



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

---

LISBOA · PORTO

**A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM ENFERMAGEM E O  
EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO**

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

Por

Luísa Maria Almeida Campos de Teixeira do Vale Ferreira

Porto – março de 2019





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

---

LISBOA · PORTO

**A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM ENFERMAGEM E O  
EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO**

**NURSING EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE AND COMMUNITY  
EMPOWERMENT**

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

Por

Luísa Maria Almeida Campos de Teixeira do Vale Ferreira

Sob a orientação de Professor Doutor Pedro Melo

Porto – março de 2019



## RESUMO

Este relatório explana o percurso de aquisição de competências durante o estágio final do Curso de Mestrado em Enfermagem, para a obtenção do grau acadêmico de Mestre e o título profissional de Especialista em Enfermagem Comunitária. Durante este percurso na Unidade de Saúde Pública (USP) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da região Norte, recorreu-se ao Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) para implementar um projeto de intervenção comunitária alicerçado no projeto de investigação MAIEC - Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem (VEDE). Este permitiu a prática de uma Enfermagem *Comunitária Avançada*, visto que foi utilizado um modelo teórico e dados contributos no processo de investigação, transferência de conhecimentos para a prática clínica e reflexão e partilha desse conhecimento com os pares e a sociedade, desenvolvendo, dessa forma, as competências de Mestre em Enfermagem. O projeto permitiu alicerçar as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, utilizando como metodologia o planeamento em saúde, associada à vigilância epidemiológica e a capacitação (empoderamento) comunitária num processo de gestão de programas e projetos. No primeiro capítulo do relatório –Contextualização - é apresentado de forma mais aprofundada o contexto, as políticas e o enquadramento da problemática abordada no estágio, assim como o processo de empoderamento comunitário, o modelo teórico de referencia utilizado - Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC)” e a evidência orientadora da sua utilização no contexto do estágio. Apresenta-se, no capítulo seguinte, o projeto alicerçado na explanação da metodologia do Planeamento em Saúde, apresentando em subcapítulos as suas várias etapas. Por fim conclui-se de que forma todo o processo de estágio contribuiu de forma efetiva para o desenvolvimento das competências especializadas em Enfermagem Comunitária, assim como as competências previstas para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

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

## ABSTRACT

This report explains the journey of skill acquisition during the internship to obtain the Master's academic degree and the professional of Community Nursing Specialist. During this journey at the Public Health Unit (USP) of a Group of Health Centers (ACES) in the Northern region of Portugal, Evaluation, Intervention and Empowerment of the Community Model (MAIEC) was used to implement the research project MAIEC – Epidemiological Surveillance of the Nursing Diagnoses (VEDE). This allowed the practice of an Advanced Communitarian Nursing, since it was used a theoretical model and contributions during the investigation process, transfer of the acquired knowledge to the clinical practice, reflection and also during the sharing of this knowledge with peers and the society, thus developing the Master's skills. This project allowed the consolidation of the specific skill of the Community Nursing Specialist Nurse, using as methodology the health planning, associated with epidemiological surveillance and community empowerment in a program and project management process. On the first chapter of this report – Contextualization – the context, the policies and the framework of the problem addressed during the internship, as well as the process of community empowerment, the theoretical reference model used – “Model of Evaluation, Intervention and Empowerment (MAIEC)” and the guiding evidence of its use in the context of the internship are presented in more detail. The next chapter presents the project based on the explanation of the methodology of Health Planning, with its various stages organized in subchapters. Finally, it concludes that the entire internship process contributed effectively to the development of the specialized competences in Community Nursing, as well as the competencies expected for the obtention a Master's degree in Nursing.

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

“Devemos ser a enfermagem que queremos ter.”

*Marislei Espíndula Brasileiro*



## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Pedro Melo por ter sustentado e aumentado o meu interesse pela Enfermagem Comunitária e porque sem ele este processo não era possível. Muito obrigada, pela disponibilidade, pelo empoderamento e pela visão positiva!

