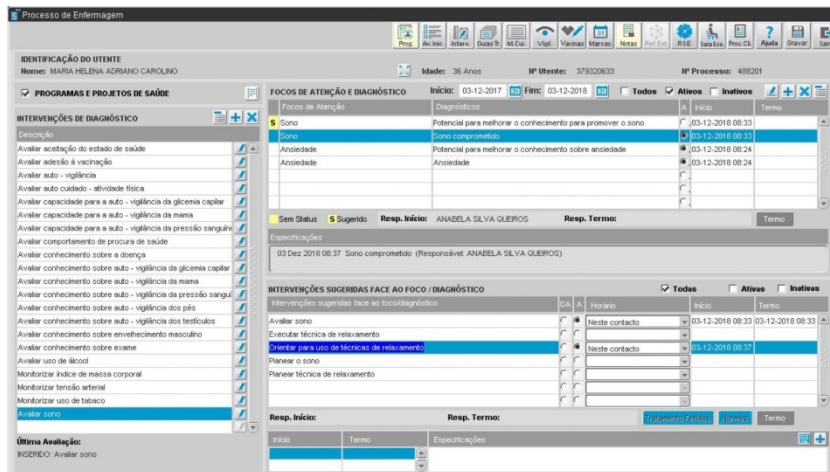
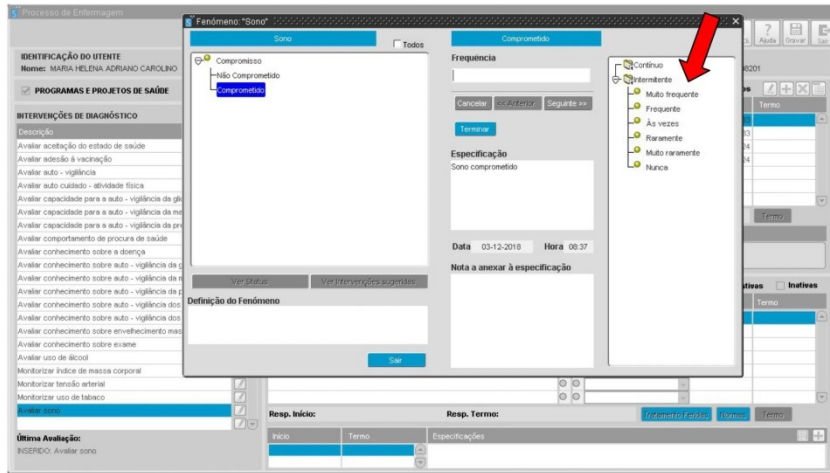
INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Intervenções sugeridas face ao focodiagnóstico

DA	A	Horário	Início	Térmo

Resp. Início: Resp. Térmo: Termo

6º passo – Temos ainda a possibilidade de avaliar a sua frequência



7º passo – Importante não esquecer de ativar os focos no processo

Processo de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO
 Nome: MARIA HELENA ADRIANO CAROLINO
 Idade: 36 Anos Nº Usário: 379320633 Nº Processo: 488201

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

- Avaliar aceitação do estado de saúde
- Avaliar adesão à vacinação
- Avaliar auto - vigilância
- Avaliar auto cuidado - atividade física
- Avaliar capacidade para a auto - vigilância da glicemia capilar
- Avaliar capacidade para a auto - vigilância da pressão sanguínea
- Avaliar comportamento de procura de saúde
- Avaliar conhecimento sobre a doença
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da glicemia capilar
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da mama
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da pressão sanguínea
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância dos pés
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância dos testículos
- Avaliar conhecimento sobre envelhecimento masculino
- Avaliar conhecimento sobre exame
- Avaliar uso de álcool
- Monitorizar índice de massa corporal
- Monitorizar tensão arterial
- Monitorizar uso de tabaco
- Avaliar sono

Focos de Atenção e Diagnóstico

Foco de Atenção	Diagnóstico	Início	Fim	Todos	Ativos	Inativos	Termo
Sono	Potencial para melhorar o conhecimento para promover o sono	03-12-2018 08:33		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Sono	Sono comprometido	03-12-2018 08:33		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ansiiedade	Potencial para melhorar o conhecimento sobre ansiiedade	03-12-2018 08:24		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Ansiiedade	Ansiiedade	03-12-2018 08:24		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	

Sem Status S Sugestão Resp. Início: ANABELA SILVA QUEROS Resp. Termo: Termo

03 Dez 2018 08:38 Potencial para melhorar o conhecimento para promover o sono (Responsável: ANABELA SILVA QUEROS)

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Intervenção sugerida face ao foco/diagnóstico	DA	HA	Inicio	Termo
Avaliar conhecimento para promover o sono	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Neste contacto	03-12-2018 08:35
Ensinar sobre estratégias não farmacológicas	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Neste contacto	03-12-2018 08:35
Ensinar sobre o sono	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Ensinar sobre padrões de sono	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Instruir a técnica de relaxamento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

Resp. Início: Anabela Querros Resp. Termo: Anabela Querros

Última Avaliação: INERIDO: Avaliar sono

8º passo – São sugeridas as intervenções para o diagnóstico, escolher as que considerar oportunas

Processo de Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO
 Nome: MARIA HELENA ADRIANO CAROLINO
 Idade: 36 Anos Nº Usário: 379320633 Nº Processo: 488201

PROGRAMAS E PROJETOS DE SAÚDE

INTERVENÇÕES DE DIAGNÓSTICO

Descrição

- Avaliar aceitação do estado de saúde
- Avaliar adesão à vacinação
- Avaliar auto - vigilância
- Avaliar auto cuidado - atividade física
- Avaliar capacidade para a auto - vigilância da glicemia capilar
- Avaliar capacidade para a auto - vigilância da pressão sanguínea
- Avaliar comportamento de procura de saúde
- Avaliar conhecimento sobre a doença
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da glicemia capilar
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da mama
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância da pressão sanguínea
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância dos pés
- Avaliar conhecimento sobre auto - vigilância dos testículos
- Avaliar conhecimento sobre envelhecimento masculino
- Avaliar conhecimento sobre exame
- Avaliar uso de álcool
- Monitorizar índice de massa corporal
- Monitorizar tensão arterial
- Monitorizar uso de tabaco
- Avaliar sono

Focos de Atenção e Diagnóstico

Foco de Atenção	Diagnóstico	Início	Fim	Todos	Ativos	Inativos	Termo
Sono	Potencial para melhorar o conhecimento para promover o sono	03-12-2018 08:33		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sono	Sono comprometido	03-12-2018 08:33		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ansiiedade	Potencial para melhorar o conhecimento sobre ansiiedade	03-12-2018 08:24		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ansiiedade	Ansiiedade	03-12-2018 08:24		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sem Status S Sugestão Resp. Início: ANABELA SILVA QUEROS Resp. Termo: Termo

