



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
E O EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO
– UM PROJETO COM UMA COMUNIDADE DE ENFERMEIROS**

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

Por
Tânia Isabel Rocha dos Santos Gaspar

Porto – março de 2023



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS DIAGNÓSTICOS DE
ENFERMAGEM E O EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO
– UM PROJETO COM UMA COMUNIDADE DE ENFERMEIROS**

**THE EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE OF NURSING DIAGNOSES
AND THE COMMUNITY EMPOWERMENT
– A PROJECT WITH A NURSES COMMUNITY**

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

Por

Tânia Isabel Rocha dos Santos Gaspar

Sob a orientação do Professor Doutor Pedro Melo

Porto – março de 2023

RESUMO

No âmbito do estágio final inserido no ciclo de estudos para obtenção do grau de mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública apresenta-se este relatório que, através de uma metodologia crítico-reflexiva, pretende expor o percurso desenvolvido no processo de aquisição de competências.

O estágio decorreu numa Unidade de Saúde Pública (USP) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da região norte do país e foi desenvolvido um projeto de empoderamento comunitário da comunidade de enfermeiros do ACeS, para a promoção da Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem (VEDE). Tendo em conta o Diagnóstico e Plano Locais de Saúde foram selecionados os focos de atenção de enfermagem “Ansiedade”, “Sono” e “Uso do álcool” para a promoção da VEDE. Alicerçado no Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) como referencial teórico e estruturado no Planeamento em Saúde como metodologia, foi aplicada a matriz de decisão clínica do MAIEC para a avaliação da gestão comunitária da comunidade ACeS em relação à VEDE dos focos de atenção de enfermagem selecionados. Tendo sido avaliado um nível de empoderamento comunitário baixo da comunidade ACeS e uma gestão comunitária comprometida para a promoção da VEDE relacionada com a documentação dos focos referidos, foram planeadas e executadas as intervenções com o objetivo de melhorar a gestão comunitária.

Integrado no projeto *MAIEC – Community Empowerment and Nursing Decision-Making*, e no Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS, este projeto constituiu uma intervenção para a investigação, prevendo-se a continuidade da mesma que englobará a reavaliação do nível de empoderamento comunitário e da gestão comunitária após seis meses da intervenção.

Este percurso demonstrou-se relevante para a aquisição das competências exigidas, para a investigação em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública e para a promoção do empoderamento comunitário dos enfermeiros.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Comunitária; Enfermagem de Saúde Pública; Empoderamento Comunitário; Vigilância Epidemiológica; Diagnósticos de Enfermagem.

ABSTRACT

Within the scope of the final stage inserted in the cycle of studies to obtain the Master's degree in Nursing with specialization in Community Nursing in the area of Community Health Nursing and Public Health, this report is presented which, through a critical-reflective methodology, intends to expose the course taken in the process of acquiring skills.

The internship took place in a Public Health Unit (USP) of a Group of Health Centers (ACeS) in the northern region of the country and a community empowerment project was developed for the ACeS community of nurses, for the promotion of Epidemiological Surveillance of Nursing Diagnoses. (VEDE). Taking into account the Local Health Diagnosis and Plan, the nursing care focus “Anxiety”, “Sleep” and “Use of alcohol” were selected for the promotion of VEDE.

Based on the Community Assessment, Intervention and Empowerment Model (MAIEC) as a theoretical reference and structured on Health Planning as a methodology, the MAIEC clinical decision matrix was applied to assess the community management of the ACeS community in relation to the VEDE of the selected nursing care focus. Having assessed a low level of community empowerment in the ACeS community and a committed community management for the promotion of VEDE related to the documentation of the referred nursing care focus, interventions were planned and carried out with the aim of improving community management.

Integrated in the MAIEC – Community Empowerment and Nursing Decision-Making project, and in the ACeS Nursing Diagnosis Observatory, this project constituted an intervention for the investigation, foreseeing its continuity that will encompass the reassessment of the level of community empowerment and the community management six months after the intervention.

This route proved to be relevant for the required skills acquisition, for research in Community Health and Public Health Nursing and for the promotion of community empowerment of nurses.

Keywords: Community Health Nursing; Public Health Nursing; Community Empowerment; Epidemiological monitoring; Nursing Diagnoses.

*Aos meus filhos. Que tenham a coragem
de percorrer os seus sonhos e que encontrem no
caminho a felicidade.*

Agradeço,

Ao ACeS na pessoa da Sr.^a Presidente da Direção de Enfermagem, o acolhimento e a oportunidade de dar continuidade a este projeto.

A todos os colegas a disponibilidade e atenção que dedicaram e, sobretudo, os importantes contributos para o desenvolvimento deste projeto.

À enfermeira tutora, pela serenidade, pela aprendizagem, pelo rigor e suporte durante este percurso.

Ao Professor Doutor Pedro Melo, pelas aprendizagens, pelo apoio tranquilo e as palavras cheias de amizade.

Às minhas pessoas-luz, que sabem da sua importância neste meu caminho. À minha Família, nuclear e alargada, pela Alegria e Paz.

À minha mãe, pelo amor incondicional, pela presença sempre alegre e motivadora. Contigo foi mais fácil percorrer este caminho. Obrigada!

E ao meu marido, pelo incentivo, pela tranquilidade, pelas “viagens” e pelo amor de todos os dias... obrigada!

LISTA DE ACRÓNIMOS, SIGLAS, ABREVIATURAS

| | |
|-------------|--|
| ACeS | Agrupamento de Centros de Saúde |
| CDC | Centros de Controlo e Prevenção de Doenças |
| CIIS | Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde |
| CENDES/OPAS | Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento e Organização Pan-Americana de Saúde |
| CIPE | Classificação Internacional para Prática de Enfermagem |
| CSP | Cuidados de Saúde Primários |
| CT | Conselhos Técnicos |
| DGS | Direção Geral da Saúde |
| DLS | Diagnóstico Local de Saúde |
| EAvEC | Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário |
| EEEC | Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária |
| ESCSP | Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública |
| MAIEC | Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário |
| N.º | Número |
| ODE | Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem |
| OCDE | Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PLS | Plano Local de Saúde |
| SIARS | Sistema de Monitorização das Administrações Regionais de Saúde |
| SIE | Sistemas de Informação em Enfermagem |
| SNS | Serviço Nacional de Saúde |
| UCC | Unidade de Cuidados na Comunidade |
| UCP | Universidade Católica Portuguesa |
| UF | Unidades Funcionais |
| USP | Unidade de Saúde Pública |
| VEDE | Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem |

ÍNDICE

| | |
|---|------------|
| INTRODUÇÃO | 17 |
| CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 19 |
| 1.1. O Projeto | 19 |
| 1.2. O Contexto | 21 |
| 1.3. Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário | 22 |
| 1.4. Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem..... | 25 |
| CAPÍTULO II – METODOLOGIA | 27 |
| 2.1. O Planejamento em Saúde | 27 |
| 2.1.1. O diagnóstico de situação | 28 |
| 2.1.2. A priorização | 31 |
| 2.1.3. Definição de objetivos, metas e indicadores | 34 |
| 2.1.4. Intervenção | 39 |
| 2.1.5. Avaliação..... | 44 |
| CAPÍTULO III – DISCUSSÃO | 47 |
| 3.1. Os desafios e os avanços..... | 47 |
| 3.2. A aquisição de competências | 49 |
| CONCLUSÃO..... | 53 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 55 |
| APÊNDICES | 59 |
| I - Revisão integrativa da literatura: “O impacto da pandemia e da guerra nos fenômenos “Ansiedade”, “Sono” e “Uso do álcool” na comunidade” | 61 |
| II - Plano de sessão de formação: “Apresentação do Projeto VEDE” | 79 |
| III - Sessão de formação: “Apresentação do Projeto VEDE” | 83 |
| IV - Questionário..... | 87 |
| V - Grelha de associação das questões às dimensões e sub-dimensões de diagnóstico do foco Gestão Comunitária segundo o MAIEC..... | 99 |
| VI - Resultados de acordo com as dimensões e sub-dimensões do diagnóstico “Gestão Comunitária comprometida” | 103 |
| VII - Grelha de ponderação segundo o método CENDES/OPAS..... | 107 |
| VIII - Plano da sessão de formação: “A Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem”..... | 111 |
| IX - Sessão de formação: “A Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem”..... | 115 |
| X - Manual de Articulação do ODE | 125 |

ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS

| | |
|--|-----------|
| Tabela 1 – N.º de registo dos focos em estudo na plataforma S-Clínico..... | 28 |
| Gráfico 1 – Nível de empoderamento do ACeS | 29 |
| Tabela 2 – Lista de problemas prioritários no ACeS..... | 31 |
| Tabela 3 – Ciclo de planeamento das estratégias de intervenção..... | 40 |
| Tabela 4 – Cronograma de atividades. | 43 |

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, do 3º semestre do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública realizou-se o estágio numa Unidade de Saúde Pública (USP) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da região norte do país. Este decorreu no período de 5 de setembro a 16 de dezembro de 2022, num total de 360h de contacto, sob a orientação do Professor Doutor Pedro Melo, culminando com a elaboração do presente Relatório de Investigação para a obtenção de Grau de Mestre em Enfermagem.

O estágio teve como objetivos a aquisição e desenvolvimento de competências profissionais especializadas em Enfermagem Comunitária de acordo com o plano de estudos do curso e a integração num projeto de investigação na área da especialização.

Este surgiu no seguimento do estágio de Vigilância e Decisão Clínica, realizado no 2º semestre, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), do mesmo ACeS, que possibilitou: uma primeira abordagem à organização e gestão dos cuidados de Enfermagem à comunidade como unidade de cuidados; conhecer os programas e projetos desenvolvidos para dar resposta aos problemas de saúde de grupos, comunidades e população identificados no Plano Local de Saúde (PLS); analisar o processo metodológico de planeamento em saúde e o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) como referencial teórico de suporte à tomada de decisão clínica do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

O projeto de investigação MAIEC, sediado no *Nursing Research Lab* do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa (CIIS-UCP), foi iniciado neste ACeS em 2018, em contexto de mestrado (Teixeira, 2019 e Ferreira, 2019).

Pretendeu-se com este estágio dar continuidade ao projeto e formalizar o Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem (ODE) no ACeS, com epicentro na USP, promovendo o empoderamento comunitário da comunidade de enfermeiros do ACeS para a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem (VEDE), alicerçado no MAIEC como referencial teórico e no Planejamento em Saúde como metodologia.

Com recurso à metodologia crítico-reflexiva pretende-se com o presente documento:

- Descrever as etapas do processo de investigação desenvolvido;
- Analisar e refletir sobre os processos de suporte à tomada de decisão clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEEC) na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (ESCSP);
- Refletir sobre as competências desenvolvidas.

De forma a atingir estes objetivos optou-se por dividir o relatório em três capítulos: no primeiro é feito o enquadramento teórico que sustenta o projeto, seguindo-se a descrição do processo metodológico e das suas partes constituintes no segundo capítulo e, por fim, no terceiro capítulo, refletiu-se sobre os desafios e os avanços do projeto, bem como, sobre as competências desenvolvidas durante todo o percurso até aqui realizado.

O relatório rege-se pela norma de referência APA (7.^a edição).

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Numa fase inicial, importa saber qual o “estado da arte” em relação aos temas implicados no projeto que se pretende desenvolver. Segundo Fortin (1999), a fase conceptual é determinante para atualizar os conceitos ou teoria que servirá de referência à problemática em estudo. Desta forma, descrever-se-á neste capítulo o projeto e o contexto em que o mesmo se desenrolou, seguindo-se uma análise do modelo teórico que suporta esta investigação e, no último ponto, será apresentada a área em que este projeto incidiu que constitui também uma das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

1.1. O PROJETO

O projeto *MAIEC – Community Empowerment and Nursing Decision-Making*, desenvolve a sua ação em diferentes áreas de trabalho, designados de *workpackages*, de acordo com a natureza das comunidades alvo de intervenção. Enquadrado no *Workpackage 3 – MAIEC and Observatories of Nursing Diagnosis*, encontra-se este projeto de promoção da VEDE nas comunidades ACeS, tendo sido já desenvolvidos, ao longo dos últimos anos, trabalhos nesta área no contexto de mestrados em Enfermagem na área de especialização da EC na área da ESCSP (Bastos, 2018; Fernandes, 2019; Ferreira, 2019; Santos, 2019 e Teixeira, 2019).

Estes têm permitido a implementação dos ODE (Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem) em alguns ACeS da região norte do país, com sede nas USP. O ODE, enquanto estrutura organizada, pretende contribuir para a vigilância epidemiológica do ACeS através da VEDE. A sua missão prende-se com a análise sistemática e continuada dos Diagnósticos de Enfermagem, com vista à melhoria dos indicadores de saúde da população do ACeS.

Como referido anteriormente, este projeto foi iniciado neste ACeS em 2018, dando cumprimento às etapas do protocolo MAIEC que incluem: a avaliação do nível de empoderamento da comunidade de enfermeiros do ACeS para a VEDE, através da Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EA_vEC) (Melo, 2020, pág.149), seguindo-se o diagnóstico, intervenção e avaliação de resultados, de acordo com a matriz de decisão clínica do MAIEC, que serão abordados ao pormenor no ponto 1.3 deste capítulo.

O projeto abrangeu, de acordo com os problemas de saúde prioritários e os determinantes de saúde constantes do Plano Local de Saúde (PLS) do ACeS, os focos de atenção “Exercício Físico”, “Excesso de Peso” e “Autocuidado: atividade física” (Ferreira, 2019) e “Ansiedade”, “Sono” e “Uso do Álcool” (Teixeira, 2019).

Surgiram, no espaço temporal decorrido entre 2019 até ao momento atual, dois grandes acontecimentos a nível global com relevância para a saúde pública: em março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declara a pandemia por Covid-19 e a 28 de fevereiro de 2022 dá-se o início da invasão da Ucrânia pela Rússia. A necessidade de mitigar a propagação da Covid-19 entre a população levou à tomada de decisões políticas de saúde tendo sido implementadas medidas restritivas que incluíram o confinamento geral com dever de recolhimento domiciliário e o teletrabalho, para além do uso de máscara e o distanciamento social já instituídos (República Portuguesa, 2020). Estas medidas provocaram alterações no quotidiano das pessoas a par da instalação de uma crise social e económica à escala global. Decorridos sensivelmente dois anos desde o início da pandemia, num mundo ainda a recuperar dos seus efeitos, surge o conflito armado internacional na Ucrânia, amplamente noticiado nas diversas plataformas de comunicação social, com potencial impacto na saúde mental das pessoas. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura [Apêndice I], intitulada – *O impacto da pandemia e da guerra nos fenómenos “Ansiedade”, “Sono” e “Uso do álcool” na comunidade* – com o objetivo de esclarecer de que forma estes dois eventos tiveram repercussão nos fenómenos referidos. A ansiedade foi o fenómeno mais relatado entre os estudos incluídos, verificando-se um aumento desse fenómeno na população adulta no contexto da pandemia, nomeadamente no período de quarentena (Justo-Alonso, *et al*, 2020; Saha K, *et al*, 2020). Os problemas do sono aumentaram em 22% da população, sendo maior nos mais jovens (Justo-Alonso, *et al*, 2020).

Um estudo apresentou taxas de prevalência de insónia de 28% na população adulta durante a pandemia (Chen, *et al* 2021). Em relação ao uso do álcool no período de pandemia, apenas um estudo entre os incluídos demonstrou um aumento do consumo de álcool em 10,7% nos adultos entre os 34 e os 45 anos (Justo-Alonso, *et al*, 2020). Não foram encontrados estudos sobre o impacto da guerra na saúde da população geral, pelo que se sugere a sua realização, alertando-se ainda, para a importância do estudo dos efeitos da divulgação de imagens da guerra nos *media* nos fenómenos abordados.

Da análise do PLS do ACeS, verificou-se que as perturbações depressivas constituem um dos cinco problemas de saúde prioritários e a ansiedade, a insónia e o álcool, constituem, por sua vez, três dos seus determinantes.

Pelos factos enunciados, foi decidido em conselho de peritos focar a abordagem do projeto nos focos “Ansiedade”, “Sono” e “Uso do álcool”, com o objetivo de promover a VEDE para a documentação dos mesmos, através do empoderamento comunitário (como processo e resultado) da comunidade de enfermeiros do ACeS.

1.2. O CONTEXTO

O estágio decorreu numa Unidade de Saúde Pública de um ACeS da região norte do país cuja área geodemográfica de intervenção abrange 3 municípios e 41 freguesias.

A esta tipologia de unidade funcional, segundo o artigo 12º do Decreto-Lei n.º 137/2013, de 7 de outubro (República Portuguesa, 2013),

(...) compete, na área geodemográfica do ACeS em que se integra, 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.

A equipa de Enfermagem desta unidade é constituída por sete enfermeiros, dos quais seis são enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária.

No regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (República Portuguesa, 2018), pode ler-se no ponto 1 do artigo 4.º que este,

a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;

b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

d) Realiza a vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Podemos constatar a relação existente na medida em que o propósito da USP se funde com as competências específicas dos enfermeiros especialistas em ESCSP, assumindo que este local é o contexto privilegiado para a consecução dos objetivos do estágio.

1.3. MODELO DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

O MAIEC, desenvolvido por Pedro Melo na sua tese de doutoramento em 2016, constitui um modelo teórico que emerge da evolução do cuidado de Enfermagem à pessoa individual para uma visão centrada na comunidade enquanto cliente coletivo. Baseado no Modelo Contínuo de Empoderamento Comunitário de Laverack (2008) e nos pressupostos e postulados do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF) de Figueiredo (2012) é desenvolvido o MAIEC como referencial teórico, apresentando os conceitos, pressupostos e postulados alicerçados no Empoderamento Comunitário e na Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (Melo, 2020).

Dos conceitos metaparadigmáticos associados à disciplina da Enfermagem emergem os conceitos relacionados com a Enfermagem de Saúde Comunitária enquadrados neste modelo: Comunidade, Ambiente Comunitário, Saúde Comunitária e Cuidados de Enfermagem à Comunidade.

A comunidade define-se por um conjunto de pessoas que partilham o mesmo contexto geográfico, interesses e objetivos. Apresentam funções identificadas entre si resultantes da própria interação das pessoas, grupos e organizações comunitárias que a constituem, através da participação, liderança e processo comunitários (Melo, 2020, pág. 50).

Das várias comunidades existentes, destaca-se aqui a comunidade ACeS, alvo deste projeto que, de acordo com o disposto no número 1 do artigo 2.º e no artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro,

(...) são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde.(...) que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica (...) desenvolvem actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados (...) desenvolvem também actividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré -graduada, pós -graduada e contínua (República Portuguesa, 2008).