À Enfermeira Amélia por me ter ajudado a crescer profissionalmente e a desenvolver competências. Por todo o carinho e por todo o tempo que investiu em mim! Obrigada do fundo do coração!

À Enfermeira Fernanda por me ter orientado. Pelos momentos de trabalho e de pausa. Muito obrigada.

À minha amiga Sílvia Cardoso, por me ter ensinado muito ao longo da minha licenciatura e me ter ajudado a querer crescer academicamente. Obrigada pelo incentivo e pelo apoio na procura do Mestrado!

À Teresa por ser o apoio nos meus desabafos e a festa nas minhas vitórias! Adoro-te!

Às 5 da vida airada: Raquel, Sandra, Sandra Brás, Isabel e Alice, por serem as melhores amigas de curso que alguém podia ter, pelo companheirismo, pelos momentos de stress aliviado, por me terem sempre em boa conta e essencialmente por me fazerem acreditar na Enfermagem! Vocês são um exemplo, obrigada!

À minha sogra por toda ajuda e toda disponibilidade. Essencialmente por me tratar como uma filha. Estou imensamente agradecida!

Ao meu pai e à minha irmã, Isabel por todo o carinho e pelo apoio nos momentos de cansaço. Amo-vos muito!

Ao meu Marido, agradeço por todo o apoio, todo o incentivo e toda a paciência ao longo deste percurso. Amo-te muito, Aníbal.

Por fim, a Deus por tudo o que É para mim!

## SIGLAS/ABREVIATURAS

AC:AF – Auto-cuidado: Atividade física

ACES/ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ECL- Equipa coordenadora local

ELI - Equipa Local de Intervenção do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

EP- Excesso de Peso

Ex- Exercício

MAIEC- Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

ODE- Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

PLS- Plano Local de Saúde

PNS- Plano Nacional de Saúde

SAPE- Sistema de Apoio à prática de enfermagem

SASU- Serviço de Atendimento a Situações de Urgência

SI-Sistemas de Informação

SIARS- Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde

UAG- Unidade de Apoio à Gestão

UCC- Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP- Universidade Católica Portuguesa

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF- Unidade de Saúde Familiar

USP- Unidade de Saúde Pública

URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

VEDE- Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem



## ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO.....	17
2.CONTEXTUALIZAÇÃO .....	19
3. EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO .....	23
3.1. MODELO DE AVALIAÇÃO INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (MAIEC) .....	25
3.2. EMPODERAR UMA COMUNIDADE DE ENFERMEIROS NA SUA PRÁTICA DE DOCUMENTAÇÃO .....	28
4. PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	33
4.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....	33
4.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES .....	38
4.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS E SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS .....	40
4.4. PREPARAÇÃO OPERACIONAL – PROGRAMAÇÃO .....	45
4.5. AVALIAÇÃO .....	47
5.CONCLUSÃO.....	53
6.REFERÊNCIAS .....	55
7.APÊNDICES .....	59
I- Tarefas previstas para a aquisição de competências .....	60
II- Prática baseada na Evidência. O porquê dos focos .....	64
III- Questionário adaptado à população.....	81
IV- Consenso de peritos .....	90
V - Reunião de grupo focal.....	96
VI - Sessão informativa e plano de sessão .....	111
VII - Sessão formativa e plano de sessão .....	122
VIII- Newsletter.....	156
IX- Regulamento ODE.....	164
X- Ficha de avaliação das formações .....	170
XI- Questionário de Avaliação .....	173
8.ANEXOS .....	180

I-Matriz de decisão clínica MAIEC.....	181
--	-----

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1- NÍVEL DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO	38
---	----

## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1- CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

46



## 1. INTRODUÇÃO

Este trabalho é elaborado no âmbito do estágio final e relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa (UCP) do Porto para obtenção do grau académico de Mestre e o grau profissional de Especialista em Enfermagem Comunitária.