03 Dez 2018 08:38 Potencial para melhorar o conhecimento para promover o sono (Responsável: ANABELA SILVA QUEROS)

INTERVENÇÕES SUGERIDAS FACE AO FOCO / DIAGNÓSTICO

Intervenção sugerida face ao foco/diagnóstico	DA	HA	Inicio	Termo
Avaliar conhecimento para promover o sono	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Neste contacto	03-12-2018 08:35
Ensinar sobre estratégias não farmacológicas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Neste contacto	03-12-2018 08:35
Ensinar sobre o sono	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Ensinar sobre padrões de sono	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Instruir a técnica de relaxamento	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

Resp. Início: Anabela Querros Resp. Termo: Anabela Querros

Última Avaliação: INERIDO: Avaliar sono

APÊNDICE VIII - Newsletter do PLS



Plano Local de Saúde

Extensão a 2020

Enquadramento

No âmbito do projecto da Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem em curso no ACeS, surge esta Newsletter com o intuito de dar a conhecer o Plano Local de Saúde (PLS), numa versão de resumo.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 constituiu um elemento basilar das políticas de saúde em Portugal tendo traçado o rumo estratégico para a intervenção no quadro do Sistema de Saúde (PNS – Revisão e Extensão a 2020).

Os seus grandes desígnios para 2020 são a “redução para menos de 20% da taxa de mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), aumento em 30% da esperança de vida saudável aos 65 anos de idade, e ainda a redução dos fatores de risco relacionados com as Doenças não Transmissíveis, nomeadamente o consumo e exposição ao fumo do tabaco e a obesidade

infantil”, tendo presentes os quatro eixos estratégicos do PNS: Cidadania em Saúde, Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde, Qualidade na Saúde e Políticas Saudáveis.

Em Portugal, em 2010, a “Declaração para uma Vida Melhor” enumera seis prioridades inadiáveis na perspectiva da prevenção e controlo das Doenças Crónicas nomeadamente o acesso aos serviços, a literacia, a alimentação saudável, o exercício físico, bem como a redução do tabagismo e do consumo de álcool.

A extensão do Plano Local de Saúde (PLS) a 2020 tem por base o Diagnóstico de Saúde do ACeS que permite a caracterização da população alvo, a descrição quantitativa dos problemas de saúde e a identificação dos recursos da comunidade. Este documento alicerça-se nas prioridades e orientações

estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão a 2020.

A implementação eficiente do PLS implica o envolvimento e responsabilidade conjunta e partilhada do sistema de saúde e dos recursos comunitários para conseguir em áreas e prazos previamente definidos os melhores níveis de saúde, utilizando do modo mais racional e eficiente os recursos disponíveis. Se os serviços de saúde são imprescindíveis para o controlo dos problemas de saúde, a comunidade assume igualmente um papel determinante nesta área, enquanto proprietária de competências e recursos que funcionando em rede integram a barreira ao desenvolvimento de doença e morte dos seus elementos.

Conteúdos

Diagnóstico de Saúde	2
Principais problemas identificados no ACeS	3
Determinantes da saúde relacionados com os problemas de saúde seleccionados	3
Necessidades de Saúde	4
Estratégias de Saúde	4
Objetivos de Saúde para 2020	5
Plano de Monitorização e Avaliação do PLS do ACeS Extensão a 2020	6

Quadro 1 - Mortalidade Proporcional (%) por Grandes Grupos de Causas de Morte para todas as idades, idade inferior a 75 anos e idade inferior a 70 anos, ambos os sexos: triénio 2012-2014

	Proporção de óbitos todas as idades			Proporção de óbitos <75 anos			Proporção de óbitos <70 anos		
	Continente	ARS Norte	ACES	Continente	ARS Norte	ACES	Continente	ARS Norte	ACES
Todas as causas de morte				30,5	32,5	37,5	10,5	23,9	28,9
Algumas Doenças infecciosas e parasitárias	2,2	2,0	1,3	3,1	2,6	1,8	3,6	3,0	1,9
Tumores Malignos	24,4	25,0	22,0	39,9	40,7	35,0	41,3	42,0	37,2
Doenças do Sangue	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,6	0,3	0,3	0,8
Doenças endócrinas	5,4	5,1	5,1	4,1	3,9	4,4	3,4	3,2	4,1
D. Sistema nervoso	3,3	3,3	2,5	2,8	2,8	2,6	2,0	2,7	2,0
Doenças do aparelho circulatório	30,2	29,4	32,8	19,2	17,6	18,9	16,8	15,2	15,5
Doenças do aparelho respiratório	11,9	11,9	12,8	5,5	5,9	6,9	4,5	4,8	5,6
Doenças do aparelho digestivo	4,3	4,5	4,7	5,8	6,3	6,4	6,2	6,9	6,6
D. Sistema osteomuscular	0,4	0,3	0,3	0,5	0,4	0,6	0,4	0,4	0,7
Doença aparelho geniturinário	2,7	2,5	1,9	1,2	1,0	0,9	0,9	0,8	0,7
Afeções no período perinatal	0,1	0,1	0,2	0,5	0,4	0,4	6,3	5,9	0,6
Causas externas	4,0	3,9	4,6	7,5	7,0	8,6	9,0	8,2	10,2

Fonte: Carga de mortalidade (ARS Norte-DSF)

Diagnóstico de Saúde

De acordo com o Censo de 2011, a população residente na área geodemográfica do ACeS era de 162442 habitantes. Em março de 2018 o número de utentes inscritos no ACeS era 159861 (dados recolhidos do SIARS).

Análise da Mortalidade

O PNS - Revisão e Extensão a 2020 tem como primeira meta a redução da mortalidade prematura antes dos 70 anos para menos de 20%.

A proporção de óbitos (mortalidade proporcional) antes dos 70 anos no ACeS, no ano de 2015 foi de 27,6% para ambos os sexos, valor superior ao registado no Continente (20,9%) e na Região Norte (22,7%) e longe dos 20% propostos no Plano Nacional de Saúde.

As causas específicas de mortalidade com maior Taxa Bruta de Mortalidade (TBM) foram as seguintes:

Ambos os sexos: Doenças Cerebrovasculares, Outras Doenças Cardíacas, as Doenças Isquémicas do Coração e a Pneumonia, a Diabetes Mellitus, os Tumores Malignos da Laringe, Traqueia, Brônquios e Pulmões, Doenças Crónicas das Vias Aéreas Inferiores e o Tumor Maligno do Estômago;

Sexo masculino: Doenças Cerebrovasculares, Tumores Malignos da Laringe, Traqueia, Brônquios e Pulmões, Doenças Isquémicas do Coração, Pneumonia, Doenças Crónicas das Vias Aéreas Inferiores, Outras Doenças Cardíacas, Diabetes Mellitus e Tumor Maligno do Estômago;

Sexo feminino: Doenças Cerebrovasculares, Outras Doenças Cardíacas, a Pneumonia, as Doenças Isquémicas do Coração, a Diabetes Mellitus, as Doenças Crónicas das Vias Aéreas Inferiores, Tumor Maligno da Mama e Tumor Maligno do Estômago.