No que aos pressupostos diz respeito, o MAIEC apresenta quatro:

- 1) A unidade de cuidados dos enfermeiros é a comunidade, sendo o processo de empoderamento comunitário contínuo e dinâmico;
- 2) O papel do enfermeiro neste processo de empoderamento é o de promotor da autonomia dos líderes e membros da comunidade trabalhando em parceria;
- 3) A ênfase dos cuidados de Enfermagem à comunidade está em desenvolver as suas próprias capacidades na resposta aos seus problemas, otimizando os seus recursos e competências;
- 4) Os cuidados de Enfermagem à comunidade focam duas vertentes: por um lado a Saúde Comunitária como um todo, por outro os ganhos em saúde obtidos pelas intervenções no âmbito dos projetos desenvolvidos que representarão também ganhos em Saúde Pública da população onde a comunidade de insere.

Quanto aos postulados, estes englobam os princípios e as definições que, segundo Figueiredo (2012), norteiam o processo de enfermagem. De acordo com o modelo em análise, estes vão orientar o cuidado do enfermeiro quando é a comunidade o seu alvo de atenção.

Os cinco princípios são (Melo, 2020, pág. 53):

- 1) O enfermeiro deve avaliar as comunidades sob a sua responsabilidade e priorizar as intervenções de acordo com o processo metodológico do Planejamento em Saúde;
- 2) A abordagem da comunidade deve potenciar a Saúde Comunitária e a Saúde Pública;
- 3) As intervenções devem responder às necessidades identificadas que emergem da relação entre a avaliação do estado de saúde e as características do ambiente comunitário;
- 4) As intervenções de Enfermagem à comunidade como unidade de cuidados, devem potenciar as respostas em empoderamento quer como processo quer como resultado;
- 5) As intervenções centram-se no empoderamento comunitário e nas necessidades identificadas na fase de avaliação do projeto de intervenção comunitária.

As definições que alicerçam a matriz de decisão clínica do MAIEC (Melo, 2020, pág.57) centram-se na área de atenção do enfermeiro e nas suas três dimensões de diagnóstico: a Gestão Comunitária, o Processo Comunitário, a Participação Comunitária e a Liderança Comunitária.

A partir da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a matriz do MAIEC apresenta a decisão clínica em Enfermagem, desde a atividade de diagnóstico até às intervenções e avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem Comunitária.

A Gestão Comunitária corresponde à capacidade da comunidade identificar e resolver os seus problemas através da mobilização dos seus recursos, tendo em conta os seus processos intencionais (dimensão cognitiva e atitudinal) e de interação com o ambiente comunitário. Estará comprometida se houver comprometimento de uma ou mais dimensões de diagnóstico, devendo o enfermeiro avaliar todos os critérios de diagnóstico nas três dimensões: processo comunitário comprometido se coping comunitário comprometido; participação comunitária comprometida se comunicação e/ou parcerias e/ou estruturas organizativas não efetivas; liderança comunitária comprometida se conhecimento e/ou crenças e/ou volição comprometidas (Melo,2020).

Face aos diagnósticos a matriz de decisão clínica apresenta as intervenções relativas a cada dimensão de diagnóstico que contribuirão para a melhoria do foco principal, a gestão comunitária.

O enfermeiro, a par da avaliação da gestão comunitária deverá avaliar também o nível de empoderamento da comunidade, quer numa etapa diagnóstica em relação ao seu nível de empoderamento, quer depois da intervenção avaliando o impacto no seu aumento. Com recurso à Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAveC) (Melo, 2020, pág.149) os membros da comunidade são convidados, de forma consensual, a determinar o depoimento que melhor se adequa ao estado da comunidade naquele domínio, para a problemática em análise. Os domínios são: a participação comunitária; a capacidade de avaliação do problema; a liderança local; as estruturas organizacionais; a mobilização de recursos; ligações a outros; a habilidade para questionar; a gestão de programas; e por fim, a relação com agentes externos. Esta escala é um instrumento útil na avaliação dos níveis de empoderamento comunitário de diferentes comunidades e permite avaliar o impacto da aplicação do MAIEC no empoderamento comunitário (Melo, *et al.*, 2020).

1.4. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

A vigilância epidemiológica constitui uma atividade transversal ao exercício das competências quer do EEEC na área da ESCSP, que *“realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”* (República Portuguesa, 2018), quer da USP que *“na área geodemográfica do ACeS em que se integra (...) procede à vigilância epidemiológica”* (República Portuguesa, 2013).

A epidemiologia enquanto disciplina tem vindo a evoluir ao longo dos tempos acompanhando as mudanças na sociedade e o aparecimento de novas doenças. Na literatura existem inúmeras definições de epidemiologia que evidenciam a sua inequívoca evolução enquanto ciência aplicada sendo os termos “população”, “saúde/doença” e “estudar” os mais frequentemente presentes na sua definição (Frérot, M. *et al*, 2018).

Das várias definições, a proposta pelo CDC (Centros de Controlo e Prevenção de Doenças) (2006) adaptada de John Last (2001), revela-se adequada ao contexto da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, que define epidemiologia como:

estudo (científico, sistemático, baseado em dados) da distribuição (frequência, padrão) e dos determinantes (causas, fatores de risco) de estados e eventos relacionados à saúde (não apenas doenças) em populações específicas (o paciente é a comunidade, indivíduos são vistos coletivamente), e a aplicação (uma vez que a epidemiologia é uma disciplina dentro da saúde pública) do seu estudo para o controlo dos problemas de saúde (CDC, 2006, pág.5).

Os eventos relacionados com a saúde e não apenas com as doenças traduz a mudança de paradigma da visão da epidemiologia que, no início, se focava no estudo das doenças. A abordagem epidemiológica no contexto da Enfermagem Comunitária é a dos processos de saúde/doença, mais especificamente, dos processos intencionais, não intencionais e de interação com o ambiente. Segundo Melo (2020), trata-se de uma epidemiologia pós-moderna, centrada nas pessoas, com a visão da Enfermagem.

A evolução dos SIE e a implementação da CIPE têm contribuído para a melhoria da documentação dos dados produzidos pelos enfermeiros através da plataforma de registo *S-Clinico* utilizada nos CSP. Existem ainda outras ferramentas eletrónicas nos Serviços de Saúde que permitem agregar os dados e aferir a “fotografia epidemiológica” da população. Por exemplo, através do Sistema de Monitorização das Administrações Regionais de Saúde (SIARS) é possível obter os registos de Enfermagem relativos aos focos registados e do juízo clínico associado a cada foco e assim, analisar do ponto de vista epidemiológico, os Diagnósticos de Enfermagem.

Da análise efetuada constata-se que, de facto, o enfermeiro especialista em EC na área da ESCSP da Unidade de Saúde Pública, reúne as premissas necessárias para ser o gestor da informação que garanta a adesão dos enfermeiros à documentação dos focos de enfermagem considerados prioritários para o seu ACeS que vai permitir, através dos estudos epidemiológicos, realizar o diagnóstico de enfermagem de saúde pública da população e, conseqüentemente, otimizar a gestão dos programas e projetos de acordo com o DLS (Melo, 2020).

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

Neste capítulo será abordado o percurso realizado percorrendo as etapas do Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes, 1983), metodologia que serve de base à estruturação e implementação deste projeto, mas com a atualização necessária ao seu enquadramento no processo de tomada de decisão em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

O presente estudo teve em consideração os aspetos éticos relacionados com a investigação em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, salvaguardando os princípios da autonomia, da não maleficência, da beneficência e da justiça, bem como, os princípios da proteção e confidencialidade dos dados. Obteve-se autorização da comissão de ética para a saúde da ARSN para o estudo “Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário – a comunidade como cliente dos enfermeiros” segundo o parecer nº130/2018 de 25 de outubro de 2018.

2.1. O PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento em saúde, que emergiu dos processos administrativos, é um processo permanente, contínuo e dinâmico, que permite uma melhor adequação dos recursos face às necessidades identificadas (Tavares, 1992). Apesar de ter sido desenvolvido há praticamente duas décadas por Imperatori e Giraldes (1983), esta metodologia tem sido amplamente utilizada na área da saúde e, em particular, pelos enfermeiros especialistas em EC. Aliás, no âmbito das competências específicas do EEEEC na área da ESCSP, está definido que este deve estabelecer, “*com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade*”. Não obstante, o processo de planeamento em saúde constitui mais do que uma metodologia de concretização de um plano, programa ou projeto, ele encerra em si mesmo um processo de tomada de decisão clínica.

O processo de planeamento é constituído por três etapas principais: a elaboração do plano, a execução e a avaliação. A primeira etapa é constituída por seis sub-etapas: o diagnóstico de situação; a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas/projetos e a preparação da execução.

Percorrendo estas etapas do planeamento em saúde será descrito e analisado este projeto de promoção da VEDE na comunidade de enfermeiros do ACeS, tendo em conta as etapas do processo de enfermagem com recurso à matriz de decisão clínica proposta pelo MAIEC.

2.1.1. O diagnóstico de situação

Após análise do DLS e do PLS do ACeS, descritos no ponto 1.1. do primeiro capítulo, e de verificado o “estado da arte” em relação à problemática em estudo, realizou-se uma análise dos registos efetuados na plataforma de documentação *S-Clinico* relativamente aos focos em estudo, desde o período pré-projeto até à atualidade, conforme tabela 1.

| Tabela 1 – N.º de registo dos focos em estudo na plataforma S-Clinico. | | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Foco | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022* |
| Ansiedade | 55 | 248 | 11408 | 2709 | 3248 | 5466 |
| Sono | 55 | 342 | 15258 | 3753 | 4488 | 6849 |
| Uso do álcool | 5938 | 11044 | 33156 | 9364 | 12089 | 10228 |

*dados referentes até ao mês de junho de 2022

Verificou-se que o foco “Uso do álcool” era o mais registado no período anterior à implementação do projeto no ACeS (2017 e 2018). Após as primeiras intervenções, em 2019, os registos dos focos tiveram um aumento expressivo. No entanto, no período pandémico, houve um decréscimo acentuado. Verificou-se ainda, que os focos “Ansiedade” e “Sono”, apesar do seu registo ter aumentado, continuam, ainda assim a ser menos registados relativamente ao foco “Uso do álcool”.

De seguida, analisou-se o nível de empoderamento do ACeS para a VEDE, realizado em 2018 no âmbito dos mestrados Teixeira (2019) e Ferreira (2019), que se encontra representado no gráfico 1. Foi identificado um nível de empoderamento baixo na maioria

dos nove domínios da EAveC. Os domínios da relação com agentes externos e o de ligação a outros apresentaram nível 3 por se considerar por exemplo, a parceria com a UCP na implementação e consultadoria do projeto.

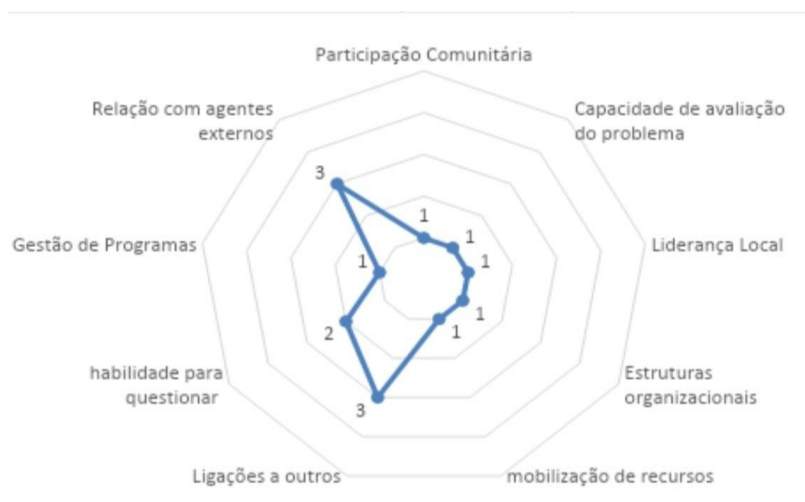


Gráfico 1 - Nível de empoderamento do ACeS

Analisadas as forças e fraquezas nos nove domínios do empoderamento comunitário do ACeS, procede-se à descrição da fase de colheita de dados necessária para a avaliação do foco gestão comunitária para a VEDE nos focos selecionados, com base na matriz de decisão clínica do MAIEC.

Foi realizada uma atualização do questionário utilizado neste projeto da promoção da VEDE entre a comunidade de enfermeiros do ACeS. Previamente ao seu envio foi realizada uma reunião com os membros da direção executiva e com os membros dos conselhos técnicos das UF do ACeS, para apresentar o projeto e atualizar o seu enquadramento [Apêndices II e III], assim como, para incentivar a participação de todos no projeto e no preenchimento do questionário.

Este foi enviado a todos os enfermeiros em formato *online* com recurso às plataformas *Forms Office* e *Google Forms*. O questionário foi estruturado em duas partes: a primeira relativa à caracterização sociodemográfica e a segunda direcionada à VEDE para a documentação dos focos selecionados [Apêndice IV]. As questões foram agrupadas de acordo com as dimensões e sub-dimensões de diagnóstico do foco “Gestão Comunitária” [Apêndice V].

Segundo Fortin, *et al.* (2009), a amostra selecionada para o estudo deve ser representativa da população, informando sobre as suas características sem que seja necessário abranger toda a população. Como critérios de inclusão foi considerado o número de enfermeiros ativos no ACeS à data de implementação do questionário que era de 157. Como critérios de exclusão foram definidos: ligação ao projeto de investigação e ausência no período de aplicação do questionário. Foi considerada para o estudo uma amostra de 156 enfermeiros, por exclusão da enfermeira tutora do estágio e, por não terem sido fornecidos os dados relativos ao número de enfermeiros ausentes nesse período pelo departamento de recursos humanos do ACeS, à data de execução do presente relatório. Obtiveram-se 77 respostas ao questionário representando 49,36% da população.

Da caracterização sociodemográfica da amostra identificou-se que a média de idades dos enfermeiros respondentes situava-se nos 41 anos, com tempo médio de experiência profissional de 18 anos e tempo médio de exercício de funções na UF do ACeS de 13 anos. Em relação à distribuição pelas diferentes tipologias de UF: 45 % dos enfermeiros pertenciam a USF, 22% a UCC, 6% a USP, 3% a UCSP, 1% ao CDP e 22% não identificaram a tipologia de UF, dos quais 19% indicaram apenas “ACeS”, o que poderá estar relacionado com os enfermeiros que exercem funções de chefia/direção e nos Centros de Vacinação.

Em relação à formação profissional, 51% dos enfermeiros possui especialidade, dos quais 25% em Enfermagem Comunitária, 12% em Enfermagem de Reabilitação, 8% em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 4% em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e, por fim, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e Enfermagem Médico-cirúrgica, ambas com 1% cada uma. Para além da especialidade, 22% dos enfermeiros possuem mestrado e 17% pós-graduação.

Após tratamento dos dados relativos à segunda parte do questionário, diagnosticou-se Gestão Comunitária comprometida para a VEDE nos focos “Ansiedade”, “Sono” e “Uso do álcool” da comunidade de enfermeiros do ACeS. Os sub-diagnósticos relacionados com as várias sub-dimensões apresentam-se no apêndice VI.

Efetuada a etapa de diagnóstico de situação e determinados os diagnósticos de enfermagem, importa agora estabelecer as prioridades de atuação.

2.1.2. A priorização

É essencialmente nesta fase do planeamento em saúde que se torna clara a intenção de garantir a equidade na gestão dos recursos tratando-se esta etapa, no fundo, de um processo de tomada de decisão (Tavares, 1992). Realizou-se a priorização dos diagnósticos de forma a adequar os recursos aos objetivos que se pretendem atingir com a implementação deste projeto.

Para a determinação das prioridades utilizou-se o método CENDES/OPAS (Ahumada, *et al.*, 1965, citado por Melo, 2020) que sugere a aplicação de três critérios: a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade. De acordo com Melo (2020), estes critérios adaptados à disciplina de Enfermagem consideram a magnitude do diagnóstico a sua dimensão na comunidade em análise; a transcendência a forma como a intervenção nesse diagnóstico leva à melhoria dos outros; e a vulnerabilidade a possibilidade de melhoria do diagnóstico com a intervenção.

Os diagnósticos prioritários foram determinados em reunião de conselho de peritos, através da atribuição da ponderação de acordo com a aplicação dos critérios acima mencionados, e estão apresentados no apêndice VII.

Apresenta-se de seguida, os problemas considerados prioritários, cuja ponderação obtida foi igual ou superior a 6, hierarquizados de forma decrescente de ponderação.

Tabela 2 – Lista de problemas prioritários no ACeS.

- | | |
|----|---|
| P1 | Liderança Comunitária comprometida: perceção de conhecimento sobre Sistemas de Informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo não demonstrado em 84,42% dos membros da comunidade. |
| P2 | Liderança Comunitária comprometida: perceção de conhecimento sobre o registo do foco "Ansiedade" não demonstrado em 76,62% dos membros da comunidade. |

- P3 Coping Comunitário não efetivo: formação anterior no registo do foco "Ansiedade" comprometida em 62,34% dos membros da comunidade;
- P4 Coping Comunitário não efetivo: formação anterior no registo do foco "Sono" comprometida em 57,14% dos membros da comunidade
- P5 Liderança Comunitária comprometida: conhecimento sobre a existência de um ODE no ACeS não demonstrado em 51,95% dos membros da comunidade.
- P6 Liderança Comunitária comprometida: perceção de conhecimento sobre o registo do foco "Sono" não demonstrado em 66,23% dos membros da comunidade.
- P7 Coping Comunitário não efetivo: formação anterior em sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para documentação dos focos em estudo comprometida em 37,66% dos membros da comunidade.
- P8 Participação Comunitária comprometida por estruturas organizativas não efetivas: existência de um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos Diagnósticos de Enfermagem não percecionada em 77,92% dos membros da comunidade.
- P9 Liderança Comunitária comprometida: conhecimento não demonstrado sobre a VEDE em 24,68% dos membros da comunidade.
- P10 Liderança Comunitária comprometida: comportamento de adesão para avaliar frequentemente o foco "Ansiedade" não demonstrado em 62,34% dos membros da comunidade.
- P11 Liderança Comunitária comprometida: comportamento de adesão para avaliar frequentemente o foco "Sono" não demonstrado em 51,95% dos membros da comunidade.
- P12 Coping Comunitário não efetivo: formação anterior no registo do foco "Uso do álcool" comprometido em 44,16% dos membros da comunidade.