Anos Potenciais de Vida Perdidos

No triénio 2012-2014 foram as seguintes por ordem decrescente de valor:

Ambos os sexos: Suicídios e Lesões Autoprovocadas Voluntariamente, Tumor Maligno do Estômago, Tumores Malignos da Laringe, Traqueia, Brônquios e Pulmões e Doenças Cerebrovasculares.

Os dados de prevalência de Doenças codificada pela Classificação Internacional dos Cuidados Primários (ICPC2) nos utentes inscritos no ACeS, baseiam-se nos registos efetuados pelo médico de família, na lista de problemas ativos. Desse modo, todas as análises efetuadas (no âmbito do SIARS) estão condicionadas pela qualidade do registo clínico.

Em 2017 os **sete principais diagnósticos ativos** na população inscrita no ACeS foram a Hipertensão Arterial (HTA), as Alterações do Metabolismo dos Lipídios, o Abuso de Tabaco, as Perturbações Depressivas, a Obesidade, o Excesso de Peso e a Diabetes Mellitus.

Principais Problemas identificados no ACeS

- Alteração do Metabolismo dos Lipídios
- Consumo de Tabaco
- Bronquite Crónica
- Perturbações Depressivas
- Diabetes Mellitus
- Doenças Cerebrovasculares
- Doenças Crónicas das Vias Aéreas Inferiores
- Doença Isquémica do Coração
- Excesso de Peso e Obesidade
- Hipertensão Arterial
- Pneumonia
- Suicídio
- Tumor Maligno do Estomago
- Tumores Malignos da Laringe, Traqueia Brônquios e Pulmões
- Tumor Maligno da Mama Feminina
- Tumor Maligno da Próstata

PROBLEMAS DE SAÚDE SELECIONADOS

- Doenças Cerebrovasculares;
- Tumores Malignos da Laringe, Traqueia, Brônquios e Pulmões;
- Tumor Maligno da Mama Feminina;
- Diabetes Mellitus;
- Perturbações Depressivas.

Determinantes Da Saúde Relacionados Com os Problemas De Saúde Seleccionados

Quadro 2 - Determinantes da saúde relacionados com os problemas de saúde seleccionados

Os determinantes da saúde podem ser agrupados nas seguintes categorias: fixos ou biológicos, sociais e económicos, ambientais, estilos de vida e acesso aos serviços. Os mesmos determinantes normalmente influenciam um conjunto de problemas de saúde, enquanto os problemas de saúde individuais são, tipicamente, o produto de vários determinantes.

Doenças Cerebrovasculares	Tumor Maligno do Pulmão	Tumor Maligno da Mama Feminina	Diabetes Mellitus	Perturbações Depressivas
Hipertensão Arterial		História familiar		História familiar de depressão
Causas cardíacas (1)	Poliuição Ambiental	*Menarca precoce; *Idade tardia na primeira gravidez com termo; *Menopausa tardia; *Não ter tido filhos; * Uso de anticoncepcionais (3); * Terapia hormonal de substituição (THS) (4)		*Isolamento social prolongado; *Baixa auto-estima e perfeccionismo; *Evento maior de stress; *Insónia crónica; *Ansiedade crónica; *Doença crónica: Diabetes; AVC; Cancro; D. Cardíaca... *Dor crónica
Tabagismo	Tabagismo ativo e passivo		Tabagismo	
Razão cintura/anca	Fatores de risco ocupacionais	Exposição a radiações ionizantes (por exemplo radioterapia)		
ApoB/A1 (2)	Amianto	Fatores genéticos (5-8% hereditários)		
Alcool		Alcool	Alcool	Alcool
Dislipidemia				
Diabetes Mellitus				
Obesidade		Obesidade	Obesidade	Obesidade
Sedentarismo		Sedentarismo	Sedentarismo	

(1) Fibrilação flutter auricular, enfarte agudo do miocárdio, febre reumática e próteses, (2) Razão ApoB/A1 e 2, (3) Nem todos os estudos são concorrentes, (4) O uso prolongado (mais de 2 anos) em mulheres pós-menopausadas

NECESSIDADES DE SAÚDE

Necessidade de saúde é a diferença entre o estado de saúde da população e o estado de saúde desejado e mede-se estimando o desvio entre o real e o desejado.

A definição de necessidade de saúde consiste numa tradução mais operacional dos problemas de saúde e implica a identificação dos seus determinantes.

Quadro 3 - Formulação das Necessidades de Saúde

Necessidades de Saúde	
Mortalidade	Menor Mortalidade por Doenças Cerebrovasculares Menor Mortalidade por Tumor Maligno do Pulmão Menor Mortalidade por Tumor Maligno da Mama Feminina Menor Mortalidade por Diabetes Mellitus
Morbilidade	Menor prevalência de Perturbação Depressiva Menor prevalência de Diabetes Mellitus
Determinantes da Saúde	Menor consumo de tabaco Menos peso excessivo Menos obesidade Menor consumo de Álcool Mais exercício físico Menos Hipertensão Arterial

Estratégias De Saúde

Estratégias transversais dirigidas aos problemas de saúde priorizados

- Comprometer o setor da saúde público e privado, outros setores da sociedade e o cidadão comum na saúde da população a que pertencem;
- Abordagem integrada dos determinantes da saúde comuns às diferentes necessidades de saúde priorizadas;
- Promover projetos e iniciativas que aumentem a literacia em saúde da população;
- Promover estilos de vida saudáveis;
- Envolver os utentes, grupos de utentes, entidades, instituições e organizações nos projetos e iniciativas a desenvolver;
- Definir mensagens chave, que serão replicadas sistematicamente;
- Divulgar os projetos e iniciativas nas redes sociais e organizações da comunidade.

Objetivos De Saúde Para 2020

De acordo com Imperatori e Giraldes, objetivo de Saúde é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema de saúde que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou impacto.

Para as necessidades de saúde selecionadas definiram-se os seguintes objetivos de saúde até 31 de dezembro de 2020:

Objetivos de Impacto

1. Diminuir até dezembro de 2020 para um valor inferior a 21,6/100.000 habitantes a Taxa de Mortalidade Padronizada (TMP) por Doença Cerebrovascular, para idade inferior 75 anos e ambos os sexos, na população residente na área geográfica do ACeS.
2. Diminuir até dezembro de 2020 para um valor inferior a 29,4/100.000 habitantes a TMP por Tumor Maligno da Laringe, Traqueia, Brônquios e Pulmões, para idade inferior 75 anos e ambos os sexos, na população residente na área geográfica do ACeS.
3. Diminuir até dezembro de 2020 para 15,0/100.000 mulheres a TMP por Tumor Maligno da Mama Feminina, em idade inferior 75 anos na população
4. Diminuir até dezembro de 2020 para um valor inferior a 11,5 /100.000 habitantes a TMP por Diabetes Mellitus, em idade inferior 75 anos e ambos os sexos, na população residente na área geográfica do ACeS.
5. Atingir até dezembro de 2020, uma Proporção de Inscritos no ACeS com diagnóstico ativo de Diabetes Mellitus de 9,8% para ambos os sexos.
6. Atingir até dezembro de 2020 uma Proporção de Inscritos no ACeS com diagnóstico ativo de Perturbação Depressiva de 10,0% para ambos os sexos.

Objetivos de Outcome

1. Diminuir até 2020 para 5% a proporção de alunos de ambos os sexos do 3º ciclo que consomem tabaco em meio escolar (últimos 30 dias).
2. Atingir até 2020 uma proporção superior a 57% de alunos de ambos os sexos, dos 6º, 8º e 10ºanos, que praticam atividade física mais de 3 vezes por semana.
3. Diminuir até 2020 para um valor inferior a 8,5% a proporção de inscritos no ACeS de ambos os sexos com diagnóstico ativo de abuso de tabaco.
4. Diminuir até 2020 para um valor de 8,5% a proporção de inscritos no ACeS de ambos os sexos com diagnóstico ativo de abuso crónico de álcool.
5. Atingir até 2020 um valor de 15,0%, para a proporção de inscritos no ACeS de ambos os sexos com diagnóstico ativo de Obesidade.
6. Atingir até 2020 um valor de 25% para a proporção de inscritos no ACeS de ambos os sexos com diagnóstico ativo de HTA.
7. Diminuir para 17% a proporção de crianças de 5 e 6 anos de ambos os sexos com excesso de peso (avaliação através dos registos no SClínico).
8. Diminuir para 14% a proporção de crianças de 5 e 6 anos de ambos os sexos com obesidade (avaliação através dos registos no SClínico).

Plano De Monitorização E Avaliação Do PLS Do Aces Extensão A 2020

Os indicadores de Monitorização e Avaliação do PLS do ACeS foram definidos em termos de outcome e impacto. Os indicadores de outcome devem ser monitorizados anualmente e os indicadores de impacto sempre que disponíveis mas pelo menos em finais de 2018 e 2020.

Recomendações

Para que se atinjam os objetivos definidos no PLS é necessário que se verifique a coordenação e colaboração das diversas entidades envolvidas na sua coprodução. Um aspeto fundamental é que os Planos de Atividades das diversas Unidades Funcionais do ACES se enquadrem nas orientações do PLS (o PLS não é um substituto do Plano de Atividades do ACES), de modo a que resulte uma abordagem integrada que contribua para a resolução das principais necessidades de saúde da população.

O PLS não é um instrumento para elencar todas as necessidades/problemas de Saúde do ACES. O facto de estar vocacionado para minorar os cinco problemas de saúde considerados prioritários não implica que não se implementem outros programas e outras atividades que possam contribuir para obter mais ganhos em Saúde.

O PLS é um documento em permanente atualização, de modo a adaptar-se à evolução do perfil de saúde da população e seus determinantes.

Autores

Alice Teixeira, Luísa Vale
Alexandra Pereira, Amélia
Ferreira, Clárisse Ribeiro,
Fernanda Coelho

APÊNDICE IX - Questionário 2

Vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem

O ACeS em parceria com a Universidade Católica Portuguesa (UCP) tem em curso um projeto com a finalidade de contribuir para a promoção da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem no ACeS.

Este projeto é da responsabilidade das Estudantes do Mestrado em Enfermagem Comunitária Alice Teixeira e Luísa Vale (articulado com Linha de Investigação Saúde, Família e Vulnerabilidade do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da UCP), baseado no Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), desenvolvido por Melo (2016), que permite considerar o ACeS como uma comunidade alvo da intervenção dos Enfermeiros.

Centra-se nos Fenómenos de Enfermagem: Ansiedade, Auto-cuidado: atividade física, Excesso de peso, Exercício, Sono e Uso do Álcool, que foram selecionados com base no Plano Local de Saúde (PLS) e nas necessidades identificadas para a população.

Com o presente questionário, que representa a segunda versão, pretendemos avaliar o impacto das intervenções já realizadas, pelo que a vossa opinião é muito importante.

Pedimos a vossa colaboração para o seu preenchimento, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos dados. O questionário é de preenchimento rápido, mas só fica validado com o seu total preenchimento.

Para qualquer esclarecimento/ comentário pode contactar as estudantes ou o orientador científico através dos contactos:

Alice Teixeira – maria.a.teixeira@arsnorte.min-saude.pt, 934799145

Luísa Vale – luisa.vale.enfermagem@gmail.com, 912920636

Pedro Melo – pmelo@porto.ucp.pt, 916725122

Muito obrigada pela sua colaboração!

* Required



1. Aceito participar neste projeto, preenchendo o questionário que se segue. Tempo médio de preenchimento 5 minutos. *

Mark only one oval.

Sim

A primeira parte corresponde à caracterização socioprofissional e a segunda à sua opinião/perceção face a diferentes questões relacionadas com o projeto.

Grupo I

2. 1. Género *

Mark only one oval.

- Masculino
 Feminino

3. 2. Idade *

4. 3. Em que unidade do ACeS Tâmega III – Vale do Sousa Norte exerce funções? *

Check all that apply.

- UCC A
 UCSP A
 UCSP B
 UCSP C
 USF A
 USF B
 USF C
 USF D
 UCC B
 UCSP D
 UCSP E
 USF E
 USF F
 UCC C
 UCSP F
 USF G
 USF H
 USF I
 USF J
 USP

5. 4. Habilitações *

Mark only one oval.

- Bacharelato *Skip to question 7.*
 Licenciatura *Skip to question 7.*
 Mestrado
 Doutoramento
 Pós Graduação

6. Se selecionou Mestrado, Doutoramento ou Pós-Graduação, indique em que área

7. 5. Tem alguma especialidade? *

Mark only one oval.

- Especialidade em Enfermagem Comunitária
- Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
- Especialidade em Enfermagem de Reabilitação
- Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- Não possuo especialidade

8. 6. Tempo de experiência profissional como enfermeiro/a. (Anos) *

9. 7. Tempo de serviço na unidade funcional do ACeS em que exerce funções. (Anos) *

Grupo II

10. 1. Tem conhecimentos sobre a vigilância epidemiológica dos fenômenos de enfermagem? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não

11. 2. Considera que a sua documentação tem um contributo importante para o Diagnóstico de Saúde do ACeS? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não

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

13. 3. Conhece as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do PLS do ACeS? *

Mark only one oval.