P13 Liderança Comunitária comprometida: percepção de conhecimento sobre o registo do foco "Uso do álcool" não demonstrado em 51,90% dos membros da comunidade.

Prosseguindo as etapas do planeamento em saúde, antes da definição dos objetivos, foram analisados os problemas prioritários. Verificou-se que a comunidade de enfermeiros deste ACeS apresentava a Gestão Comunitária para a VEDE dos focos seleccionados comprometida, sendo que o maior número de problemas priorizados dizem respeito à dimensão de diagnóstico liderança comunitária comprometida pelos critérios de diagnóstico: “Conhecimento” e “Volição”. Relativamente ao “Conhecimento” este foi não demonstrado nos seguintes temas: utilização dos SIE com recurso à CIPE para a documentação dos focos; sobre a existência do ODE e sobre a VEDE (P1, P2, P5, P6, P9 e P13). Relativamente à “Volição” verificou-se um comportamento de adesão não demonstrado para o registo dos focos “Ansiedade” e “Sono” (P10 e P11).

Relativamente ao processo comunitário este revelou-se comprometido por coping comunitário não efetivo relacionado com as experiências anteriores de registo dos focos abordados utilizando a CIPE (P3; P4; P7 e P12). A participação comunitária foi diagnosticada de comprometida por revelar estruturas organizacionais não efetivas relacionadas com a percepção não demonstrada da existência de um elemento de referência para a promoção da VEDE (P8).

Apesar dos problemas P12 e P13, relacionados com o foco “Uso do álcool”, terem obtido ponderação igual a 6 segundo os critérios de priorização utilizados, dado que os diagnósticos relativos à liderança comunitária comprometida relacionada com o comportamento de adesão, apresentou uma magnitude inferior a 30% para o registo do foco “Uso do álcool”, ao contrário dos focos “Ansiedade” e “Sono”, que apresentaram valores superiores de 62,34% e 51,95%, respetivamente e, confrontando com os dados obtidos através da plataforma *S-Clinico* que demonstraram que este foco é o mais registado entre os três seleccionados (tabela 1), foi decidido em conselho de peritos não intervir neste foco.

2.1.3. Definição de objetivos, metas e indicadores

De acordo com a finalidade do projeto – promover a VEDE na comunidade de enfermeiros do ACeS para a documentação dos focos de atenção selecionados de forma a contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde pública do ACeS, foram definidos os objetivos que visam os resultados que se pretendem atingir. De acordo com Tavares (1992) estes devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis.

Objetivo geral:

- Melhorar a gestão comunitária da comunidade de enfermeiros do ACeS para a VEDE nos focos “Ansiedade” e “Sono”.

Objetivos específicos:

OE1 – Melhorar a liderança comunitária: diminuir a proporção de membros da comunidade com percepção de conhecimento não demonstrado sobre Sistemas de Informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo de 84,42% para 64% (ganho em saúde de 20%);

OE2 – Melhorar a liderança comunitária: diminuir a proporção de membros da comunidade com percepção de conhecimento não demonstrado sobre o registo do foco "Ansiedade" de 76,62% para 45% (ganho em saúde de 30%);

OE3 – Melhorar o processo comunitário: diminuir a proporção de membros da comunidade com coping comunitário não efetivo relacionado com o registo do foco “Ansiedade” de 62,34% para 47% (ganho em saúde de 15%);

OE4 – Melhorar o processo comunitário: diminuir a proporção de membros da comunidade com coping comunitário não efetivo relacionado com o registo do foco “Sono” de 57,14% para 42% (ganho em saúde de 15%);

OE5 – Melhorar a liderança comunitária: diminuir a proporção de membros da comunidade com conhecimento não demonstrado sobre a existência de um ODE no ACeS de 51,95% para 8% (ganho em saúde de 44%);

OE6 – Melhorar a liderança comunitária: diminuir a proporção de membros da comunidade com percepção de conhecimento não demonstrado sobre o registo do foco "Sono" de 66,23% para 36% (ganho em saúde de 30%);

OE7 – Melhorar o processo comunitário: diminuir a proporção de membros da comunidade com coping comunitário não efetivo relacionado com formação em sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para documentação dos focos em estudo de 37,66% para 25% (ganho em saúde de 13%);

OE8 – Melhorar a participação comunitária: diminuir a proporção de membros da comunidade com percepção não demonstrada da existência de um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos Diagnósticos de Enfermagem de 77,92% para 28% (ganho em saúde de 50%);

OE9 – Melhorar a liderança comunitária: diminuir a proporção de membros da comunidade com conhecimento não demonstrado sobre a VEDE de 24,68% para 5% (ganho em saúde de 20%);

OE10 – Melhorar a liderança comunitária: diminuir a proporção de membros da comunidade com comportamento de adesão não demonstrado para avaliar frequentemente o foco “Ansiedade” de 62,34% para 42% (ganho em saúde de 20%);

OE11 – Melhorar a liderança comunitária: diminuir a proporção de membros da comunidade com comportamento de adesão não demonstrado para avaliar frequentemente o foco “Sono” de 51,95% para 32% (ganho em saúde de 20%).

Elencados os objetivos que traduzem o que se pretende atingir com o projeto, torna-se evidente a necessidade de definição das metas, que estabelecem um espaço cronológico para a reavaliação dos problemas, e dos indicadores que irão permitir a avaliação das intervenções delineadas.

Definição de metas

M1 – Diminuir a proporção de membros da comunidade com percepção de conhecimento não demonstrado sobre Sistemas de Informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo de 84,42% para 64%, até ao dia 30 de junho de 2023;

M2 – Diminuir a proporção de membros da comunidade com percepção de conhecimento não demonstrado sobre o registro do foco "Ansiedade" de 76,62% para 45% , até ao dia 30 de junho de 2023;

M3 – Diminuir a proporção de membros da comunidade com coping comunitário não efetivo relacionado com o registro do foco “Ansiedade” de 62,34% para 47%, até ao dia 30 de junho de 2023;

M4 – Diminuir a proporção de membros da comunidade com coping comunitário não efetivo relacionado com o registro do foco “Sono” de 57,14% para 42%, até ao dia 30 de junho de 2023;

M5 – Diminuir a proporção de membros da comunidade com conhecimento não demonstrado sobre a existência de um ODE no ACeS de 51,95% para 8%, até ao dia 30 de junho de 2023;

M6 – Diminuir a proporção de membros da comunidade com percepção de conhecimento não demonstrado sobre o registro do foco "Sono" de 66,23% para 36%, até ao dia 30 de junho de 2023;

M7 – Diminuir a proporção de membros da comunidade com coping comunitário não efetivo relacionado com formação em sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para documentação dos focos em estudo de 37,66% para 25%, até ao dia 30 de junho de 2023;

M8 – Diminuir a proporção de membros da comunidade com percepção não demonstrada da existência de um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos Diagnósticos de Enfermagem de 77,92% para 28%, até ao dia 30 de junho de 2023;

M9 - Diminuir a proporção de membros da comunidade com conhecimento não demonstrado sobre a VEDE de 24,68% para 5%, até ao dia 30 de junho de 2023;

M10 - Diminuir a proporção de membros da comunidade com comportamento de adesão não demonstrado para avaliar frequentemente o foco “Ansiedade” de 62,34% para 42%, até ao dia 30 de junho de 2023;

M11 - Diminuir a proporção de membros da comunidade com comportamento de adesão não demonstrado para avaliar frequentemente o foco “Sono” de 51,95% para 32% , até ao dia 30 de junho de 2023.

Indicadores

De acordo com a tríade de Donabedian (2003), os indicadores de qualidade em saúde podem ser de estrutura, processo e resultado. Os indicadores de estrutura, como o próprio nome indica, dizem respeito aos recursos físicos que influenciam as intervenções; os indicadores de processo estão relacionados com as intervenções executadas e, por fim, os indicadores de resultado que traduzem o impacto das intervenções executadas na comunidade. De seguida, apresenta-se os indicadores do projeto de acordo com as dimensões de diagnóstico em que os problemas se inserem.

Indicadores de Resultado:

Taxa de melhoria da Liderança Comunitária (P1, P2, P5, P6, P9, P10, P11)

IR1 – N.º de membros da comunidade com perceção de conhecimento não demonstrado sobre Sistemas de Informação com utilização da linguagem CIPE/ N.º Total de membros da comunidade avaliados X 100;

IR2 – N.º de membros da comunidade com perceção de conhecimento não demonstrado sobre o registo do foco "Ansiedade"/ N.º Total de membros da comunidade avaliados X 100;

IR5 – N.º de membros da comunidade com conhecimento não demonstrado sobre a existência de um ODE/ N.º Total de membros da comunidade avaliados X 100;

IR6 – N.º de membros da comunidade com perceção de conhecimento não demonstrado sobre o registo do foco "Sono"/ N.º Total de membros da comunidade avaliados X 100;

IR9 – N.º de membros da comunidade com conhecimento não demonstrado sobre a VEDE/ N.º Total de membros da comunidade avaliados X 100;

IR10 – N.º de membros da comunidade com comportamento de adesão não demonstrado para avaliar frequentemente o foco “Ansiedade” / N.º Total de membros da comunidade avaliados X 100;

IR11 – N.º de membros da comunidade com comportamento de adesão não demonstrado para avaliar frequentemente o foco “Sono” / N.º Total de membros da comunidade avaliados X 100.

Taxa de melhoria do Processo Comunitário (P3, P4, P7)

IR3 – N.º de membros da comunidade com coping comunitário não efetivo relacionado com o registo do foco “Ansiedade”/ N.º Total de membros da comunidade avaliados X 100;

IR4 – N.º de membros da comunidade com coping comunitário não efetivo relacionado com o registo do foco “Sono”/ N.º Total de membros da comunidade avaliados X 100;

IR7 – N.º de membros da comunidade com coping comunitário não efetivo relacionado com formação em sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE/ N.º Total de membros da comunidade avaliados X 100.

Taxa de melhoria da Participação Comunitária (P8)

IR8 – N.º de membros da comunidade com perceção não demonstrada da existência de um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos Diagnósticos de Enfermagem/ N.º Total de membros da comunidade avaliados X 100.

Indicadores de Processo:

Taxa de execução das sessões de formação sobre a VEDE nos focos “Ansiedade” e “Sono”:

IP1 – N.º de sessões planeadas/ N.º de sessões realizadas X 100;

Taxa de adesão à sessão de formação:

IP2 – N.º de membros da comunidade presentes na sessão / N.º Total de membros da comunidade previstos X 100.

Indicadores de Estrutura:

IE1 – Qualidade dos recursos materiais (computador, internet, projetor, câmara e microfone) para a realização das sessões de formação:

Muito Insatisfatório (-2); Insatisfatório (-1); Indiferente (0); Satisfatório (1); Muito Satisfatório (2).

2.1.4. Intervenção

O processo metodológico do planeamento em saúde sendo contínuo e dinâmico permite que, à medida que se executam as etapas, se reflita e aprofunde todas as outras levando à estruturação e planeamento das etapas seguintes. Daí que, após a priorização dos problemas verificou-se que a maioria se centrava no comprometimento da dimensão liderança comunitária, cinco relacionados com o conhecimento e dois com o comportamento de adesão, seguindo-se o coping comunitário não efetivo em três dos problemas e um relacionado com as estruturas organizativas não efetivas na dimensão participação comunitária. Uma vez que grande parte dos problemas priorizados dizem respeito à documentação dos focos “Ansiedade” e “Sono” com utilização da linguagem CIPE nos sistemas de informação utilizados, decidiu-se que a intervenção teria um enfoque nesta temática. Da análise feita à forma como atualmente é feito o registo destes focos, nomeadamente, dos critérios de diagnóstico sugeridos pelo sistema *S-Clinico*, optou-se por apresentar aos enfermeiros instrumentos de avaliação da ansiedade e do sono, validados para a população portuguesa, de forma a promover a reflexão e debate de forma a perceber quais as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no seu registo.

Após a fixação dos objetivos, metas e indicadores que definem o resultado que se quer atingir, descreve-se nesta etapa as utilizadas para a concretização das intervenções de enfermagem planeadas, tendo em conta os recursos existentes, nomeadamente, o tempo disponível para a elaboração e realização das mesmas.

De acordo com o método CENDES/OPAS de Ahumada et al (1965) citado por Melo (2020), adaptado por este último autor para o planeamento estratégico da intervenção em Enfermagem de Saúde Comunitária, determinaram-se as estratégias de intervenção, descritas em seguida.

Tabela 3 – Ciclo de planeamento das estratégias de intervenção.

| | |
|-----------------------|--|
| Objetivos específicos | OE1; OE2; OE3; OE4; OE6; OE7; OE9 |
| Técnicas | Ensinar sobre a utilização da linguagem CIPE, relacionada com a documentação no S-Clínico dos focos “Ansiedade” e “Sono” Informar sobre instrumentos de avaliação dos focos abordados, validados para a população portuguesa Promover o coping comunitário nos membros da comunidade para a documentação dos focos “Ansiedade” e “Sono” Advogar nos membros da comunidade estratégias para a documentação dos focos “Ansiedade” e “Sono” Ensinar sobre a VEDE Informar sobre os problemas prioritários e os determinantes de saúde do PLS do ACeS |
| Tarefas | Realizar 6 sessões de formação |
| Instrumentos/Recursos | Enfermeira aluna do mestrado/EEEC da USP/Interlocutora do ODE/Material audiovisual (projektor/computador, câmara, microfone, plataforma de videoconferência)/ sala de reuniões/ folha de registo de presenças/ registo de presenças online |
| Objetivos específicos | OE5; OE8 |
| Técnicas | Informar sobre a estrutura, missão e competências do ODE Informar sobre o regulamento interno do ODE Promover a participação comunitária através da apresentação dos membros da comunidade integrados na estrutura do ODE e do elemento de referência Otimizar a estrutura organizativa ODE |
| Tarefas | Realizar 6 sessões de formação Atualizar o regulamento interno Criar o manual de articulação do ODE com as demais UF do ACeS Formalizar o ODE |
| Instrumentos/Recursos | Enfermeira aluna do mestrado/EEEC da USP/Interlocutora do ODE/material audiovisual (projektor/computador, câmara, |

microfone, plataforma de vídeoconferência)/ sala de reuniões/ folha de registo de presenças presenciais/ registo de presenças online

Objetivos específicos OE10; OE11

Técnicas Incentivar a documentação dos focos “Ansiedade” e “Sono”
Advogar entre os membros da comunidade a importância da documentação dos focos “Ansiedade” e “Sono” na população do ACeS

Tarefas Apresentação e partilha de vídeos relativos à documentação destes focos no S-Clínico
Divulgação de instrumentos de apoio à documentação dos focos “Ansiedade” e “Sono”

Instrumentos/ Recursos Projetor/Internet/ vídeos/ e-mail

A partir destes ciclos foi construído um plano de sessão para a sessão de formação, apresentada no apêndice VIII.

O fator tempo teve um peso considerável na gestão dos recursos para a execução das intervenções. Foi decidido realizar uma sessão de formação, dividida em quatro partes: numa fase introdutória foi lembrado o enquadramento e contextualização do projeto; numa segunda parte foi apresentado o diagnóstico de situação através dos resultados do questionário submetido fazendo uma comparação com os dados de 2018, assim como do diagnóstico de saúde constante no PLS; a terceira parte englobou as intervenções relacionadas com o ensinar sobre a CIPE, a documentação dos focos “Ansiedade” e “Sono” e a VEDE, com propostas interativas, dinâmicas e reflexivas; e na quarta e última parte a apresentação do ODE e a sua importância na promoção da VEDE no ACeS [Apêndice IX].

Para promover a adesão à formação realizou-se a sessão em formato híbrido, simultaneamente presencial e online, tendo sido enviadas as convocatórias via e-mail

institucional, e no dia anterior a cada sessão foi disponibilizado e enviado pela mesma via o link para acesso à sessão por videoconferência. Foram reservadas as salas de reuniões dos centros de saúde de cada concelho nas datas e horários definidos, assim como, a requisição dos meios audiovisuais necessários.

Foram realizadas as seis sessões previstas, duas por cada concelho, tendo sido agendadas por cada concelho duas datas diferentes, uma no horário da manhã e outra no horário da tarde, de forma a aumentar a oportunidade para que os membros da comunidade pudessem estar presentes.

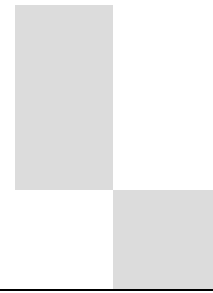
Foi ainda realizado, no âmbito do ODE, o manual de articulação deste com as demais UF do ACeS, como contributo para a otimização da comunicação e gestão dos processos [Apêndice X], e uma reunião com a coordenação e equipa de enfermagem da USP para apresentação do ODE, dos seus interlocutores e do regulamento interno e, para discussão de aspetos relacionados com a sua formalização no ACeS.

Apresenta-se, em baixo na tabela 4, o cronograma das atividades desenvolvidas no decorrer do estágio e conseqüentemente do projeto de intervenção.

Tabela 4- Cronograma de atividades.

| Etapas/Atividades | Set. 2022 | Out. 2022 | Nov. 2022 | Dez. 2022 | Jan. 2023 |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Reunião entre interlocutores do projeto para discussão do PLS e extração de dados do SIARS | | | | | |
| Reunião com a direção de Enfermagem do ACeS | | | | | |
| Extrair os dados e analisar a taxa de registo dos focos “Ansiedade”, “Sono” e “Uso de álcool” no período de janeiro 2019 a dezembro de 2021 | | | | | |
| Analisar a prevalência dos Diagnósticos de Enfermagem relacionados com os focos: “Ansiedade”, “Sono” e “Uso de álcool”, no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2021 | | | | | |
| Revisão Integrativa da Literatura: A influência da pandemia e guerra nos fenómenos “Ansiedade”, “Sono” e “Uso de álcool” na comunidade | | | | | |
| Revisão e atualização do questionário | | | | | |
| Reunião com a direção e membros dos CT das UF para apresentação e enquadramento do projeto no ACeS | | | | | |
| Aplicação do questionário sobre a VEDE a toda a comunidade de enfermeiros do ACeS | | | | | |
| Revisão do regulamento interno | | | | | |
| Elaboração do Manual de Articulação entre o ODE e as UF do ACeS | | | | | |
| Análise dos resultados e tratamento dos dados | | | | | |
| Priorização/Definição dos objetivos, metas e indicadores/Seleção das estratégias | | | | | |
| Preparação das sessões de formação | | | | | |

Sessão de formação à comunidade de enfermeiros do ACeS
Reunião com a coordenadora e enfermeiros da USP para apresentação do ODE
Elaboração do Relatório



2.1.5. Avaliação

O tempo previsto para a realização de algumas das atividades não foi cumprido devido a contratempos de conciliação de agendas e burocratismos, pelo que a reunião de apresentação e enquadramento do projeto aos membros da direção executiva do ACeS e aos Conselhos Técnicos (CT) das UF do ACeS, estando planeada para outubro só se concretizou em novembro, o que provocou atrasos nas etapas seguintes.