- Sim, todos
- Sim, mas só as Necessidades de Saúde
- Sim, mas só os Problemas de Saúde
- Sim, mas só os Objetivos de Saúde
- Não *Skip to question 15.*

14. Se respondeu Sim na sua resposta anterior indique um Objetivo de Saúde e/ou um Problema de Saúde e/ou uma Necessidade de Saúde:

15. 4. Dos Fenômenos em estudo qual/quais costuma avaliar mais frequentemente? *

Check all that apply.

- Ansiedade
- Auto-cuidado: atividade física
- Excesso de peso
- Exercício
- Sono
- Uso do Álcool
- Nenhum

16. 5. Dos Fenômenos em estudo qual/quais considera mais oportuno fazer parte de uma avaliação frequente? *

Check all that apply.

- Ansiedade
- Auto-cuidado: atividade física
- Excesso de peso
- Exercício
- Sono
- Uso do Álcool
- Nenhum
- Não sei responder

17. Porquê?

18. **6. Tem formação sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos fenômenos em estudo? ***

Mark only one oval.

- Sim
 Não

19. **7. Considera ter necessidades formativas sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos fenômenos em estudo? ***

Mark only one oval.

- Sim Skip to question 20.
 Não Skip to question 21.

20. **Se respondeu Sim na sua resposta anterior indique em qual/quais:**

Check all that apply.

- Ansiedade
 Auto-cuidado: atividade física
 Excesso de peso
 Exercício
 Sono
 Uso do Álcool

21. **8.O circuito de informação entre a sua unidade funcional e o ACeS é eficaz para compreender a importância da documentação dos cuidados de enfermagem para o Diagnóstico de Saúde? ***

Mark only one oval.

- Sim
 Não

22. **9. Considera que a informação transmitida é clara? ***

Mark only one oval.

- Sim
 Não

23. **10. A sua unidade funcional tem parcerias formais que promovem a melhoria da documentação dos fenômenos de enfermagem e da vigilância epidemiológica dos mesmos? (por exemplo, uma parceria com um perito em documentação em enfermagem, ou com a ACSS, ou entre a sua unidade funcional e a USP) ***

Mark only one oval.

- Sim
 Não

24. 11. **Existem estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), que envolvem a sua unidade funcional no diagnóstico de saúde do ACeS tendo em conta os fenómenos de enfermagem? ***

Mark only one oval.

Sim

Não

Powered by
 Google Forms

APÊNDICE X - Formação em Serviço



Sumário

- Planeamento em Saúde: conceito e importância
- Fixação de Objetivos
 - objetivo geral
 - objetivo específico
 - objetivo operacional ou meta
- Seleção de indicadores
 - indicadores de Processo
 - indicadores de Resultado
- Erros frequentes
- Conclusão

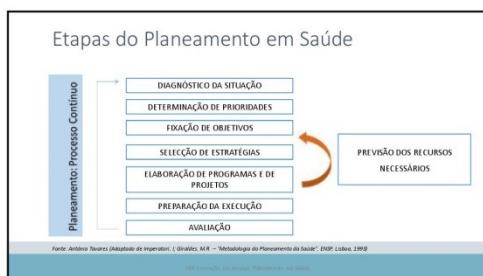
Planeamento em Saúde

O planeamento pode definir-se como a racionalização na utilização dos recursos escassos para atingir os objetivos fixados, de forma a reduzir os problemas em saúde considerados prioritários (Imperatori e Giraldes, 1986)

O planeamento em saúde procura um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações Tavares (1992)

Planear em saúde é necessário, porque...

- Os recursos são escassos;
- Há que intervir nas causas dos problemas de saúde e dos respetivos serviços de saúde;
- As prioridades devem ser definidas;
- As intervenções isoladas têm custos elevados e por vezes irreparáveis;
- Os equipamentos podem e devem ser tão polyvalentes quanto possível;
- Os progressos da medicina são rápidos e há que integrá-los na prestação de cuidados;
- A complexidade tecnológica aumenta não se podendo correr o risco de não a utilizar eficientemente.



Fixação de Objetivos

- Correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo (por exemplo: de saúde, comportamentos, etc.) pela implementação dos projetos, constitutivos dos programas, que no seu conjunto, formam os planos;
- Fundamental para se avaliar os resultados obtidos com a execução do plano.

DEFINIÇÃO DE CONCEPTOS: PLANEAMENTO DE SAÚDE

Funções dos Objetivos

Devem estar contidos os critérios com que se poderá apreciar o grau de sucesso de um projeto;

Devem ser também geradores de mensagens sobre comportamentos e estados desejáveis, relativamente à população-alvo.

DEFINIÇÃO DE CONCEPTOS: PLANEAMENTO DE SAÚDE

Estrutura de um Objetivo

- **Pertinente:** adequa-se às situações que suscitam a intervenção;
- **Preciso:** contem em si a exactidão do percurso a efectuar e definido o novo estado pretendido;
- **Realizável:** não sendo demasiadamente ambicioso, sem hipóteses de ser alcançado;
- **Mensurável:** fornece a possibilidade de uma correta avaliação posterior.

© 2013 Associação dos Técnicos de Intervenção em Saúde

Formulação dos Objetivos

Cinco elementos devem estar contidos na formulação de um objetivo:

- A natureza da situação desejada;
- Os critérios de sucesso ou de fracasso;
- A população-alvo do projeto;
- Zona de aplicação;
- O tempo em que deverá ser atingido.

© 2013 Associação dos Técnicos de Intervenção em Saúde

Formulação dos Objetivos

Os objetivos devem ser interdependentes e sequenciais (hierarquizados). Uma boa hierarquização dos objetivos integra a formulação de **objetivos gerais** e de **objetivos específicos**.

O **objetivo geral** refere-se a uma determinada situação que se pretende atingir, mas é formulado de uma maneira genérica

Os **objetivos específicos** detalham, particularizam, aspectos dessa situação.

© 2013 Associação dos Técnicos de Intervenção em Saúde

Formulação dos Objetivos

Objetivos Operacionais ou Metas

- Este tipo de objetivos referem-se aos resultados visados pela equipa do projeto, isto é, às suas próprias atividades;
- Eles refletem a dinâmica da própria equipa de trabalho, definindo as atividades e os resultados pretendidos com a sua execução.

© 2013 Associação dos Técnicos de Intervenção em Saúde

Etapas na Fixação de Objetivos

1. Seleção dos indicadores dos problemas prioritários;
2. Determinação da tendência dos problemas prioritários;
3. Fixação dos objetivos a atingir;
4. Tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas.

108 Formação de Técnicos Especialistas em Saúde

1. Seleção dos Indicadores

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

No âmbito do planeamento em saúde são de considerar dois principais tipos de indicadores:

- Indicadores de Resultado ou de Impacto;
- Indicadores de Atividade ou de Execução.