No entanto, foi possível, através da avaliação contínua em cada etapa do planeamento em saúde, tomar decisões no sentido de otimizar as estratégias para concretizar as intervenções. Uma das quais foi descrita anteriormente, na etapa do diagnóstico de situação, em que se optou por excluir a abordagem ao foco “Uso do álcool”, pelas razões indicadas.

Relativamente aos indicadores de processo, verificou-se que as sessões de formação apresentaram uma taxa de execução de 100%; e o número de presenças totais nas sessões de formação foi de 111 enfermeiros, dos quais 68 por videoconferência e 43 presencial constituindo uma taxa de adesão à sessão de formação de 71,15%. No entanto, poderá existir um viés devido ao cálculo da amostra não ter excluído os enfermeiros ausentes nesse período, podendo este valor ser superior.

O formato híbrido possibilitou uma maior adesão por parte dos membros da comunidade, no entanto, teria sido de todo benéfico para a reflexão e debate da problemática e do projeto que a presença em sala tivesse sido privilegiada, como foi de resto a intenção mencionada nas convocatórias.

Em relação aos indicadores de estrutura, a qualidade dos recursos materiais para a realização destas sessões de formação foi avaliada com pontuação 1 – nível satisfatório. Apesar de

todas as salas de reuniões dos três concelhos apresentarem as condições necessárias em termos de suporte audiovisual, este nem sempre funcionou adequadamente, o que provocou atrasos no início da sessão e, provavelmente, dificuldades na manutenção da atenção e foco dos participantes online.

A avaliação respeitante aos indicadores de resultado, será realizada no final do mês junho de 2023, como definido nas metas traçadas, através da re-aplicação do questionário para aferir o foco gestão comunitária. Deverá também ser efetuada a reavaliação do nível de empoderamento comunitário através da EAvEC, de forma a verificar o impacto das intervenções realizadas no aumento do empoderamento da comunidade ACeS para a VEDE.

CAPÍTULO III – DISCUSSÃO

Neste capítulo de discussão realizou-se a síntese do percurso descrito desde o enquadramento teórico, passando pelo processo de investigação até aos resultados (Ribeiro, 2010). Para cumprir este desiderato, o capítulo encontra-se estruturado em dois pontos: no primeiro foi analisado o desenvolvimento do projeto com enfoque nos desafios encontrados e nos avanços promovidos e no segundo uma reflexão crítica sobre as competências adquiridas no âmbito deste Mestrado com especialização em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

3.1. OS DESAFIOS E OS AVANÇOS

Ao longo do percurso realizado surgiram, inevitavelmente, obstáculos e desafios. Algumas dificuldades nos processos prolongaram no tempo a execução de determinadas atividades sendo possível, no entanto, redefinir estratégias e concretizar as intervenções planeadas, ficando somente a etapa da avaliação por concretizar. Apesar disso, e sendo este um projeto integrado numa estrutura como é o Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem, constituiu um importante impulsionador do seu desenvolvimento no ACeS.

Houve também dificuldades no acesso aos diagnósticos de enfermagem efetuados pelos enfermeiros do ACeS relativamente aos focos em estudo através da plataforma SIARS. Esta informação é fulcral para a formulação de um diagnóstico de enfermagem em saúde pública robusto, suportado em estudos epidemiológicos de dados produzidos pelos enfermeiros nas suas consultas.

Na fase de planeamento da intervenção, como descrito no ponto 2.1.4 do capítulo II, foram expressivas as dificuldades relacionadas com a documentação dos focos “Ansiedade” e “Sono” com utilização da linguagem CIPE no *S-Clinico*, entre a comunidade de enfermeiros

do ACeS. Alguns referiram, a título de exemplo, que estes focos não se encontram agregados aos programas de saúde no *S-Clinico*, ao contrário do que acontece com o foco “Uso do álcool” que, estando associado aos programas de saúde é automaticamente sugerido como foco de atenção do enfermeiro na sua consulta. Além disso, o foco “Uso do álcool” está parametrizado de acordo com a norma 030/2012 da DGS (Direção Geral da Saúde, 2012), segundo um algoritmo clínico, conferindo segurança ao enfermeiro quer no diagnóstico quer nas intervenções para dar resposta a esse diagnóstico, aconselhando inclusive, através de um alerta, potenciais referências para outras especialidades.

Seria importante em estudos futuros explorar as necessidades formativas específicas dos enfermeiros deste ACeS relacionadas com a documentação dos focos “Ansiedade” e “Sono” de forma a delinear estratégias eficazes que poderão, eventualmente, passar por desenvolver propostas de melhoria da parametrização do *S-Clinico* e fomentar uma prática de enfermagem alicerçada na utilização de instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa, contribuindo para uma maior robustez dos diagnósticos de enfermagem dos indivíduos, famílias e comunidades.

Ainda no contexto dos SIE, é notória a falta de investimento nos recursos informáticos e na sua interoperabilidade. O sistema de registo *S-Clinico* utilizado pelos enfermeiros em CSP para a documentação dos seus cuidados aos utentes revela-se pouco “amigável” do ponto de vista do utilizador, com formatos obsoletos numa era digital cada vez mais desenvolvida, o que provoca na comunidade de enfermeiros desgaste e desmotivação. Além disso, seria também importante a integração dos referenciais teóricos, como o MAIEC, nos programas de documentação através da parametrização da sua matriz de decisão clínica, para que os EEEC na área da ESCSP das USP possam documentar a sua atividade de acordo com o processo de enfermagem e ainda, gerir e otimizar a informação produzida pelos enfermeiros do ACeS. Sem dúvida que estudos que identifiquem as experiências dos enfermeiros na utilização destas ferramentas e as suas dificuldades na documentação dos dados resultantes da sua atividade, desde o diagnóstico à avaliação das intervenções, bem como, da gestão da informação existente relativa a um cliente nas diversas ferramentas de registo, são necessários e benéficos para a otimização da informação e tratamento dos dados com impacto numa melhor tradução da “fotografia epidemiológica” da população que contribuirá para uma melhor gestão de programas e projetos.

As sessões de formação decorreram em formato híbrido, verificando-se uma maior adesão ao formato online em relação ao presencial, contrariamente ao que tínhamos idealizado, para fomentar o debate, reflexão e partilha de experiências. Possibilitou, no entanto, uma elevada taxa de adesão o que poderá ter contribuído para uma maior consciencialização da importância da documentação dos focos para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem e do seu inquestionável contributo para os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, repercutindo-se no aumento do empoderamento nesta temática.

Em relação ao ODE, foram dados importantes passos para a sua formalização no ACeS. Nas sessões de apresentação foi dado a conhecer a estrutura, missão, finalidade e competências do ODE, bem como os interlocutores e elemento de referência no ACeS. Foi ainda desenvolvido o manual de articulação como contributo para a melhor gestão de processos, nomeadamente, no que diz respeito à comunicação entre todas as estruturas orgânicas que compõe o ACeS com relação ao ODE.

A reunião com a equipa da USP foi fundamental para demonstrar as vantagens de uma estrutura como o ODE no ACeS de modo a promover a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem, contribuindo para um diagnóstico de saúde pública robusto com a visão da Enfermagem.

3.2. A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A complexidade da disciplina de Enfermagem e os desafios dos cuidados à comunidade como cliente exigem dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária na área da ESCSP, competências em vários domínios. Neste ponto do relatório realizar-se-á uma análise das competências específicas enunciadas no artigo 2.º do Regulamento N.º 428 de 2018 (Diário da República, 2018) e dos seus critérios de avaliação com as atividades desenvolvidas ao longo do estágio.

Desde logo, dando cumprimento à primeira alínea (a) das competências específicas regulamentadas, o enfermeiro deve possuir conhecimentos e habilidades que permitam a aplicação da metodologia do planeamento em saúde para realizar uma avaliação do estado de saúde da população. Ao longo do estágio e do desenvolvimento deste projeto foi evidente

a importância desta metodologia no processo de tomada de decisão, que possibilitou, tendo em conta os critérios de avaliação relativos a esta unidade de competência, o seguinte:

- Proceder à formulação do diagnóstico de situação da comunidade alvo de atenção, tendo em conta os determinantes de saúde dos problemas prioritários da população da área de abrangência em que a comunidade se integra;
- Estabelecer as prioridades através de critérios objetivos como o método CENDES/OPAS;
- Integrar na tomada de decisão as necessidades da comunidade e ajustar aos recursos existentes através da definição de objetivos, metas e indicadores mensuráveis e robustos;
- Conceber estratégias adequadas aos recursos da comunidade e inerentes ao projeto de estágio como, por exemplo, o tempo disponível para a sua execução;
- Conceber, planear e executar as intervenções para os problemas identificados, assegurando a partilha de conhecimento alicerçado na evidência científica.

Na alínea b) do regulamento é referido o contributo para o processo de capacitação de grupos e comunidades. Sendo este um projeto de empoderamento comunitário (como processo e como resultado), em que empoderamento é definido como a “*delegação de autoridade na comunidade para tomar decisões sobre a resolução dos seus próprios problemas*” (Melo, 2020, pág. 37), a capacitação dos enfermeiros para a promoção da VEDE na documentação dos focos de atenção de enfermagem selecionados, constituiu uma intervenção contributiva para incrementar o seu empoderamento.

Como unidade de competência o regulamento refere que o enfermeiro deve integrar conhecimentos de várias disciplinas, nomeadamente, da educação e das ciências humanas e sociais. De facto, na elaboração dos planos de sessão das formações e das próprias sessões de formação foram utilizadas estratégias alicerçadas em métodos e técnicas pedagógicas, com o intuito de melhorar o processo de promoção do conhecimento e capacitação da comunidade para a temática abordada. Isto vem corroborar o referido na introdução deste ponto sobre a complexidade dos cuidados à comunidade, exigindo ao EEEEC na área da ESCSP o domínio de diversas áreas de diversas disciplinas, incluindo como referido, estratégias pedagógicas e comunicacionais, importantes para o sucesso das suas intervenções.

A liderança e o trabalho em equipa são essenciais e de importância transversal à atividade do EEEC. A coordenação de programas e projetos, competência enunciada na alínea c) do regulamento em análise, exige ao enfermeiro o desenvolvimento destas capacidades de forma a potenciar o alcance dos resultados pretendidos. No decorrer do estágio foi clara e evidente a necessidade dos enfermeiros desenvolverem estilos de liderança que propiciem um bom ambiente e trabalho de equipa, tendo sido desenvolvidas competências sociais e interpessoais importantes para fomentar a motivação e o envolvimento de todos os intervenientes como membros integrantes e impulsionadores do projeto.

Por último, a alínea d) refere-se à realização e cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico e é descrita como *“um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos saúde-doença”* (República Portuguesa, 2018, pág. 19357). A partir da USP, são realizados dois documentos importantes na avaliação dos problemas de saúde da população da sua área de abrangência: o Diagnóstico Local de Saúde e o Plano Local de Saúde (ainda muito centrados nas doenças). A partir deles é possível realizar a definir e estruturar os programas e projetos a desenvolver.

Da análise destes documentos, foram determinados em conselho de peritos os focos de Enfermagem a abordar, do ponto de vista epidemiológico, no projeto de promoção da VEDE. Por dificuldades na extração de dados do SIARS, já descritas anteriormente, não foi possível estudar os diagnósticos de enfermagem relacionados em estes focos, como por exemplo: “Ansiedade presente”; “Sono comprometido” e/ou “Insónia presente”, na população do ACeS, que permitisse avaliar as taxas de incidência e prevalência. Não obstante, foram dados contributos para a melhoria da gestão comunitária dos enfermeiros do ACeS para a sua documentação e, assim possibilitar que a partir dos diagnósticos realizados pelos enfermeiros das diferentes UF, o EEEC na área da ESCSP a partir da USP possa realizar a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem e efetuar o diagnóstico de enfermagem em saúde pública.

Há uma relação estreita entre todas as competências enunciadas no modo como o desenvolvimento e aprofundamento de cada uma delas se influenciam entre si. De facto, o estágio foi um processo que exigiu a mobilização de saberes, habilidades e competências, basilares para a excelência profissional que se pretende exercer.

CONCLUSÃO

De uma forma global, foram dados inequívocos contributos para a melhoria da gestão comunitária da comunidade de enfermeiros de um ACeS, para a promoção da VEDE com epicentro na USP. Foram aprofundados conhecimentos teóricos e práticos descritos neste relatório, com enfoque na aplicação da metodologia do planeamento em saúde e no MAIEC como referencial teórico. Com base na matriz de decisão clínica do MAIEC, foram realizadas intervenções para a melhoria da gestão comunitária e capacitação dos enfermeiros do ACeS para a VEDE, com vista ao aumento do empoderamento comunitário, como processo e como resultado. O processo de tomada de decisão em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública foi alicerçado no planeamento em saúde, desde o diagnóstico de situação à execução, e na matriz de decisão clínica do MAIEC.

Em suma, este percurso e o estágio em particular, contribuíram para a construção e consolidação de saberes, treino de habilidades no âmbito da investigação científica, revelando-se uma experiência desafiante, mas transformadora. É incontestável o seu contributo para o incremento de uma prática profissional mais rigorosa, fundamentada na melhor evidência científica à luz da atualidade, perspetivando-se um futuro de contínuo crescimento da especialidade de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, basilar para a consecução do objetivo primordial de melhoria da saúde da população.

Com empenho, rigor e zelo pelos mais elevados padrões de qualidade, foi percorrido este caminho na concretização dos objetivos que possibilitaram a aquisição das competências académicas, profissionais e especializadas exigidas para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bastos, J. (2018). *Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem: Um projeto de empoderamento comunitário num ACeS do Porto*. Relatório de estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária. Universidade Católica Portuguesa.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2006). *Principles of epidemiology in public health practice: an introduction to applied epidemiology and biostatistics*. (3rd ed.). U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/ss1978.pdf>

Chen, J., Farah, N., Dong, R. K., Chen, R. Z., Xu, W., Yin, J., Chen, B.Z., Delios, A. Y., Miller, S., Wan, X., Ye, W. & Zhang, S. X. (2021). *Mental Health during the COVID-19 Crisis in Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis*. International Journal of Environmental Research and Public Health. 18. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010604>

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2012). *Deteção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool*. Norma nº 030/2012 de 28/12/2012.

Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality assurance in Health Care*. Oxford University Press.

Fernandes, C. (2019). *Enfermagem Comunitária e MAIEC: um projeto de empoderamento para a vigilância epidemiológica*. Relatório de estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária. Universidade Católica Portuguesa.

Ferreira, L. (2019). *A vigilância epidemiológica em enfermagem e o empoderamento comunitário*. Relatório de estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária. Universidade Católica Portuguesa.

Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Uma abordagem Colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Lusociência.

Fortin, M. F., Côte, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.

Frérot, M., Lefebvre, A., Aho, S., Callier, P., Astruc, K., & Glélé, L. S. A. (2018). *What is epidemiology? Changing definitions of epidemiology 1978-2017*. PLoS ONE 13(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208442>

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3.^a ed). Escola Nacional de Saúde Pública.

Justo, A. A., García, D. A., González, V. A. I., Sánchez, M. M., & Río, C. L. (2020). *How did Different Generations Cope with the COVID-19 Pandemic? Early Stages of the Pandemic in Spain*. *Psicothema*. 32(4), 490-500. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.168>

Last, J. (2001). *A dictionary of Epidemiology*. (4rd ed.). Oxford University Press.

Laverak, G. (2008). *Promoção da Saúde - Poder e Empoderamento*. Lusodidacta.

Melo, P., Teixeira, A., Fernandes, C., Ferreira, L. V., Santos, S., Sousa, I., Pereira, A., Ferreira, A., Maciel, C., Pinto, D., Pinto, C., Sousa, S., Cardoso, T., Telles de Freitas, C. & Dimande, M. (2020). *Tradução para português e validação cultural da Empowerment Assessment Rating Scale*. Suplemento digital Revista ROL Enfermagem 43(1). <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/29304>

Melo, P. M. A., Silva, R. C. G., & Figueiredo, M. H. S. J. (2018). *Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo*. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol. Série IV. N.º 19. 81-90. <https://doi.org/10.12707/RIV18045>

Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel.

República Portuguesa. (2013). *Quinta alteração do Decreto-Lei N.º 28/2008 – Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde*. Decreto-Lei N.º 137. Diário da República, 1.^a Série, N.º 193.

República Portuguesa. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar*. Regulamento n.º 428/2018 Diário da República, 2.ª série — N.º 135.

República Portuguesa. (2020). *Regulamenta a aplicação do estado de emergência decretado pelo Presidente da República*. Diário da República n.º 57/2020, 1º Suplemento, Série I. 5-17.

Ribeiro, J. L. P. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. (3.ª ed.). Livpsic – Psicologia.

Saha, K., Torous, J., Caine, E. D. & De Choudhury, M. (2020). *Psychosocial Effects of the COVID-19 Pandemic: Large-scale Quasi-Experimental Study on Social Media*. Journal of medical Internet research. 22 (11). <https://doi.org/10.2196/22600>

Santos, S. (2019). *O empoderamento comunitário para a vigilância dos diagnósticos de enfermagem*. Relatório de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária. Universidade Católica Portuguesa.

Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. (2.ª ed.). Cadernos de Formação N.º 2.

Teixeira, A. (2019). *A vigilância epidemiológica de diagnósticos de enfermagem*. Relatório de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária. Universidade Católica Portuguesa.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Revisão integrativa da literatura: “O impacto da pandemia e da guerra nos fenómenos “Ansiedade”, “Sono” e “Uso do álcool” na comunidade”

O impacto da pandemia e da guerra nos fenómenos “ansiedade”, “sono” e “uso do álcool” na comunidade

The impact of the pandemic and the war on the phenomena “anxiety”, “sleep” and “alcohol use” in the community

RESUMO

Introdução: Em março de 2020 foi declarada a pandemia por Covid-19 pela OMS. Passados dois anos surge a guerra na Ucrânia. Vários estudos têm avaliado o impacto da pandemia na saúde mental das populações.

Objetivos: Esta revisão tem como objetivo averiguar se os contextos atuais de pandemia e guerra têm impacto nos fenómenos “ansiedade”, “sono” e “uso do álcool” na comunidade.

Materiais e Métodos: Realizou-se uma pesquisa na plataforma EBSCOhost com recurso às bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Database of Systematic Reviews e MedicLatina, no mês de Setembro de 2022, com os termos: “ansiedade”, “sono”, “uso do álcool”, “pandemia”, “guerra”, “comunidade”. Foram incluídos nesta revisão 6 artigos.

Resultados: A ansiedade foi o fenómeno mais relatado entre os estudos, verificando-se um aumento na população adulta no contexto da pandemia, nomeadamente no período de quarentena. Problemas do sono aumentaram em 22% da população sendo maior nos mais jovens. Um estudo apresentou taxas de prevalência de insónia de 28% na população adulta durante a pandemia.

Em relação ao uso do álcool obtivemos dados controversos. No período de pandemia um estudo demonstrou um aumento do consumo de álcool em 10,7% nos adultos, enquanto que no estudo do impacto da crise económica de 2008 na saúde verificou-se um decréscimo no consumo de álcool entre a população adulta durante e após a crise. Mudanças sócio-económicas e preocupações como futuro aumentam a ansiedade na população.

Conclusão: Esta revisão demonstrou que a pandemia afetou a saúde das populações nos fenômenos “ansiedade”, “sono” e “uso do álcool”. Não encontramos estudos sobre o impacto da guerra na saúde da população geral, pelo que sugerimos a sua realização. E alertamos para a importância do estudo dos efeitos da divulgação de imagens da guerra nos *media* nos fenômenos abordados.

Palavras-chave: Ansiedade; Sono; Uso do álcool; Pandemia; Guerra; Comunidade.

ABSTRACT

Introduction: In March 2020, the WHO declared a Covid-19 pandemic. Two years later outbreaks war in Ukraine. Several studies have evaluated the impact of the pandemic on the mental health of populations.

Objetives: This review aims to verify whether the current contexts of pandemic and war have an impact on the phenomena “anxiety”, “sleep” and “alcohol use” in the community.

Materials and Methods: A search was carried out on the EBSCOhost platform using the CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Database of Systematic Reviews and MedicLatina databases, in September 2022, with the terms: “anxiety”, “sleep”, “alcohol use”, “pandemic”, “war”, “community”. Six articles were selected and included in this review.

Results: Anxiety was the most reported phenomenon among the studies, with an increase in the adult population in the context of the pandemic, namely in the quarantine period. Sleep problems increased in 22% of the population, being higher in younger people. One study reported insomnia prevalence rates of 28% in the adult population during the pandemic. Regarding the use of alcohol, we obtained controversial data. During the pandemic period, a study showed an increase in alcohol consumption by 10.7% in adults, while in the study of the impact of the 2008 economic crisis on health, there was a decrease in alcohol consumption among the adult population during and after the crisis. Socio-economic changes and worries about the future increase anxiety in the population.

Conclusion: This review demonstrated that the pandemic affected the health of populations in terms of “anxiety”, “sleep” and “alcohol use”. We did not find any studies on the impact of war on the health of the general population, which is why we suggest that they be carried out. And we draw attention to the importance of studying the effects of the dissemination of war images in the media on the phenomena addressed.

Keywords: Anxiety; Sleep; Alcohol use; Pandemic; War; Community.

Introdução

Dois eventos relevantes para a saúde pública surgiram nos dois últimos anos. Em março de 2020 a pandemia por Covid-19 e mais recentemente, no final de fevereiro de 2022, a guerra na Ucrânia.

A necessidade de mitigar a propagação da Covid-19 entre a população levou o governo português, à semelhança do sucedido noutros países, a aplicar medidas restritivas como o confinamento geral, a obrigatoriedade do teletrabalho sempre que este fosse possível, o uso obrigatório de máscara e o

distanciamento social.¹ Vários estudos têm avaliado fenómenos de saúde pública relacionados com a pandemia, sobretudo na saúde mental das populações.²⁻⁶ Segundo o relatório mundial de saúde mental da OMS a pandemia criou uma crise global para a saúde mental e as estimativas indicam o aumento de transtornos de ansiedade e depressão em mais de 25% da população, durante o primeiro ano da pandemia.⁷ Em Portugal as doenças mentais, incluindo as perturbações da ansiedade, têm vindo a aumentar desde 2011, sendo um dos objetivos nacionais constante no Plano Nacional de Saúde Mental 2017 aumentar em 25% o registo de utentes com ansiedade entre os cidadãos ativos nos Cuidados de Saúde Primários.⁸

Estudos internacionais de revisão sistemática e meta-análise sobre os sintomas de doença mental na população evidenciaram taxas elevadas de prevalência de ansiedade, depressão e insónia durante a pandemia Covid-19.^{2,3} O estudo da relação entre estes dois fenómenos: “ansiedade” e “sono” tem demonstrado que pessoas com distúrbios de ansiedade apresentam problemas com o sono e intervenções que melhorem a qualidade do sono reduzem os níveis de depressão e ansiedade.⁹⁻¹¹ Também o uso do álcool tem sido associado aos fenómenos de ansiedade e sono evidenciando uma relação entre o aumento do consumo de álcool e níveis elevados de ansiedade e problemas do sono.¹²⁻¹⁴ Em Portugal, segundo dados da OCDE, o consumo de álcool em idade adulta tem diminuído gradualmente (de 11,3 litros em 2010 para 10,4 litros em 2019), continuando ligeiramente acima da média da UE (10,1 litros).¹⁵

Num mundo a recuperar do impacto da pandemia surge a crise ucraniana considerada um dos três “*stressores globais*”, a par da pandemia de COVID-19

e das alterações climáticas, com potencial impacto na saúde das populações.¹⁶ Os conflitos armados e contextos de terrorismo repercutem-se no quotidiano das pessoas alterando hábitos e comportamentos. Segundo declarações do Secretário-Geral da ONU, “o mundo enfrenta hoje o maior número de conflitos violentos desde o fim da Segunda Guerra Mundial, em 1945, data também da criação da ONU. Ao todo, 25% dos habitantes do mundo estão em áreas afetadas por conflitos”.¹⁷ A par deste aumento tem-se verificado também um rápido desenvolvimento tecnológico, permitindo a transmissão praticamente em “tempo real” de eventos de guerra através de diversas plataformas de *social media*, potenciando fenómenos de ansiedade e medo, particularmente, nos adolescentes e jovens adultos.^{18,19} O que tem acontecido relativamente ao mais recente conflito armado no leste da Europa com a invasão do território ucraniano pelas forças militares russas, a 24 de fevereiro de 2022.^{20,21}

Esta revisão tem como objetivo averiguar se os contextos atuais de pandemia e guerra têm impacto nos fenómenos “ansiedade”, “sono” e “uso do álcool” na comunidade.

Materiais e métodos

Foi realizada uma pesquisa na plataforma EBSCOhost com recurso às bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Database of Systematic Reviews e MedicLatina, no mês de Setembro de 2022. Através da pesquisa booleana com os termos: “*ansiedade*”, “*sono*”, “uso do álcool”, “pandemia”, “guerra”, “comunidade”, obtiveram-se 177 artigos. Aplicados filtros: temporal para os últimos dois anos; texto completo disponível; revisto por especialistas; em inglês; resultando numa amostra de 62 artigos. Destes foram selecionados os artigos com assunto no cabeçalho principal: covid-19; pandemia; saúde mental; distúrbios de stress; pós-traumático, obtendo-se 23 artigos. Realizada a leitura dos 23 títulos, tendo sido excluídos 17: 15 por amostra não representativa; 1 por assunto não relevante e 1 por tipo de artigo inadequado. Obteve-se uma amostra de 6 artigos que foram analisados e integrados nesta revisão.

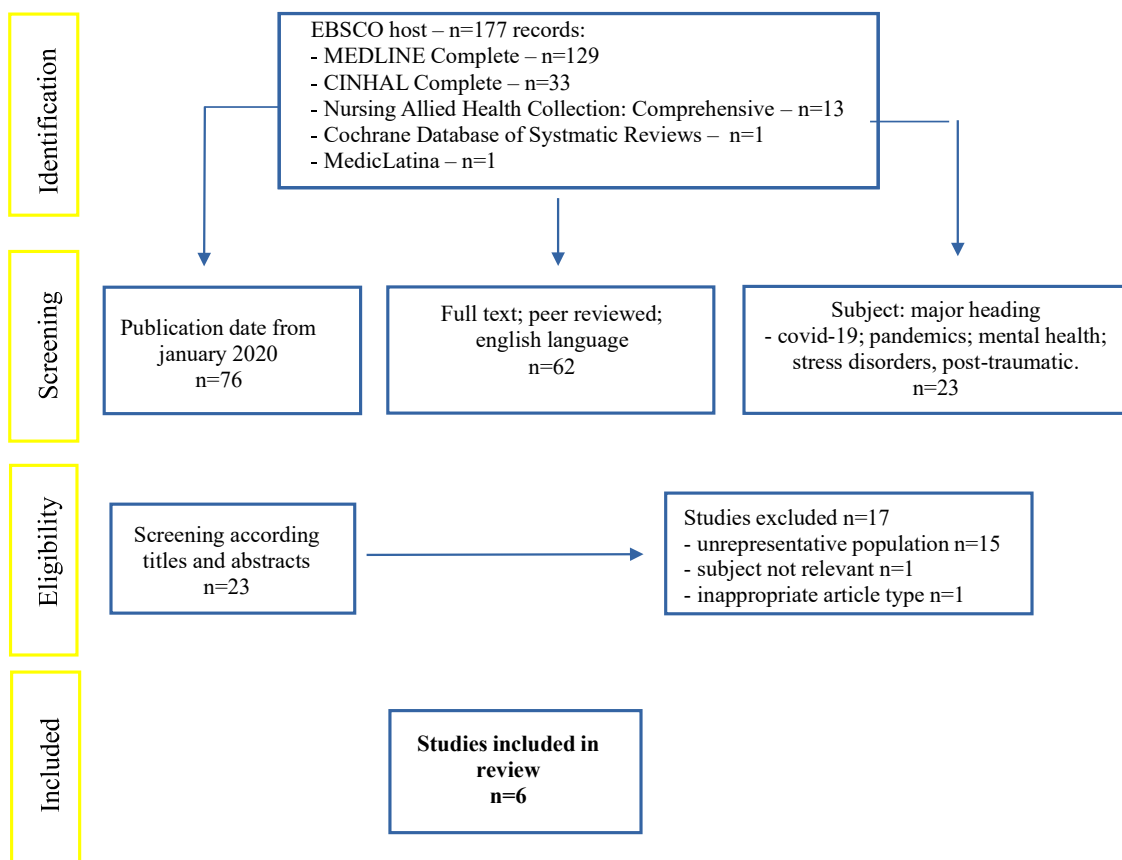


Figura 1. Diagrama PRISMA.

Resultados

Conforme demonstra a Figura 1, foram incluídos 6 estudos: três dos estudos constituem revisões sistemáticas de literatura, uma das quais com meta-análise e outra de estudos qualitativos; dois estudos transversais e um estudo quase-experimental. As principais características dos diferentes estudos encontram-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Características dos estudos selecionados

| Características | Artigo 1 [2] | Artigo 2 [22] | Artigo 3 [23] | Artigo 4 [24] | Artigo 5 [5] | Artigo 6 [6] |
|----------------------|--|--|---|---|---|--|
| População | 28 estudos/32 amostras total: 15,071 participantes; população geral (7245/46,8%) | 31 estudos - população acima dos 15 anos (25) ; menor de 15 anos (6) | 13 estudos qualitativos Adultos com idade superior a 18 anos. | 1004 população adulta; idades: 18-88 anos 50,7% mulheres | 3524 participantes 18-79 anos 74,2% mulheres | 60 milhões de posts na plataforma Twitter* (comparado com 40 milhões de posts num período pré-covid). |
| Outcome | | | | | | |
| Ansiedade | Prevalência de Ansiedade foi de <u>37% em 27 estudos</u> | | Aumento da ansiedade por: - mudanças socioeconómicas - preocupações sobre o futuro - consequências económicas reais experimentadas stresse, preocupação, medo, irritabilidade, mágoa, frustração, raiva, tédio, inutilidade, vergonha, tristeza e depressão | 19,3% mudaram para estilo de vida saudável por medo/ ansiedade r/c contrair covid e stress r/c situação financeira. 12,3% mudaram para estilo de vida não saudável – por stress com a saúde, equilíbrio trabalho/casa. | 32% tinha diagnóstico prévio de problemas mentais, sobretudo ansiedade e depressão. 18-45 maior ansiedade e stress durante a quarentena | Expressões de sintomas de saúde mental (relativas à covid-19) aumentaram 14% : expressões sintomáticas com significante aumento foi a Ansiedade em 21,32% seguindo-se a ideação suicida (19,73%), depressão (10,18%) e stress (3,76%). |
| Sono | Taxa de prevalência de Insónia foi de <u>28% em 9 estudos</u> | | | | - 22% referiu estar a sofrer de problemas de sono. - 32,8% dos 18-25 25,7% dos 26-33 aumento dos distúrbios do sono durante a quarentena; - 71,6% 34-45 76,9% 46-60 mantiveram horário do sono - 11,1% dos 18-25 anos + 9,3% dos 34-45 anos reportaram significantes perturbações das rotinas de sono. | |
| Uso do álcool | | <u>Estudos que abordaram o consumo de álcool n=15</u> (dos n=4 portugueses nenhum abordava o consumo de álcool). <u>Decréscimo do consumo de álcool durante e após a crise nos adultos</u> (Espanha, Grécia e Itália) Apenas um estudo mostrou um <u>aumento no consumo pesado de álcool durante a crise entre os indivíduos com o nível de escolaridade mais baixo.</u> | | | 18-25 (30,6%) beberam menos álcool; <u>34-45 (10,7%) beberam mais álcool</u> do que habitualmente. | |
| Amostra/País | 12 países africanos | Espanha 19 Itália 6 Grécia 6 Portugal 4 Multicenter 2 | Reino Unido 5 Portugal 3 Espanha 2 Suécia 1 Canadá 1 EUA 1 | Holanda | Espanha (Andalucia, Madrid e galicia) | E.U.A. |

| | | | | | | |
|------------------------|-----------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|---------------------|--|
| Desenho | Coorte 1 Transversais 27 | Transversais 31 | Estudos Qualitativos | Transversal | Transversal | Quase-Experimental |
| Data colheita de dados | 1 de fev 2020/ 6 fev 2021. | 2011-2020 | 2008-2020 | 22-27 maio 2020 | 23-28 março de 2020 | Março e Maio 2020 (comparando com período entre setembro 2018 e agosto 2019) |

A ansiedade foi o fenómeno mais relatado (em cinco dos seis estudos analisados) em oposição ao sono e uso do álcool. Verificou-se que a ansiedade aumentou na população adulta no contexto da pandemia, nomeadamente no período de quarentena.⁵ Um estudo demonstrou ainda que mudanças sócio-económicas e preocupações com o futuro levaram a um aumento da ansiedade.²³ O sono foi relatado em dois dos estudos. Numa revisão sistemática realizada com o objetivo de avaliar a prevalência destes fenómenos na população adulta africana durante a Covid-19, verificou-se uma taxa de prevalência de insónia de 28%.² Num outro estudo realizado com o objetivo de avaliar o papel da idade nas respostas psicológicas precoces à pandemia numa amostra da comunidade espanhola, demonstrou que 22% da população referiu ter problemas do sono, sendo os jovens adultos dos grupos etários 18-25 e 26-33 anos os que apresentaram maior aumento dos distúrbios do sono, 32,8% e 25,7%, respetivamente.⁵

Em relação ao uso do álcool, este fenómeno foi referido em dois dos estudos selecionados, tendo-se verificado um aumento do consumo de álcool em 10,7% da amostra na faixa etária entre os 34-45, enquanto na faixa etária dos 18 aos 25 anos 30,6% referiu ter bebido menos.⁵ No estudo do impacto da crise económica de 2008 na saúde verificou-se um decréscimo no consumo de álcool entre a população adulta durante e após a crise.²²

Discussão

Em relação ao contexto pandémico foi demonstrado o seu impacto na saúde mental das populações, nomeadamente no que concerne ao foco “ansiedade”. Apesar de um estudo ter demonstrado mudanças para um estilo de vida mais saudável na população este relacionava-se com sintomas de ansiedade e preocupação de contrair o coronavírus.²⁴ A ansiedade foi também o sintoma mais expresso em *posts* de uma rede social analisada com um aumento de 21,32% comparativamente como período pré-pandemia enquanto outras expressões de saúde mental que incluíam depressão, stress e ideação suicida tiveram um aumento de 14%.⁶ Verificou-se ainda, numa meta-análise, que adultos africanos sofrem mais de depressão (45%) e ansiedade (37%) do que insónia (28%) enquanto que em adultos espanhóis, as taxas de prevalência agrupadas de sintomas de ansiedade, depressão e insónia foram de 34%, 36% e 52%, respetivamente, sendo a insónia mais prevalente entre a população espanhola, conforme o encontrado também na nossa revisão.^{2,3,5} De

facto, em relação ao foco “sono”, constatamos na literatura que aproximadamente 40% da população geral apresentou distúrbios do sono durante a pandemia.²⁵ Num estudo que pretendeu caracterizar o impacto da pandemia em pessoas com mais de 60 anos em Portugal, 30% dos inquiridos considerou que o sono piorou desde o início da pandemia e 80% referiu um aumento da ansiedade e nervosismo.²⁶ Outro estudo da população idosa em Portugal demonstrou que níveis de depressão e ansiedade baixos relacionavam-se com melhores níveis de qualidade do sono. Embora esta população tenha mantido a mesma quantidade de horas de sono pré-pandemia, houve uma variação negativa em relação a alguns parâmetros como a latência do sono, a qualidade do sono, os despertares e a eficiência do sono, demonstrando que a pandemia afetou o sono dos idosos.²⁷

Relacionado com o foco “uso do álcool”, verificou-se que em cenários de recessão económica o consumo de álcool diminuiu durante e após a crise, embora esta revisão tenha identificado um estudo em Espanha que evidenciou um aumento no consumo pesado de álcool durante a crise entre os indivíduos com o nível de escolaridade mais baixo.^{22,28} Este achado é corroborado por estudos na população portuguesa sobre comportamentos aditivos durante a pandemia, que evidenciaram um aumento do padrão de consumo de álcool nos indivíduos desempregados, com maior stress e padrões prévios de consumo mais frequente.^{14,29}

Não encontramos na nossa pesquisa estudos sobre o impacto da guerra e/ou conflitos armados na saúde da população geral adulta, apenas na população adolescente/jovem.^{18,19}

Conclusão

Esta revisão demonstrou que a pandemia afetou a saúde das populações nos fenómenos “ansiedade”, “sono” e “uso do álcool”. Demonstrou que contextos de recessão económica favorecem o aumento das desigualdades sócio-económicas provocando impacto quer na saúde mental da população, quer na adoção de estilos de vida pouco saudáveis. Assim, são os mais desfavorecidos que merecem maior atenção pela sua vulnerabilidade aos efeitos adversos destes contextos.