108 Formação de Técnicos Especialistas em Saúde

Seleção dos Indicadores

O indicador de resultado ou de impacto pretende medir as alterações verificadas num problema ou a situação atual desse problema.

O indicador de atividade ou de execução pretende medir a atividade desenvolvida pelos serviços com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado.

108 Formação de Técnicos Especialistas em Saúde

Exemplo

Indicador de resultado ou de impacto Indicador de atividade ou execução

Número de casos de febre tifóide no Distrito do Porto $\times 10^5$
População do Distrito do Porto

Número de sessões realizadas $\times 10^3$
Número de sessões previstas

Pretende-se com os indicadores de resultado quantificar problemas, em ordem à consecução de objetivos;

Com os indicadores de execução pretende-se quantificar atividades, em ordem à consecução de metas, contribuindo estas para que os objetivos sejam atingidos.

108 Formação de Técnicos Especialistas em Saúde

Indicadores – Metas - Objetivos



2. Determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários

- A **tendência** de um problema é a evolução natural do problema
- A **projeção da tendência** é a determinação da situação do problema no futuro, de acordo com a sua evolução natural e caso as condições atuais (tecnológicas e outras) se mantenham.

3. Fixação dos objetivos a atingir

O enunciado de um resultado **desejável** e tecnicamente exequível da evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto.

4. Tradução dos objetivos em objetivos operacionais ou metas

O enunciado de um resultado **desejável** e tecnicamente exequível das atividades do serviço, traduzido em termos de indicadores de atividade.

Exemplo

Reduzir a taxa de mortalidade específica por acidentes por veículos a motor (natureza da situação desejada) para 15‰ (critérios de sucesso ou de fracasso), no grupo etário dos 0 - 9 anos (população-alvo), no Distrito de Vila Real (zona de aplicação), até ao ano 2010 (tempo em que deverá ser atingido).

Exemplo

Objetivo Geral	Objetivos Específicos
Reduzir em 10 % a taxa de mortalidade específica por acidentes de veículos a motor, na população com menos de 9 anos, no Concelho de Vila Real, até 2010.	<ul style="list-style-type: none"> Até 2008, 90% dos automobilistas do Concelho de Vila Real que transportam crianças, deverão colocá-las no banco de trás do automóvel; Até 2009, 50% dos pontos negros das estradas do Concelho de Vila Real deverão estar providos de sinalização adequada, referenciando a existência de perigo; Até 2007, 15% dos pais, utentes dos serviços de saúde, deverão ter sido submetidos a ações de educação sobre normas de segurança rodoviária.

Exemplo

Objetivo Geral	Objetivos Específicos	Objetivos operacionais
Reduzir em 10 % a taxa de mortalidade específica por acidentes de veículos a motor, na população com menos de 9 anos, no Concelho de Vila Real, até 2010.	<ul style="list-style-type: none"> Até 2008, 90% dos automobilistas do Concelho de Vila Real que transportam crianças, deverão colocá-las no banco de trás do automóvel; Até 2009, 50% dos pontos negros das estradas do Concelho de Vila Real deverão estar providos de sinalização adequada, referenciando a existência de perigo; Até 2007, 15% dos pais, utentes dos serviços de saúde, deverão ter sido submetidos a ações de educação sobre normas de segurança rodoviária. 	<ul style="list-style-type: none"> Efetuar consultas a 15% dos pais de crianças com menos de 9 anos, até 2007; Reunir, até Junho de 2007, com as forças de segurança do concelho (GNR, FIM, PSP) para estudar estratégias que promovam cumprimento do código da estrada; Reunir, até Junho de 2008, com Câmara Municipal de Vila Real para solicitar que os pontos negros das estradas do concelho sejam identificados e devidamente sinalizados;

Erros Frequentes

<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar 95% dos profissionais de saúde para a importância da vacinação anti-gripe 	<ul style="list-style-type: none"> Verbo fraco (sensibilizar) Não temporalizado
<ul style="list-style-type: none"> Promover comportamentos saudáveis 	<ul style="list-style-type: none"> Verbo fraco; Pouco claro em relação à situação desejada; Não quantificado; Não temporalizado;

Conclusão

- O planejamento em Saúde é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, que deve basear-se no princípio da equidade e o princípio da eficiência
- Para atingir objetivos determinados...
- Segundo uma ordem de prioridade estabelecida...
- O mais importante é promover a saúde e prevenir a doença, sendo para isso importante o conhecimento das técnicas e metodologias a utilizar

ISSUE EDUCATION AND TRAINING - PLANEJAMENTO EM SAÚDE

ANEXOS

ANEXO I - Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

Domínio	1	2	3	4	5
Participação Comunitária	Nem todos os membros e grupos da comunidade estão a participar nas atividades e reuniões da comunidade (ex. mulheres, jovens, homens)	Os membros da comunidade participam nas reuniões, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda.	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	Os membros da comunidade estão envolvidos nas decisões no planeamento e implementação. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros.	Tem sido mantida a participação na tomada de decisões Os membros da comunidade estão envolvidos em atividades fora da comunidade.
Capacidade de avaliação do problema	A comunidade não realiza qualquer avaliação de problemas.	A comunidade apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação.	A comunidade tem competências. Os problemas e as prioridades são identificados pela comunidade. Não envolveu a participação de todos os sectores da comunidade.	A comunidade identificou problemas, soluções e ações. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento da comunidade.	A comunidade continua a avaliar e é a "dona" dos problemas, soluções e ações.
Liderança Local	Algumas organizações comunitárias sem um líder.	Existem líderes para todas as organizações comunitárias. Algumas organizações não funcionam sob a liderança dos seus líderes.	As organizações comunitárias funcionam sob liderança. Algumas organizações não têm suporte de líderes externos à comunidade.	Os líderes estão a desenvolver iniciativas com o suporte das suas organizações. Os líderes necessitam de treino de competências.	Os líderes tem iniciativa total. Organizações em suporte total. Os líderes trabalham com grupos externos para ganhar recursos.