Mais estudos devem ser realizados com o intuito de elucidar sobre o impacto destes eventos nos vários processos e dimensões da pessoa e comunidades. Sugere-se ainda a realização de estudos sobre o impacto da divulgação nos *media* de fenómenos de guerra na população portuguesa.

Referências

1. República Portuguesa. Declaração do estado de emergência efetuada pelo Decreto do Presidente da República n.º 14-A/2020, de 18 de março. Decreto n.º 2-A/2020 de 20 de março. *Diário da República*, 1.ª Série, N.º 57, de 20 de março de 2020. Disponível em: [Diário da República n.º 57/2020, 1º Suplemento, Série I de 2020-03-20](#)
2. Chen J, Farah N, Dong RK, et al. Mental Health during the COVID-19 Crisis in Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*[Internet]. 2021 out 10 [citado 2022 dez 16]; 18(20), 10604. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/20/10604>. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph182010604>
3. Chen RZ, Zhang SX, Xu W, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis on Mental Illness Symptoms in Spain in the COVID-19 Crisis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2022 jan 17 [citado 2022 dez 16]; 19(2): 1018. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/2/1018>. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19021018>
4. Rodríguez-De Avila UE, Rodrigues-De França F, Simões MFJ. Impacto psicológico y calidad del sueño en la pandemia de COVID-19 en Brasil, Colombia y Portugal. *Duazary* [Internet]. 2021 maio 25 [citado 2022 dez 16]; 18(2): 120–130. Disponível em: <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/4074/2976>. DOI: <https://doi.org/10.21676/2389783X.4074>
5. Justo-Alonso A, García-Dantas A, González-Vásquez AI, et al. How did Different Generations Cope with the COVID-19 Pandemic? Early Stages of the Pandemic in Spain. *Psicothema* [Internet]. 2020 [citado 2022 dez 16]; 32 (4): 490-500. Disponível em: <https://www.psicothema.com/pi?pii=4627>. DOI: <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.168>
6. Saha K, Torous J, Caine ED, De Choudhury M. Psychosocial Effects of the COVID-19 Pandemic: Large-scale Quasi-Experimental Study on Social Media. *J Med Internet Res* [Internet]. 2020 nov 24 [citado 2022 dez 16]; 22(11): e22600. Disponível em: <https://www.jmir.org/2020/11/e22600/>. DOI: 10.2196/22600

7. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 jun 16 [citado 2022 dez 10]. ISBN 978-92-4-004933-8. Disponível em:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
8. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde Mental 2017 [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2017 out [citado 2022 dez 10]. Disponível em: https://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/11/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf
9. Dutcher CD, Dowd SM, Zalta AK, et al. Sleep quality and outcome of exposure therapy in adults with social anxiety disorder. *Depress Anxiety* [Internet]. 2021 Nov [citado 2022 dez 16]; 38(11):1182-1190. Disponível em:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.23167>. DOI:
<https://doi.org/10.1002/da.23167>
10. Horenstein A, Morrison AS, Goldin P, et al. Sleep quality and treatment of social anxiety disorder. *Anxiety Stress Coping* [Internet]. 2019 Jul [citado 2022 dez 16]; 32(4):387-398. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10615806.2019.1617854>. DOI: <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1617854>
11. Scott AJ, Webb TL, Martyn-St James M, et al. Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Medicine Reviews* [Internet]. 2021 dez [citado 2022 dez 10]; 60(11): 1182-1190. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1087079221001416>. DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101556>
12. Chueh KH, Guilleminault C, Lin CM. Alcohol Consumption as a Moderator of Anxiety and Sleep Quality. *J Nurs Res* [Internet]. 2019 Jun [citado 2022 dez 10]; 27(3): e23. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31107773/>. DOI:
10.1097/jnr.0000000000000300

13. Stanton R, To QG, Khalesi S, et al. Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2020[citado 2022 dez 10]; 17(11): 4065. Disponível em: <https://mdpi.com/1660-4601/17/11/4065>. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17114065>
14. Fernandes S, Sosa-Napolskij M, Lobo G, Silva I. Impact of the COVID-19 pandemic in the Portuguese population: Consumption of alcohol, stimulant drinks, illegal substances, and pharmaceuticals. *PLoS ONE* [Internet]. 2021 nov 19 [citado 2022 dez 10]; 16(11): e0260322. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0260322>. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260322>
15. OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na UE [Internet]. Bruxelas: OCDE, Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. 2021. ISBN 9789264387508. Disponível em: https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_pt_portuguese.pdf
16. Weierstall-Pust R, Schnell T, Heßmann P, et al. Stressors related to the Covid-19 pandemic, climate change, and the Ukraine crisis, and their impact on stress symptoms in Germany: analysis of cross-sectional survey data. *BMC Public Health*[Internet]. 2022 nov 30 [citado 2022 dez 17]; 22(2233). Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-14682-9>. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14682-9>
17. Nações Unidas. Mundo tem maior alta de conflitos violentos desde fim da Segunda Guerra. *ONU News* [Internet]. 2022 mar 30 [citado 2022 dez 10]. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2022/03/1784652>
18. Pe'er A, Slone M. Media Exposure to Armed Conflict: Dispositional Optimism and Self-Mastery Moderate Distress and Post-Traumatic Symptoms among Adolescents. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2022 set 7 [citado 2022 dez 17]; 19(18): 11216. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/18/11216> DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph191811216>

19. Riad A, Drobov A, Krobot M, et al. Mental Health Burden of the Russian– Ukrainian War 2022 (RUW-22): Anxiety and Depression Levels among Young Adults in Central Europe. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2022 jul 9 [citado 2022 dez 17]; 19(14): 8418. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/14/8418>. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19148418>
20. Expresso. A guerra na Ucrânia começou às 3h30: Cronologia das primeiras 12 horas de um país debaixo de fogo. *Expresso.pt: Internacional* [Internet]. 2022 fev24 [citado 2022 dez 10]. Disponível em: <https://expresso.pt/internacional/2022-02-24-a-guerra-na-ucrania-comecou-as-3h30.-cronologia-das-primeiras-12-horas-de-um-pais-debaixo-de-fogo>
21. CNN Portugal. Está a pandemia e a guerra na Ucrânia a perturbar o sono dos portugueses? *CNN Portugal: Saúde, Saúde Mental* [Internet]. 2022 mar 18 [citado 2022 dez 10]. Disponível em: <https://cnnportugal.iol.pt/videos/esta-a-pandemia-e-a-guerra-na-ucrania-a-perturbar-o-sono-dos-portugueses/62349c1a0cf2cc58e7e944d4>
22. Sane Schepisi M, Di Napoli A, Ascitto R, et al. The 2008 Financial Crisis and Changes in Lifestyle-Related Behaviors in Italy, Greece, Spain, and Portugal: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2021 ago 18 [citado 2022 dez 17]; 18(16): 8734. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34444482/> DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18168734>
23. Guerra O, Agyapong VIO, Nkire N. A Qualitative Scoping Review of the Impact of Economic Recessions on Mental Health: Implications for Practice and Policy. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2022 mai 13 [citado 2022 dez 17]; 19(10):5937. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/10/5937>. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19105937>
24. Van der Werf ET, Busch M, Jong MC, et al. Lifestyle changes during the first wave of the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey in the Netherlands. *BMC Public Health* [Internet]. 2021 jun 25 [citado 2022 dez 17]; 21:1226. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11264-z>. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11264-z>

25. Jahrami H, BaHammam AS, Bragazzi NL, et al. Sleep problems during the COVID-19 pandemic by population: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Sleep Med* [Internet]. 2021 fev 1 [citado 2022 dez 17]; 17(2):299–313. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33108269/>. DOI: 10.5664/jcsm.8930
26. Novais F, Cordeiro C, Pestana PC, et al. O impacto da COVID-19 na população idosa em Portugal. *Acta Med Port* [Internet]. 2021 Nov 2 [citado 2022 dez 17]; 34(11):761-766. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/16209>. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.16209>
27. Almondes KM, Castro EAS, Paiva T. Sleep Habits, Quality of Life and Psychosocial Aspects in the Older Age: Before and During COVID-19. *Front. Neurosci* [Internet]. 2022 mar 24 [citado 2022 dez 17]; 16: 694894. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnins.2022.694894/full>. DOI: 10.3389/fnins.2022.694894
28. Bartoll X, Toffolutti V, Malmusi D, et al. Health and health behaviours before and during the Great Recession, overall and by socioeconomic status, using data from four repeated cross-sectional health surveys in Spain (2001–2012). *BMC Public Health* [Internet]. 2015 set 7 [citado 2022 dez 17]; 15: 865. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26346197/>. DOI: 10.1186/s12889-015-2204-5
29. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD): Direção de Serviços de Monitorização e Informação/Divisão de Estatística e Investigação. Relatório Anual 2021: A Situação do País em Matéria de Álcool. SICAD [Internet]. 2022. Disponível em: https://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/detalhe.aspx?itemId=180&lista=SICAD_PUBLICACOES&bkUrl=BK/Publicacoes/

Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse no trabalho realizado.

Financiamento

Não foi necessário recorrer a financiamento para a realização da revisão integrativa de literatura.

APÊNDICE II

Plano de sessão de formação: “Apresentação do Projeto VEDE”

Plano de sessão “Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem”

Entidade: ACeS/USP

Formador: Tânia Gaspar (Enfermeira e Aluna do MECESCSP | UCP)

Data /Horário/Local: Dias 3,4,10 e 12 de janeiro de 2023; das 10h às 12h; 14h às 16h.
Centros de Saúde de cada Município.
Em simultâneo através do Microsoft Teams – links para aceder à reunião enviados nos dias anteriores a cada sessão.

População-alvo: Enfermeiros(as) do ACeS.

Tema: “Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem”

Objetivo geral:

1. Apresentar o projeto de estágio na área da VEDE enquadrado no MAIEC - *Community Empowerment and Nursing Decision-Making*;

Objetivos específicos:

1. Apresentar o enquadramento atual do projeto da VEDE no ACeS;
2. Apresentar os focos de atenção selecionados para o projeto da VEDE e respetivos critérios;
3. Apresentar o questionário de avaliação da gestão comunitária da comunidade ACeS para a VEDE e apelar à participação de todos.

Plano da Sessão

| Fases/Objetivos | | Conteúdo | Tempo | Método | Recursos/Estratégias |
|-----------------|---|---|--------|------------------------|---|
| Introdução | | - Apresentação da formadora; - Apresentação do projeto de estágio; - Apresentação dos objetivos da sessão. | 5 min | | |
| Desenvolvimento | 1. Apresentar o enquadramento atual do projeto da VEDE no ACeS | - Enquadramento do projeto desde 2018 até à fase atual; - Apresentação da avaliação do nível de empoderamento comunitário do ACeS para a VEDE. | 15 min | Expositivo | Computador; Power-point; Microsoft teams. |
| | 2. Apresentar os focos de atenção selecionados para o projeto da VEDE e respetivos critérios | - Apresentar com base no DLS e PLS e dos registos dos focos no S-Clínico, quais os focos selecionados para o projeto da VEDE no ACeS. | 10 min | Ativo Interrogativo | |
| | 3. Apresentar o questionário de avaliação da gestão comunitária da comunidade ACeS para a VEDE e apelar à participação de todos | - Apresentação do questionário; - Envio do link pelo microsoft teams e divulgação por e-mail; - Apelo à participação. | 5min | Participativo | |
| Conclusão | | - Dúvidas/Comentários - Agradecimentos | 5min | | |

APÊNDICE III

Sessão de formação: “Apresentação do Projeto VEDE”

APÊNDICE IV

Questionário

MAIEC

Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem

[Redacted] 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 diagnósticos de enfermagem no ACeS.

Este projeto é da responsabilidade da Estudante do Mestrado em Enfermagem Comunitária Tânia Gaspar (articulado com a 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.

Tendo este modelo como referência, foi elaborado o questionário que se segue, centrado nos Fenómenos de Enfermagem: Ansiedade, Sono e Uso do Alcool. Os mesmos foram selecionados a partir do Plano Local de Saúde (PLS) e das necessidades identificadas para a população.

Desta forma, para o sucesso deste projeto, pedimos a vossa preciosa 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 e/ou comentário podem contactar:

[Redacted]

Pedro Melo [Redacted]

Tânia Gaspar [Redacted]

Muito obrigada pela sua colaboração!

* Obrigatória

I PARTE

Caracterização socioprofissional

1. **Qual a sua idade? (ANOS) ***

O valor tem de ser um número

2. **Em que unidade do ACeS exerce funções? ***

3. **Qual/quais as suas habilitações? ***

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado*
- Doutoramento*
- Pós-Graduação*

4. **Se seleccionou Mestrado*, Doutoramento* ou Pós-Graduação*, indique em que área. ***

5. Tem especialidade? *

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

6. Qual o tempo de experiência profissional como enfermeiro/a. (ANOS) *

7. Qual o tempo de serviço na unidade funcional do ACES em que exerce funções. (ANOS) *

O valor tem de ser um número

II PARTE

Opinião/percepção face a diferentes questões relacionadas com o projeto

8. **Tem conhecimentos sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem? ***

Sim

Não

9. **Sente-se motivado/a para participar no projeto do seu ACeS para a promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem? ***

Sim

Não

10. **Considera importante este projeto de promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem? ***

Sim

Não

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

Sim

Não

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

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

- Sim, todos.
- Sim, mas só as Necessidades de Saúde.
- Sim, mas só os Problemas de Saúde.
- Sim, mas só os Objetivos de Saúde.
- Não.

14. **Indique um Objetivo de Saúde e/ou um Problema de Saúde e/ou uma Necessidade de Saúde: ***

15. **Considera que um projeto que melhore a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem relacionados com os focos "Ansiedade", "Sono" e "Uso do Álcool", pode contribuir para o Diagnóstico de Saúde? ***

- Sim
- Não

16. **Dos Focos em estudo qual/quais costuma avaliar mais frequentemente? ***

- Ansiedade
- Sono
- Uso do álcool
- Nenhum

17. **Dos Focos em estudo qual/quais considera mais oportuno fazer parte de uma avaliação frequente? ***

- Ansiedade
- Sono
- Uso do álcool
- Nenhum

18. **Porquê? ***

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

- Sim
- Não

20. Indique em qual/quais: *

- Ansiedade
- Sono
- Uso do álcool

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

- Sim
- Não

22. Indique em qual/quais: *

- Ansiedade
- Sono
- Uso do álcool

23. **Tem conhecimento da existência de um Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS [REDACTED] Norte? ***

- Sim
- Não

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

Sim

Não

25. 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? *

Sim

Não

26. Considera que a informação transmitida é clara? *

Sim

Não

27. Dê sugestões para que seja: *

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

Sim

Não

29. **Indique em que situação/situações: ***

Nas reuniões de contratualização com o ACeS

Nas reuniões dos Conselhos Técnicos

Nas reuniões das unidades funcionais

Outro

30. **A sua unidade funcional tem parcerias formais que promovam a melhoria da documentação dos diagnósticos 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) ***

Sim

Não

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


Sim

Não

32. **Que recursos considera ter em falta (pode seleccionar mais que uma resposta)? ***

- Recursos Humanos
- Recursos Materiais (por ex. Computadores)
- Recursos Organizacionais (por ex. horários)
- Falta de formação
- Outro

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

 Microsoft Forms

APÊNDICE V

Grelha de associação das questões às dimensões e sub-dimensões de diagnóstico do foco Gestão Comunitária segundo o MAIEC

Apêndice V – Grelha de associação das questões às dimensões e sub-dimensões de diagnóstico do foco Gestão Comunitária segundo o MAIEC.

| | Dimensões de diagnóstico | | Questões |
|--|---------------------------------|---|--|
| | Processo Comunitário | Coping Comunitário | 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?; 9.1 Indique em qual/quais. |
| Participação Comunitária | Comunicação | 13. 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?; 14. Considera que a informação transmitida é clara?; 15. Considera que são analisadas/discutidas as questões relacionadas com a documentação e vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem?. | |
| | Parcerias | 16. A sua unidade funcional tem parcerias formais que promovam a melhoria da documentação dos diagnósticos 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) | |
| | Estruturas Organizativas | 12. Existe na sua unidade funcional um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem?; 17. A sua unidade funcional tem recursos suficientes para a documentação dos diagnósticos de enfermagem?. | |
| Liderança Comunitária | Conhecimento | 1. Tem conhecimentos sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem?; 5. Conhece as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do PLS do ACeS?; 10. Considera ter necessidades formativas sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo?; 10.1. Indique em qual/quais.; 11. Tem conhecimento da existência de um Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS?. | |
| | Crenças | 3. Considera importante este projeto de promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos 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 diagnósticos de enfermagem relacionados com os focos “Ansiedade”, “Sono” e “Uso do Álcool”, pode contribuir para o Diagnóstico de Saúde?; 8. Dos Focos em estudo qual/quais considera mais oportuno fazer parte de uma avaliação frequente? | |
| | Volição | 2. Sente-se motivado/a para participar no projeto do seu ACeS para a promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem?; 7. Dos Focos em estudo qual/quais costuma avaliar mais frequentemente?. | |
| Gestão Comunitária comprometida | | | |

APÊNDICE VI

Resultados de acordo com as dimensões e sub-dimensões do diagnóstico

“Gestão Comunitária comprometida”

Apêndice VI – Resultados de acordo com as dimensões e sub-dimensões do diagnóstico “Gestão Comunitária comprometida”.

| Diagnóstico | Gestão Comunitária comprometida |
|--|--|
| Sub-diagnósticos | |
| Processo Comunitário comprometido | <p><u>Coping Comunitário não efetivo por:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formação anterior em sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para documentação dos focos em estudo, comprometido em 37,66% dos membros da comunidade; - Formação anterior no registo do foco "Ansiedade", comprometido em 62,34% dos membros da comunidade; - Formação anterior no registo do foco "Sono", comprometido em 57,14% dos membros da comunidade; - Formação anterior no registo do foco "Uso do álcool", comprometido em 44,16% dos membros da comunidade. |
| Participação Comunitária comprometida | <p><u>Comunicação não efetiva por:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Eficácia do circuito de informação entre unidade funcional e ACeS para a compreensão da importância da documentação dos cuidados de enfermagem para o Diagnóstico de Saúde, não percebida em 36,36% dos membros da comunidade; - Clareza da informação transmitida não percebida em 40,26% dos membros da comunidade; - Análise/discussão sobre questões relacionadas com a documentação e vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem não percebida em 63,64% dos membros da comunidade. |
| | <p><u>Parcerias não efetivas por:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Existência de parcerias formais que promovam a melhoria da documentação dos diagnósticos de enfermagem e da vigilância epidemiológica dos mesmos, não percebida em 76,62% dos membros da comunidade. |
| | <p><u>Estruturas organizativas não efetivas por:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Existência de um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos Diagnósticos de Enfermagem não percebida em 77,92% dos membros da comunidade. - Existência de recursos suficientes para a documentação dos diagnósticos de enfermagem não percebida em 41,56% dos membros da comunidade. |
| Liderança Comunitária comprometida | <p><u>Conhecimento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento sobre VEDE não demonstrado em 24,68% dos membros da comunidade; - Conhecimento Sobre as Necessidades de Saúde, Problemas de Saúde e Objetivos de Saúde identificados no PLS do ACeS, não demonstrado em 51,95% dos membros da comunidade; - Perceção de conhecimento sobre Sistemas de Informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo, não demonstrado em 84,42% dos membros da comunidade; - Perceção de conhecimento sobre o registo do foco "Ansiedade", não demonstrado em 76,62% dos membros da comunidade; - Perceção de conhecimento sobre o registo do foco "Sono", não demonstrado em 66,23% dos membros da comunidade; - Perceção de conhecimento sobre o registo do foco "Uso do álcool", não demonstrado em 51,90% dos membros da comunidade; - Conhecimento sobre a existência de um Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem no ACeS não demonstrado em 51,95% dos membros da comunidade. |

Crenças:

- Crenças sobre a importância deste projeto de promoção da VEDE comprometidas em 3,90% dos membros da comunidade;
- Crenças sobre a importância do contributo da documentação da VEDE para o Diagnóstico de Saúde do ACeS comprometidas em 6,49% dos membros da comunidade;
- Crenças sobre a importância do contributo do projeto de promoção da VEDE nos focos em estudo para o Diagnóstico de Saúde do ACeS comprometidas em 2,60% dos membros da comunidade;
- Crenças sobre a importância de documentar o foco "Ansiedade" comprometidas em 36,36% dos membros da comunidade;
- Crenças sobre a importância de documentar o foco "Sono" comprometidas em 53,25% dos membros da comunidade;
- Crenças sobre a importância de documentar o foco "Uso do álcool" comprometidas em 28,57% dos membros da comunidade.

Volição:

- Volição para a participação no projeto do seu ACeS para a promoção da VEDE comprometida em 19,48% dos membros da comunidade;
- Comportamento de adesão para avaliar frequentemente o foco "Ansiedade" não demonstrado em 62,34% dos membros da comunidade;
- Comportamento de adesão para de avaliar frequentemente o foco "Sono" comprometidas em 51,95% dos membros da comunidade;
- Comportamento de adesão para avaliar frequentemente o foco "Uso do álcool" comprometido em 22,08% dos membros da comunidade.

APÊNDICE VII

Grelha de ponderação segundo o método CENDES/OPAS

| Diagnóstico | Magnitude | Transcendência | Vulnerabilidade | Total |
|--------------------|------------------|-----------------------|------------------------|--------------|
| D1 | 0 | 3 | 3 | 6 |
| D2 | 1 | 3 | 3 | 7 |
| D3 | 1 | 3 | 3 | 7 |
| D4 | 0 | 3 | 3 | 6 |
| D5 | 0 | 2 | 2 | 4 |
| D6 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| D7 | 1 | 2 | 1 | 4 |
| D8 | 3 | 1 | 1 | 5 |
| D9 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| D10 | 3 | 2 | 1 | 6 |
| D11 | 0 | 3 | 3 | 6 |
| D12 | 1 | 2 | 2 | 5 |
| D13 | 0 | 3 | 2 | 5 |
| D14 | 1 | 3 | 3 | 7 |
| D15 | 3 | 3 | 2 | 8 |
| D16 | 3 | 3 | 2 | 8 |
| D17 | 2 | 3 | 2 | 7 |
| D18 | 1 | 3 | 2 | 6 |
| D19 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| D20 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| D21 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| D22 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| D23 | 1 | 2 | 1 | 4 |
| D24 | 0 | 2 | 1 | 3 |
| D25 | 0 | 3 | 1 | 4 |
| D26 | 1 | 3 | 2 | 6 |
| D27 | 1 | 3 | 2 | 6 |
| D28 | 0 | 3 | 2 | 5 |

APÊNDICE VIII

**Plano da sessão de formação: “A Vigilância Epidemiológica dos
Diagnósticos de Enfermagem”**

Plano de sessão “Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem”

Entidade: ACeS/USP

Formador: Tânia Gaspar (Enfermeira e Aluna do MECESCSP | UCP)

Data /Horário/Local: Dias 3,4,10 e 12 de janeiro de 2023; das 10h às 12h; 14h às 16h.
Centros de Saúde de cada Município.
Em simultâneo através do Microsoft Teams – links para aceder à reunião enviados nos dias anteriores a cada sessão.

População-alvo: Enfermeiros(as) do ACeS.

Tema: “Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem”

Objetivo geral:

1. Melhorar a gestão comunitária do ACeS para a VEDE na documentação dos focos “Ansiedade” e “Sono”.

Objetivos específicos:

1. Apresentar os resultados do questionário;
2. Relembrar o porquê dos focos;
3. Apresentar instrumentos de avaliação dos focos selecionados validados para a população portuguesa, com base na evidência científica;
4. Apresentar o registos dos focos no S-Clínico;
5. Refletir sobre as dificuldades na documentação dos focos e sobre estratégias de melhoria;
6. Apresentar o ODE e a importância da sua missão para a melhoria da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem.

Plano da Sessão

| Fases/Objetivos | | Conteúdo | Tempo | Método | Recursos/Estratégias |
|-----------------|--|---|--------|---|---|
| Introdução | | - Apresentação da formadora, do projeto de estágio e objetivos da sessão. | 15 min | | |
| Desenvolvimento | 1. Apresentar os resultados do questionário 2. Relembrar o porquê dos focos | - Apresentar o percurso do projeto; - Comparar os dados do questionário comparando-os com os de 2018; - Apresentar os problemas prioritários e os indicadores do PLS relacionados com os focos selecionados. | 30min | Expositivo Ativo | Computador; Projektor multimedia; Power-point; Microsoft teams; Câmara; Colunas; Microfone. |
| | 3. Apresentar instrumentos de avaliação dos focos selecionados validados para a população portuguesa, com base na evidência científica 4. Apresentar o registos dos focos no S-Clínico 5. Refletir sobre as dificuldades na documentação dos focos e sobre estratégias de melhoria | - Apresentação da escala de avaliação da ansiedade e depressão hospitalar; - Apresentação de duas escalas de avaliação do sono validadas para a população portuguesa; - Demonstrar o registo dos focos no S-Clínico; - Promover o debate e partilha de experiências. | 30min | Interrogativo Reflexivo Participativo | |
| Conclusão | 6. Apresentar o ODE e a importância da sua missão para a melhoria da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem. | - Apresentação do ODE – estrutura, missão, finalidade e competências. - Dúvidas/Comentários/Discussão. - Agradecimentos. | 15min | | |

APÊNDICE IX


**Sessão de formação: “A Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de
Enfermagem”**




Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem (VEDE)



Objetivos da sessão



- Enquadrar o projeto;
- Apresentar o diagnóstico de situação;
- Melhorar o nível de empoderamento da comunidade ACeS para a VEDE:
 - Melhorar o conhecimento sobre o PLS;
 - Melhorar a documentação dos focos de Enfermagem "Ansiedade" e "Sono";
 - Otimizar o registo dos focos "Ansiedade" e "Sono";
 - Melhorar o conhecimento sobre o ODE.


Tânia Odegar 30/10/2023 2

Finalidade do projeto VEDE

Contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde pública do ACeS no âmbito da vigilância epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem



Meio, 2016


Tânia Odegar 30/10/2023 3


Onde nos encontramos?


2018 ————— Pandemia COVID-19 ————— Guerra na Ucrânia ————— 2022

Etapas do projeto:

- Avaliação do nível de empoderamento da Comunidade ACeS para a VEDE;
- Avaliação da gestão comunitária (processo, participação e liderança) da comunidade ACeS para a VEDE;
- Intervenção;
- Avaliação da intervenção.


- (Re)Avaliação da gestão comunitária
- intervenção




Tânia Odegar 30/10/2023 4

Impacto da COVID-19 e Guerra


- Crise global para a saúde mental;
- Aumento em 25% de transtornos de ansiedade e depressivos durante o primeiro ano da pandemia;
- Diminuição da resposta dos serviços de saúde mental.



World mental health report
WHO, 2022

Vários estudos demonstram que a pandemia e contextos de conflitos/guerra produzem impacto saúde das populações, especificamente:

- Aumento de sintomas de ansiedade e depressão;
- Aumento da insónia.


Tânia Odegar 30/10/2023 5

Ansiedade

4.4. Mito de Saúde e 2023




Tânia Odegar 30/10/2023 6

Qualidade do sono e Saúde Mental, uma meta-análise

- Melhorar o sono reduz:
 - depressão,
 - ansiedade
 - stress
- Os profissionais de saúde devem considerar intervenções destinadas a melhorar o sono,
- particularmente terapia cognitivo-comportamental para insónia, onde a base de evidências é mais forte, para melhorar a saúde mental (particularmente depressão, ansiedade e stress).

Scott, A.J. et al, 2021
"Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials"

CUBELA
UNIVERSIDADE CATOLICA DE BRASÍLIA
Instituto de Enfermagem Coletiva
Tema Especial
30/1/2023 7

Sono

Está a pandemia e a guerra na Ucrânia a perturbar o sono dos portugueses?

Notícia

76 Das Mentes de Sono a perguntar que se resolve é está a guerra na Ucrânia a perturbar o sono dos portugueses? Quando nos subconscientes tudo aquilo que vemos diariamente como a guerra na Ucrânia que não nos deixa indiferentes. O conflito está na nossa casa, a através das notícias, redes sociais, vídeos ou mesmo simples conversas de café e é isso mesmo, tem consequências.

CUBELA
UNIVERSIDADE CATOLICA DE BRASÍLIA
Instituto de Enfermagem Coletiva
Tema Especial
30/1/2023 8

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LUSO-PAREDO

Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem (VEDE)

Diagnóstico de situação

CUBELA
UNIVERSIDADE CATOLICA DE BRASÍLIA
Instituto de Enfermagem Coletiva
Tema Especial
30/1/2023 10

MAIEC

Conhecimento sobre a VEDE

| Resposta | 2018 (%) | 2022 (%) |
|----------|----------|----------|
| Sim | 52,35% | 75,32% |
| Não | 47,65% | 24,68% |

CUBELA
UNIVERSIDADE CATOLICA DE BRASÍLIA
Instituto de Enfermagem Coletiva
Tema Especial
30/1/2023 10

Conhecimento sobre as Necessidades, Problemas e Objetivos de Saúde do PLS do ACEs

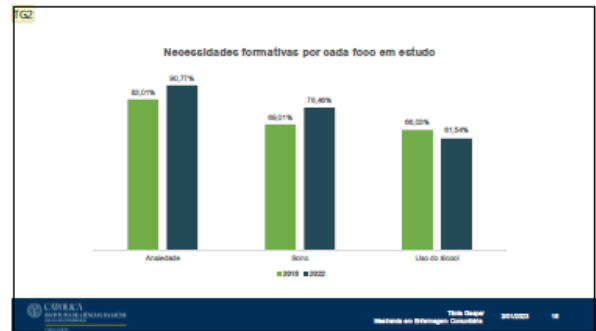
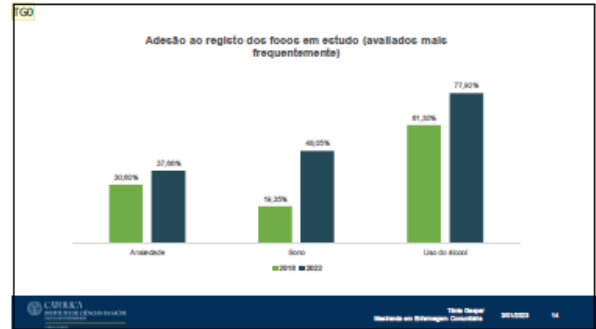
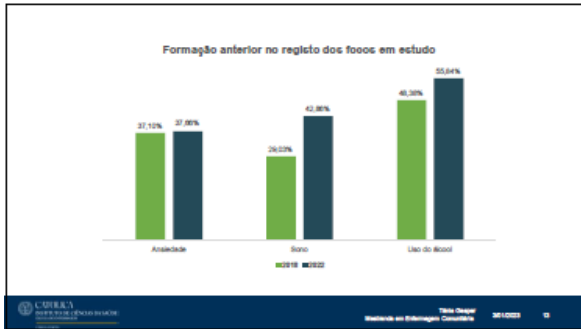
| Resposta | 2018 (%) | 2022 (%) |
|---------------------------------------|----------|----------|
| Sim, todas | 28,42% | 28,87% |
| Sim, mas não as necessidades de saúde | 2,02% | 5,45% |
| Sim, mas não os problemas de saúde | 16,40% | 7,79% |
| Sim, mas não os objetivos de saúde | 5,42% | 3,90% |
| Não | 47,80% | 51,98% |

CUBELA
UNIVERSIDADE CATOLICA DE BRASÍLIA
Instituto de Enfermagem Coletiva
Tema Especial
30/1/2023 11

Formação anterior sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos fenómenos em estudo

| Resposta | 2018 (%) | 2022 (%) |
|----------|----------|----------|
| Sim | 58,27% | 82,34% |
| Não | 41,80% | 17,66% |

CUBELA
UNIVERSIDADE CATOLICA DE BRASÍLIA
Instituto de Enfermagem Coletiva
Tema Especial
30/1/2023 12



| Foco | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022* |
|---------------|------|-------|-------|------|-------|-------|
| Uso de Álcool | 5938 | 11044 | 33156 | 9364 | 12089 | 10228 |
| Ansiedade | 55 | 248 | 11408 | 2709 | 3248 | 5486 |
| Sono | 55 | 342 | 15258 | 3753 | 4488 | 6849 |

| Foco | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022* |
|---------------|------|-------|-------|------|-------|-------|
| Uso de Álcool | 5938 | 11044 | 33156 | 9364 | 12089 | 10228 |
| Ansiedade | 55 | 248 | 11408 | 2709 | 3248 | 5486 |
| Sono | 55 | 342 | 15258 | 3753 | 4488 | 6849 |

Será que diminuimos a prevalência dos problemas?

Recursos e estratégias de saúde dirigidas às principais necessidades de saúde da população do ACeS

| | | |
|---|---|---|
| Menor prevalência de Perturbações Depressivas | *Recursos do setor de saúde públicos (ACeS, Hospital e CB) e privados | <ul style="list-style-type: none"> Promoção de saúde mental no trabalho, em grupos vulneráveis, em crianças e adolescentes; Correção ao estigma da doença mental na população adulta e na infância e adolescência; Formação dos Profissionais de Saúde no âmbito da deteção e gestão dos fatores de risco, e sinais de alerta de depressão; Dinamizar a criação de grupos de auto-ajuda; Diagnóstico e tratamento precoce das Perturbações Depressivas pelos profissionais de saúde do ACeS e em articulação com o serviço de Psiquiatria se necessário. |
| | *Protocolo de articulação com o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do [] | |
| | *Projetos de âmbito comunitário | |

PLS, 2018

Objetivos de Saúde



- Attingir até dezembro de 2020 uma Proporção de Inscritos no ACeS com diagnóstico ativo de Perturbação Depressiva de 10,0% para ambos os sexos.

PLS, 2018

Importância do registo...



23%

Aumentar em 23% o registo de número de pessoas com diagnóstico e de articulação entre a UH de saúde pública e os Centros de Saúde Primária

PNM 2017

Aumentar o registo?

- Aumento real do problema
- Aumento da acessibilidade aos CSP
- Maior sensibilidade dos profissionais de saúde para o seu diagnóstico

PLS, 2018

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM

LEDO, PORDO

Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem (VEDE)


Ansiedade e Sono



Conceitos segundo a CIPE

Ansiedade

- Emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia.
- Emoção: processo psicológico caracterizado por sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stress ou com a doença.
- Presente/Ausente



ICNP Browser

Sono

- 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.
- Adequado ou Comprometido
- Risco de sono comprometido.

Comprometido

- Insônia: incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os períodos de sono planeados, apesar de estar posicionado confortavelmente num ambiente agradável, desperto; falta de sono; frequentemente associada a fatores psicológicos ou físicos como o stress emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas.
- Hipersónia
- Sonambulismo



ICNP Browser

IG1

Instrumentos de avaliação

- Identificar, de maneira objetiva, importantes alterações físico-psíquico e espirituais,
- Aferir fenómenos subjetivos,
- Acompanhar de forma regular a progressão, retrocesso ou estagnação de um estado de saúde-doença,
- Ortar um mecanismo de direção ao examinador e à equipe assistencial
- Uniformizar a conduta a ser aplicada em cada situação
- Extrair, de maneira precisa, dados que muitas vezes refletem um considerável problema de saúde pública.

Gardona, R.G.B., Barbosa D.A., 2010
 "The importance of clinical practice supported by health assessment tools"

CADERNOS DE PSICOMOTRICIDADE E PSICOPEDAGOGIA
 Tópicos de Atualização em Psicopatologia Clínica
 2011/2012 31

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

Validada para português por Pais Ribeiro (2006).

Consiste em duas subescalas, uma que mede a ansiedade e outra a depressão, cada uma com sete itens. As duas escalas são classificadas separadamente. Cada item é respondido numa escala ordinal de quatro pontos (0 – inexistente, 3 – muito grave).