Estruturas organizacionais	A comunidade não tem estruturas organizativas tais como conselhos/comissões.	As organizações foram estabelecidas pela comunidade, mas não estão ativas.	Mais do que uma organização ativa. As organizações têm mecanismos que permitem aos membros ter uma participação significativa.	Muitas organizações estabeleceram ligações umas com as outras dentro da comunidade.	As organizações estão ativamente envolvidas dentro e fora da comunidade. A comunidade está comprometida com as suas e outras organizações.
Mobilização de recursos	Os recursos não estão a ser mobilizados pela comunidade.	Apenas as pessoas ricas e influentes mobilizam os recursos criados pela comunidade. Os membros da comunidade são criados para providenciar recursos.	A comunidade tem vindo a aumentar os recursos, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados.	Os recursos criados são usados para atividades fora da comunidade. Existe discussão pela comunidade sobre a sua distribuição mas não são distribuídos com justiça.	Criados recursos consideráveis e a comunidade decide sobre a sua distribuição. Os recursos são distribuídos de forma justa.
Ligações a outros	Nenhuma	A comunidade tem ligações informais com outras organizações e pessoas. Não tem um propósito bem definido.	A comunidade acordou ligações mas não estão envolvidas nas atividades e desenvolvimento da comunidade.	Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento da comunidade, baseado no respeito mútuo.	As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhorias para a comunidade.
Capacidade para "questionar porquê"	Não são realizadas discussões em grupo para questionar os	São desenvolvidas discussões em pequenos grupos para questionar sobre os assuntos da comunidade e para desafiar o conhecimento adquirido.	Grupo criado para ouvir os assuntos da comunidade. Este tem a capacidade para refletir nos assuntos, definindo as suas ideias e	Existe diálogo entre os grupos da comunidade para identificar soluções, testar-se e analisar. Alguma experiência em testar	Os grupos da comunidade têm a capacidade para autoanalisar e desenvolver esforços ao

	assuntos da comunidade.			ações. Têm habilidade para desafiar a sabedoria adquirida.	soluções.	longo to tempo. Isto leva a mudança coletiva.
Gestão do programa	Por agente	Por agente em discussão com a comunidade.		Pela comunidade supervisionada pelo agente. Mecanismos de tomada de decisão mutuamente acordados. Papeis e responsabilidades claramente definidas. A comunidade não recebeu treino de competências para a gestão de programas.	Pela comunidade, com assistência limitada do agente no planeamento, politica e avaliação. Desenvolvimento de um sentido de pertença da comunidade.	Gestão da comunidade independente do agente. A gestão é responsável.
Relação com agentes externos	Agentes no controlo das políticas, finanças, recursos e avaliação de programas.	Os agentes no controlo, mas discutem com a comunidade. Não existe tomada de decisão da comunidade. O agente atua em representação para produzir resultados.		Agentes e comunidade tomam decisões conjuntas. O papel do agente é mutuamente acordado.	A Comunidade toma decisões com o suporte de agentes. O agente facilita a mudança com treino e suporte.	Os agentes facilitam a mudança a pedido da comunidade que toma as decisões. O agente atua em nome da comunidade para construir capacidades.

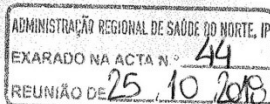
ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética

COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER DATA : 04.10.2018
Nº <Processo> <Registo>

PARA : Conselho Diretivo da ARS Norte

DE : Comissão de Ética para a Saúde

ASSUNTO ...: Parecer nº 130/2018



Levo ao conhecimento do Conselho Diretivo o Parecer nº 130/2018 sobre o Estudo "Modelo de avaliação, intervenção e empoderamento comunitário – a comunidade como cliente dos enfermeiros", aprovado na reunião de 2 de outubro de 2018, por unanimidade.

À consideração superior

Ana Paula Capela
(Assessoria CES/UIC)

✓
DELIBERADO CONCORDAR
25/10/2018

Dr. Pimenta Marinho
Presidente do C.D.

Rita Moreira
Vice-Presidente do CD

Paula Duarte
Vogal do CD

Dr. Ponciano Oliveira
... Vogal C.D.



Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER N.º 130/2018

Sobre o estudo T952 – Estudo sobre “Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário – A Comunidade como Cliente dos Enfermeiros”

A – Relatório

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), iniciou a apreciação do Processo n.º T952, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão, referente ao Estudo sobre “**Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário – A Comunidade como Cliente dos Enfermeiros**” cujo investigador principal é Pedro Melo – Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa, a realizar no ACeS [REDACTED]

Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: projeto de investigação, currículo do investigador, parecer favorável do ACeS [REDACTED] declaração de compromisso da investigadora para entregar o Relatório final à CES, instrumentos de recolha de dados, consentimento informado, declaração de anonimização e uso exclusivo dos dados recolhidos neste estudo.

1. A primeira etapa do estudo assume uma natureza predominantemente qualitativa, de natureza construtivista, assente na técnica do *Focus Group*, com a aplicação de uma escala que permite avaliar o consenso dos participantes face aos nove domínios do empoderamento comunitário e a análise quantitativa dos resultados da aplicação da escala, que permitem quantificar o nível de empoderamento comunitário, nos nove domínios. A segunda etapa do estudo assume uma natureza mista, utilizando como metodologia o estudo quási-experimental com desenho antes-após de grupo único com a análise estatística dos resultados emergentes da aplicação da Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário analisada em simultâneo com a aplicação do processo de enfermagem à comunidades ACeS [REDACTED] e identificando os resultados das intervenções no aumento do nível de empoderamento comunitário da comunidade ACeS.
2. A população/amostra é constituída pelos enfermeiros que integram a gestão das diferentes unidades funcionais do ACeS (conselhos técnicos das USF, das UCSP e das UCC e os coordenadores das UCC), a vogal de Enfermagem do Conselho Clínico e da Saúde do ACeS e membros da Direção de Enfermagem, os enfermeiros da Unidade de Saúde Pública e o Coordenador da Unidade de Saúde Pública e o Diretor-Executivo do ACeS. Prevê-se a participação de 21 profissionais, que integrarão a sessão de grupos focais para a avaliação do nível de empoderamento comunitário. Na segunda etapa do estudo, serão incluídos no





estudo todos os enfermeiros que exercem funções no ACeS. A amostra será selecionada por conveniência, sendo que o critério de inclusão é para a avaliação do nível de empoderamento comunitário, serem os profissionais do ACeS que têm responsabilidades de gestão nas diferentes unidades e estrutura e para a etapa de diagnóstico e intervenção de acordo com o MAIEC, serem enfermeiros que exerçam funções no ACeS.