0 – 7 normal; 8 – 10 leve; 11 – 14 moderada; 15 – 21 grave

Telles-Correia, D. et al. 2009
 Ribeiro, J.L.P., 2007
 Silva, I. et al. 2006

CADERNOS DE PSICOMOTRICIDADE E PSICOPEDAGOGIA
 Tópicos de Atualização em Psicopatologia Clínica
 2011/2012 32

Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh - VP

Índice de qualidade do sono de Pittsburgh - versão portuguesa (PSSQ-VP)

Qualidade do sono – valor global:
 Soma das pontuações das 7 componentes para obter o valor global do PSQI (Qualidade do sono).
 A pontuação varia de 0 a 21:
 <5 boa qualidade do sono
 >5 pobre qualidade do sono

Marques, D.R. et al., 2021

CADERNOS DE PSICOMOTRICIDADE E PSICOPEDAGOGIA
 Tópicos de Atualização em Psicopatologia Clínica
 2011/2012 33

Escala de Saúde do Sono de Becker et al., 2018

Validado para a população portuguesa num estudo realizado com uma amostra de conveniência constituída por adultos e idosos dos 18 aos 90 anos;

6 dimensões: regularidade do sono; satisfação subjetiva com o sono; estado de alerta durante as horas de vigília; timing; eficiência; e duração do sono;

A cotação da escala a soma das pontuações individuais dos itens, obtendo-se um resultado total que pode variar entre:

- 0 - saúde do sono pobre
- 10 - boa saúde do sono

Marques, D.R. et al., 2021

CADERNOS DE PSICOMOTRICIDADE E PSICOPEDAGOGIA
 Tópicos de Atualização em Psicopatologia Clínica
 2011/2012 34

O registo no SClínico




Registo do foco "Ansiiedade"



Registo do foco "Sono"


CADERNOS DE PSICOMOTRICIDADE E PSICOPEDAGOGIA
 Tópicos de Atualização em Psicopatologia Clínica
 2011/2012 35

Será suficiente para diagnosticar ansiedade presente?



CADERNOS DE PSICOMOTRICIDADE E PSICOPEDAGOGIA
 Tópicos de Atualização em Psicopatologia Clínica
 2011/2012 36

Será suficiente para diagnosticar sono comprometido?



Analisar sono

- completar
- cancelar

Analisar sono

- Inicio
- Trabalho
- Escola
- Atividade
- Trabalho em família
- Trabalho escolar
- Trabalho acadêmico
- Trabalho
- Trabalho
- Trabalho

UNICAMP INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM

Trabalho Escolar 08/10/2023 37

Reflexão...


QUAL O IMPACTO NA SAÚDE DA NOSSA POPULAÇÃO?

Identificamos focos

Percebemos dificuldades no registro

Melhoramos também a intervenção

Altera-se o diagnóstico?



UNICAMP INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM

Trabalho Escolar 08/10/2023 38

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM LEONIL FERREI

Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem (VEDE)


Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem (ODE)



UNICAMP INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM

Trabalho Escolar 08/10/2023 39

ODE- [redacted]




O Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem - (ODE- [redacted])

- estrutura organizada;
- desenvolve a sua missão no âmbito da saúde pública;
- pretende contribuir para a vigilância epidemiológica do ACeS, através da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem;
- desenvolve a sua atividade no contexto da Unidade de Saúde Pública (USP), em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACeS.

UNICAMP INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM

Trabalho Escolar 08/10/2023 40

ODE- [redacted]



Missão

- Executar a 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/determinantes de saúde, contribuindo para a melhoria da saúde da população inscrita no ACeS.

Finalidade

- Realizar a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem do ACeS;
- Contribuir na formação e consultoria para a documentação dos diagnósticos de enfermagem no ACeS.

UNICAMP INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM

Trabalho Escolar 08/10/2023 41

Pontos Fortes

- Interação de profissionais com experiência em diferentes domínios:
 - Sistemas de Informação
 - Saúde pública
 - Peritos da área do MAIEC
- Envolvimento efetivo dos conselhos técnicos de todas as UF do ACeS, assegurando a representação de todas as tipologias de UF e todos os perfis de especialidades
- Nomeação de um Intercorutor do ODE por UF.



UNICAMP INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM

Trabalho Escolar 08/10/2023 42

"Tendo por convicção que é preciso desenvolver uma epidemiologia pós-moderna, focada nas pessoas, com a visão da Enfermagem, e não apenas nas doenças, avançamos com a aplicação da matriz de decisão clínica do MAIEC no contexto ACEs para a promoção da Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem"

MAIEC/Gência
Pedro Melo@



Referências Bibliográficas

1. 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.
2. World Health Organization. *World mental health report: Transforming mental health for all*. Executive summary. Geneva, 2022. ISBN 978-92-4-009067-7.
3. Portugal. Ministério de Saúde. *Programa Nacional para a Saúde Mental 2017*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde, 2017. ISBN: 2164-1217.
4. Scott AJ, Webb TL, Martyn-St James M, Rowse G, Welch S. Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*. Vol. 60. 2021. 101566. ISSN 1057-0732. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101566>. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1057073221001416>
5. ACES Tâmega III – Vale do Sousa Norte. *Plano Local de Saúde, Extensão a 2020*. Fajãs de Flareira, 2018.
6. Gardner RGB, Barbosa DA. The importance of clinical practice supported by health assessment tools. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2018;71(4):1015-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018710401>
7. Talles-Carneiro, D, Barbosa, A., Ansiedade e depressão em médicos: Modelos híbridos e Avaliação. *Acta Med Port*. 2020; 22(1):85-98
8. Marques, Daniel & Salvado, Ana & Amado, Catarina & Monteiro, Daniel & Silva, Daniela & Araújo, Elísacar & Gonçalves, Filomena & Carriço, Jessica & Teves, Nail & Vilas, Roberto & Raposo, Rosa & Rufino, Rui & Cardoso, Jorge & Almeida, Telma & Gomes, Ana. Instrumentos de avaliação psicológica do sono com estatua na população portuguesa [Sleep psychological assessment measure with statues in Portuguese population]. 2021. *Revista E-Phi*, 10 (1), 125-141. ISSN: 2182-7591.
9. Ribeiro, J.L.P. *Avaliação em Psicologia de Saúde: Instrumentos*. Publicações em Português, 2007
10. Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H. Contributo para a adaptação de Hospital Anxiety and Depression Scale à população portuguesa com doença crónica. 2006. *Psychologica*, 41, 193-204
11. MAIEC/Gência. *Newsletter do projeto MAIEC- Community Empowerment and Nursing Decision-Making*. N.1 Out-Dez 2021.

GRATA PELA ATENÇÃO!



APÊNDICE X

Manual de Articulação do ODE

MANUAL DE ARTICULAÇÃO

Observatório dos Diagnóstico de Enfermagem

Ministério da Saúde

Outubro, 2022

Autores

Pedro Melo

Tânia Gaspar

Índice

Abreviaturas e Siglas

| | |
|--|-----------|
| I. Introdução | 5 |
| II. Âmbito do acordo | 7 |
| A) Intervenientes responsáveis e Canais de comunicação | 8 |
| 1) Entre ODE e UF | 8 |
| 2) Entre ODE e DE/CCS | 8 |
| 3) Entre ODE e Núcleo de Formação do ACeS | 8 |
| 4) Entre ODE e ARSN – Sistemas de Informação | 8 |
| 5) Entre ODE e CIS-UCP | 8 |
| III. Área geográfica de atuação | 10 |
| IV. Coordenador / Competências / Relações Interinstitucionais | 11 |
| V. Relação Hierárquica dos Profissionais | 12 |
| VI. Partilha de Recursos Físicos, Técnicos, Humanos e Financeiros | 13 |
| VII. Sistema de Qualidade e Monitorização | 13 |
| VIII. Formação, Investigação e Desenvolvimento | 14 |
| IX. Disposições Finais | 15 |

Abreviaturas e Siglas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

CIS – Centro de Investigação em Saúde

CCS – Conselho Clínico de Saúde

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DE – Direção de Enfermagem

ODE – Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Universidade Católica Portuguesa

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

UF – Unidades Funcionais

I. Introdução

O ODE é uma estrutura organizativa integrada na USP e está relacionada com a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem. Tal como consta no seu regulamento interno, o ODE tem como missão a 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/determinantes de saúde, contribuindo para a melhoria da saúde da população inscrita no ACeS.

O presente Manual de Articulação surge pela necessidade de compatibilizar a atividade do ODE com as demais UF do ACeS, esclarecer os canais de comunicação entre si e clarificar a relação com outras entidades consideradas essenciais para a sua atividade, nomeadamente:

- ARSN – Sistemas de Informação;
- Núcleo de formação do ACeS;
- DE e CCS;
- CIS – UCP

Desta forma, pretende contribuir para a:

- Cooperação interinstitucional no acesso/tratamento dos dados de saúde necessários à vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem;
- Harmonização de procedimentos e instrumentos para a concretização dos registos nas várias UF do ACeS, mais concretamente USF, UCSP e UCC;
- Assegurar os procedimentos e qualidade na continuidade do projeto do ODE.

Este manual não pretende ser um documento exaustivo como outros manuais de articulação uma vez que integra a atividade exercida no âmbito da unidade de saúde pública. As questões que não são referidas regem-se pelas normas que estão contempladas no manual de articulação da USP.

Assim, o presente Manual de Articulação consubstancia um compromisso firmado entre o ACeS adiante designado por ACeS, e o Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem da Unidade de Saúde Pública, adiante designado por ODE.

O ODE aqui representado pelo seu/sua Coordenador(a), Enf.(a)..., e o ACES, aqui representado pelo seu Diretor Executivo, acordam os seguintes procedimentos e assinam o presente Manual, do qual dão conhecimento à Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

II. Âmbito do Acordo

O ODE compromete-se a adotar uma prática dirigida para a qualidade, apostando no desenvolvimento organizacional através da implementação de uma abordagem por processos de trabalho que satisfaça as necessidades da população, garanta a conformidade com as boas práticas e contribua para um melhor desempenho e motivação dos profissionais envolvidos.

Pretende constituir elemento facilitador das atividades de diagnóstico de enfermagem, realçando a importância da sua correta documentação, para que traduzam de forma mais fidedigna o estado de saúde da população, permitindo através deles delinear as melhores estratégias para a obtenção de ganhos em saúde.

O ODE compromete-se a fornecer à Unidade de Saúde Pública, no âmbito das suas atividades de Observatório da Saúde, todas as informações necessárias para conhecimento da situação de saúde da comunidade em que está inserida.

A ODE usufrui de uma forma articulada das restantes estruturas e serviços do ACeS, no sentido de complementarem a sua ação, constituindo-se como elementos facilitadores da sua atividade.

Por sua vez, o ACeS deve garantir apoio ao ODE, de acordo com os recursos existentes, nas áreas em que estão previstos recursos próprios para a mesma, e outras que estejam ou venham a ser definidas no ACeS.

O apoio do ACeS ao ODE a ser disponibilizado através de recursos para o seu funcionamento, bem como a colaboração nas atividades comuns, é regulado pelo presente Manual de Articulação.

O ACeS e o ODE devem respeitar e fazer cumprir o presente manual de articulação.

A) Intervenientes Responsáveis e Canais de Comunicação

No âmbito das suas competências, prevê-se a articulação:

- 1) Entre ODE e UF: através do Conselho Técnico, com a representação de cada UF pelo interlocutor definido. Os contactos serão efetuados através das reuniões trimestrais e pelos contactos de e-mail e telefónicos previamente existentes dos profissionais envolvidos;
- 2) Entre ODE e DE/CCS: através do Conselho Coordenador e do próprio Coordenador do ODE; o ODE compromete-se a comunicar à DE/CCS o plano de atividades, bem como, o relatório de atividades e, ainda, todos os assuntos considerados pertinentes.
- 3) Entre ODE e Núcleo de Formação do ACeS: através dos Conselhos Coordenador e Técnico; o ODE compromete-se a divulgar nos canais oficiais as formações desenvolvidas no âmbito da sua ação e integrar as atividades formativas do Núcleo de Formação do ACeS.
- 4) Entre ODE e ARSN – Sistemas de Informação: através de interlocutor do Conselho Coordenador e Coordenador do ODE, com o membro responsável pelo SIARS da ARSN.
- 5) Entre ODE e ICS-UCP: através do Conselho Consultivo; o ODE compromete-se a integrar os alunos de mestrado a desenvolver projetos relacionados com o ODE; o ODE compromete-se a contribuir para o desenvolvimento científico e investigação na área da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem.

Não obstante, ao longo do processo poderá ser requerida a participação de outros profissionais das entidades envolvidas, bem como, de outras entidades não mencionadas.

Para efeitos de comunicação formal relacionada com a execução do plano de atividades do ODE, ou outros assuntos, são utilizados canais criados para o efeito, designadamente caixas de correio eletrónico. Para além

desta comunicação formal deverão ser designados em cada UF interlocutores que terão a responsabilidade de assegurar esta articulação. Neste sentido, a comunicação via e-mail acima mencionada, poderá ser complementada com contactos telefónicos.

III. Área geográfica de atuação

Integrado na USP, o ODE partilha da mesma área geodemográfica de intervenção da USP e do ACeS, que se encontra descrita no Plano Local de Saúde.

- Assim, quer o espaço físico, quer a área de atuação são as mesmas descritas para a USP, constantes no seu regulamento interno.

IV. Coordenador / Competências / Relações Interinstitucionais

O Coordenador do ODE, assume a representação externa do ODE, bem como junto do Diretor Executivo do ACeS, cabendo a este último fazer-lhe chegar em tempo útil, todas as informações e orientações relacionadas com a sua atividade.

1. O Coordenador exerce as competências descritas no regulamento interno.
2. O Coordenador detém as competências para, no âmbito do ODE, confirmar e validar os documentos que sejam exigidos por força e no cumprimento do regulamento.
3. O Coordenador deve participar e/ou tomar a iniciativa de propor ao ACeS formas de articulação eficazes com entidades da área do ACeS, bem como deve ser ouvido sobre todos os protocolos ou acordos que venham a ser propostos ou estabelecidos com entidades externas e que venham a ter repercussão sobre a oferta de cuidados de saúde à população sob a sua responsabilidade.
4. Ainda no âmbito da articulação com entidades da área do ACeS, deve o Coordenador do ODE articular com o(s) representante(s) do ACeS, nas Unidades Coordenadoras Funcionais.
5. O Coordenador pode promover a divulgação do seu Plano de Ação e Relatório de Atividades, após a sua aprovação pelo Conselho Executivo, nos termos da alínea a) do Artigo 24º do DL 28/2008 de 22 de Fevereiro. A referida divulgação deve ser sempre articulada e em complementaridade com as iniciativas tomadas pelo Conselho Executivo, no âmbito da aplicação do disposto na alínea f) do citado artigo 24º.
6. Nas matérias delegáveis, o Coordenador do ODE pode delegar e subdelegar as competências noutros elementos da equipa, no respeito da legislação em vigor sobre delegações e subdelegações de competências, dando do facto conhecimento ao Diretor Executivo.
8. Na ausência do Coordenador do ODE ou no seu impedimento, compete ao Coordenador, designar um elemento da equipa para a sua substituição, dando do facto conhecimento ao Diretor Executivo.

V. Relação Hierárquica dos Profissionais

1. Compete ao Coordenador a orientação e coordenação da atividade desenvolvida pela equipa, no respeito pela autonomia técnica dos diferentes grupos profissionais que a compõem, e nos termos a definir em sede de regulamento interno.
2. Para efeitos disciplinares mantém-se a dependência hierárquica, competindo ao Coordenador da USP emitir parecer a ser considerado na decisão final.
3. Para efeitos da avaliação de desempenho é aplicado o definido no conteúdo das respetivas carreiras profissionais.

VI. Partilha de Recursos Físicos, Técnicos, Humanos e Financeiros

Como projeto inserido no funcionamento da USP, a partilha de recursos físicos, técnicos, humanos e financeiros são os mesmos contemplados para a ação da USP.

VII. Sistema de Qualidade e Monitorização

1. O ODE compromete-se a adotar uma prática dirigida para a qualidade, apostando no desenvolvimento organizacional através da implementação de uma abordagem por processos de trabalho que garanta a conformidade com boas práticas e contribua para um melhor desempenho e motivação dos profissionais envolvidos.
2. O ODE compromete-se a efetuar, sistematicamente, no Sistema de Informação, os registos de todos os dados necessários à análise e monitorização da sua atividade.
3. O ODE disponibiliza-se a participar em atividades desenvolvidas pelo ACeS no âmbito da qualidade, desde que enquadradas nos princípios referidos na alínea 1.
4. O Coordenador será sempre ouvido sobre qualquer iniciativa da Direção do ACeS relacionada com aplicação de sistemas de monitorização e/ou acompanhamento da atividade do ODE.
5. O ODE compromete-se a colaborar com o ACeS na operacionalização da rede de governação da Qualidade no Serviço Nacional de Saúde, criada ao abrigo do Despacho n.º3635/2013 nomeadamente através do cumprimento dos objetivos constantes no Plano de Ação da Comissão de Qualidade e Segurança do ACeS.

VIII. Formação, Investigação e Desenvolvimento

1. O ODE está disponível para colaborar com o Diretor Executivo do ACeS na formação de pessoal ligado à área da saúde, quer sejam funcionários da ARS, quer externos ao serviço, a qual deverá constar dos planos de formação permanentemente atualizados, bem como as eventuais fontes de financiamento e receitas.
2. A equipa de Enfermagem disponibiliza-se a integrar, orientar e avaliar Alunos de Enfermagem em Estágio.
3. Compete ao Diretor Executivo do ACeS, fazer saber às entidades competentes das disponibilidades acima referidas bem como dar cumprimento às disposições legais necessárias ao desenvolvimento desta atividade no âmbito do ODE.
4. O Diretor Executivo do ACeS procederá à divulgação de todas as ações de formação disponibilizadas aos profissionais do ACeS, através do envio atempado ao Coordenador do ODE dessa informação.
5. Ambas as partes se comprometem a divulgar a todo o ACeS os respetivos Planos de Formação, os quais serão elaborados em articulação através dos respetivos responsáveis da formação do ACeS e da USP, permitindo a participação dos profissionais de acordo com os seus interesses e necessidades.
6. O ODE disponibiliza-se a participar em projetos desenvolvidos pelo ACeS no âmbito da Investigação e Desenvolvimento.

IX. Disposições Finais

1. Este manual pode ser revisto por iniciativa de qualquer uma das partes e alterado por acordo mútuo.
2. Em relação a todos os assuntos em que este manual é omissivo ou em que sejam suscitadas dúvidas, devem as partes reunir e dialogar sempre que tal se justifique e deliberar caso a caso.
3. Não sendo possível obter acordo nas situações a que se refere o ponto anterior, a resolução final compete à Administração Regional de Saúde do Norte, IP.
4. Nos casos não previstos expressamente neste Manual de Articulação os signatários acordarão os correspondentes termos de articulação redigindo uma adenda que será validada após numeração, data e assinatura de todos os parceiros.