3. Como fontes de informação considera-se os participantes nos *Focus Group* e na etapa seguinte do estudo acrescenta-se os enfermeiros dinamizadores dos projetos que farão a documentação da tomada de decisão clínica, de acordo com o MAIEC.
4. A sessão de grupos focais, da primeira etapa, será desenvolvida após a criação de um guião temático, a partir dos domínios e depoimentos da escala traduzida, prevendo-se a duração máxima de 3 horas, podendo ser necessário ter duas sessões. Serão recolhidos os depoimentos dos participantes com a colaboração de um elemento da equipa de investigação que fará o registo escrito dos mesmos. Na segunda etapa do estudo, cresce o registo numa base de dados construída a partir da matriz de decisão clínica do MAIEC. Serão utilizadas como medidas de resultado Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário, para avaliar o nível de empoderamento antes e depois da aplicação do MAIEC e Base de Dados com a atividade diagnóstica, os diagnósticos, intervenções e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, construída a partir do MAIEC. Toda a informação produzida terá a gestão central do investigador responsável, salvaguardando-se o sigilo e a confidencialidade dos dados produzidos por cada participante individualmente e pelo coletivo.
5. A análise estatística, relativa à avaliação do nível de empoderamento comunitário fica a cargo do investigador principal, com a colaboração de duas estudantes de Mestrado em Enfermagem Comunitária
6. O objetivo geral deste estudo é: Comparar o nível de empoderamento comunitário na comunidade ACeS [REDACTED] no contexto de um projeto da USP associado à vigilância epidemiológica, antes e depois da aplicação do MAIEC. Tem como objetivos específicos: identificar o nível de empoderamento comunitário na comunidade ACeS [REDACTED] face à problemática da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem no ACeS, antes da aplicação do MAIEC; Identificar os diagnósticos de enfermagem de acordo com o MAIEC, na comunidade ACeS Tâmega III-Vale do Sousa Norte; Identificar os indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos resultados de enfermagem, depois da aplicação do MAIEC, na comunidade ACeS Tâmega III-Vale do Sousa Norte; Comparar o nível de empoderamento comunitário das comunidade organizativa do ACeS [REDACTED], no contexto da problemática da vigilância epidemiológica dos cuidados de enfermagem, antes e após a aplicação do MAIEC;

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Reconhece-se relevância e pertinência do estudo e interesse prático para a Saúde,
2. A participação na pesquisa será voluntária, e aquele que concordar em participar será convidado a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



3. A privacidade, anonimato e confidencialidade será garantida
4. Os custos deste estudo ficarão a cargo do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

C – Conclusões

1. Face ao exposto, a CES delibera que o estudo de investigação em causa pode ser aprovado.
2. Deve o investigador proceder à destruição dos dados de acordo com a lei.

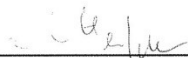
Aprovado na reunião de 2 de outubro de 2018, por unanimidade.

O relator,

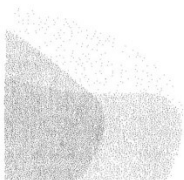


Mestre Maria Assunção Magalhães

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP



Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol



ANEXO III - Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Exmo Senhor/a Dr./Enf-: Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário- a comunidade como cliente dos enfermeiros.

Enquadramento: O projeto de investigação: Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário: a comunidade como cliente dos enfermeiros, integra-se nos projetos do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa e tem como investigador responsável o Doutor Pedro Melo.

Explicação do estudo: Nesta etapa do nosso estudo, temos como objetivo medir o nível de empoderamento comunitário da comunidade organizativa do ACeS, relacionado com a problemática da Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem. Para responder a este objetivo, pretendemos aplicar a tradução portuguesa da *Empowerment Assessment Rated Scale*, desenvolvida por Laverack (2007) e que permite identificar a perceção dos membros desta comunidade face a nove domínios do empoderamento comunitário (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 sua participação no estudo implica que, tenhamos no mínimo uma reunião e no máximo duas reuniões, com todos os enfermeiros que têm atividades relacionadas com a gestão do ACeS e Unidades Funcionais e com o Diretor Executivo e Coordenador da USP, com a duração máxima de 3 horas. Nesta reunião será desenvolvida uma discussão sobre os conceitos e as perceções dos profissionais face ao que consideram ser o nível de empoderamento da sua comunidade para a promoção da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem.

Para facilitar o tratamento dos dados a sessão que integra a avaliação desta escala serão registados os depoimentos com recurso a um investigador colaborador.

O material recolhido não poderá ser objeto de comercialização e/ou divulgação que possa prejudicar os (as) entrevistados (as) ou o seu local de trabalho. Os dados recolhidos serão guardados durante cinco anos pelo investigador, sendo destruídos após este prazo.

É compromisso deste investigador manter os (as) participantes informados (as), caso pretendam, sobre o desenvolvimento da investigação e, ao final de sua realização, de lhes comunicar os resultados e partilhar os documentos produzidos ao longo da mesma.

Condições e financiamento: A investigação não oferece nenhum dano ao(s) à(s) participante(s) e não será objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamento aos(às) mesmos(as). Será assegurado o direito de resposta a qualquer pergunta a respeito da investigação e dos seus objetivos. Se, no decorrer do procedimento, o/a participante vier a manifestar sua vontade de interromper a sua participação, o investigador atenderá a sua vontade, garantindo ao participante o direito de abandono da mesma sem prejuízo para si. Este estudo foi submetido ao parecer da comissão de ética da ARS Norte, EPE e teve parecer favorável.

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Confidencialidade e anonimato: Durante o processo em curso, e mesmo na redação do artigo em relação aos resultados, será assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação do(s) a (as) participantes da investigação.

Grato pela atenção e disponibilidade para colaborar no nosso estudo:

O investigador responsável: Doutor Pedro Melo, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa | Contacto Tlm: 916725122 | endereço eletrónico: pmelo@porto.ucp.pt

Assinatura/s:
.....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: / /

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

ANEXO IV - Formulário de inquérito de sintomas

ACES: _____ CDP/CS: _____

Informação sobre o caso índice:

Nome do caso índice: _____

Data diagnóstico: ____/____/____ Processo CDP N.º _____

Informação sobre o contacto:

Identificação

Nome do contacto: _____

Data nascimento : ____/____/____ Morada: _____

Contacto telefónico: _____ Peso (kg) _____

Registos do Boletim Individual de Saúde:

BCG	Mantoux		Cicatriz	Observações
Data de aplicação	Data	Resultado	Data de verificação	

Tipo de contacto

Relação com caso índice	Tempo de contacto (últimos 3 meses)	Características do local de contacto
Familiar <input type="checkbox"/>		Contacto no Centro Social e Paroquial de Ferreira Último contacto em fevereiro de 2018
Amigo <input type="checkbox"/>		
Colega/trabalho <input type="checkbox"/>		
Cohabitante <input type="checkbox"/>		
Outro <input type="checkbox"/>		

Sintomas

Tosse		Febre		Expectoração		Perda de peso		Hipersudorese	
Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Data:		Data:		Data:		Data:		Data:	

Patologia associada

Diabetes Neoplasia Insuficiência renal VIH positivo TB anterior
 HVB/HVC Outra Especificar: _____

Medicação

Corticóides Quimioterapia Radioterapia Outra
 Especificar: _____

Factores de risco

Alcoolismo Toxicodependência Sem Abrigo Recluso Emigrante
 Residência Comunitária Outra Especificar: _____

Avaliação

Tipo	Data	Mantoux	Rx	Baciloscopia	VIH	Quantíferão	Destino
1ª							
Seguinte							
Observações							

Decisão:

Data	Decisão	Processo CDP N.º

Registo efectuado por: _____ Categoria profissional _____