Para a sua elaboração, opta-se por utilizar a norma de referência APA.

O objetivo central deste relatório é explanar o projeto que foi realizado para a aquisição de competências durante o estágio, e de que forma a implementação do mesmo a partir da USP poderá obter ganhos em saúde.

O estágio decorreu entre 10 de setembro de 2018 e 5 de janeiro de 2019 numa USP de um ACES da região Norte com a tutoria das Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária e Mestres Amélia Ferreira e Fernanda Coelho e a orientação do Professor Doutor Pedro Melo.

Foi analisado o Plano Local de Saúde (PLS) do referido ACES, para melhorar os seus objetivos e, recorrendo ao MAIEC, foi iniciado o empoderamento dos seus enfermeiros para a VEDE. Dentro desta problemática foram selecionados os focos de enfermagem que, segundo o PLS, possam otimizar o estado de saúde e a capacitação da população servida pelo referido ACES. Deste modo foi possível adquirir e aprimorar as competências propostas para um Mestre e para um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária. Visto que, com este modelo, foi possível utilizar técnicas de investigação, de epidemiologia e de planeamento em saúde, fazer um juízo de enfermagem especializada, capacitar uma população e gerir programas.

Em suma, desta forma tive a oportunidade de desenvolver todas as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária definidas pelo estatuto da Ordem

dos Enfermeiros publicadas no Regulamento n.º 428/2018 em Diário da República n.º 135/2018, Série II: Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS); Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

E, também, de desenvolver as competências de Mestre definidas no Guia de Mestrado da UCP (2018): Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respetiva área de especialização em Enfermagem, no desenvolvimento das competências adquiridas no curso de licenciatura de enfermagem, incluindo no domínio da investigação; Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em Enfermagem; Possuir capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou as condicionem; Possuir capacidade para comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades e por fim, possuir competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Este relatório está estruturado pelos seguintes capítulos: “Contextualização” em que são definidos o ACES, o PLS do mesmo, as funções de um Enfermeiro Especialista em Comunitária e de uma USP e por fim o projeto que foi implementado na mesma; Empoderamento Comunitário em que é especificada a importância do seu uso para a obtenção de ganhos em saúde, estando dividido pelos subcapítulos: “Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC)” e “Empoderar uma comunidade de Enfermeiros na sua prática de documentação” nos quais é aprofundada a teoria de enfermagem, relacionando-a com a prática baseada na evidência e explorando a obtenção de competências e a profissão atualmente. Por último, o capítulo: “Planeamento em Saúde” em que é definido o método e de que forma foi implementado. Este está dividido pelos subcapítulos: “Diagnóstico de Saúde”; “Definição de Prioridades”; “Fixação de objetivos” e “Seleção de Estratégias”; “Preparação operacional – Programação” e “Avaliação”.

## 2.CONTEXTUALIZAÇÃO

O ACES da região Norte em estudo abrange 51 freguesias de três municípios e tem 159861 utentes inscritos.

Este ACES está organizado por quatro órgãos: o Diretor Executivo; o Concelho Executivo; o Conselho Clínico e de Saúde e o Conselho da Comunidade. E é composto por 21 unidades funcionais [11 Unidades de Saúde Familiar (USF), 5 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 3 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), a USP e a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)] e 5 unidades/serviços complementares à sua atividade [Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), Serviço de Atendimento a Situações de Urgência (SASU), Equipa Coordenadora Local da Rede Nacional de Cuidados Integrados (ECL), Equipa Local de Intervenção do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (ELI), Unidade de Apoio à Gestão (UAG) e o Gabinete do Cidadão.

Cada uma destas unidades tem funções específicas.

Regulamentado pelo Decreto-Lei nº81/2009, alterado pelo Decreto-Lei nº137/2013, as USP têm responsabilidade de:

1. Elaborar informação e planos em domínios da saúde pública;
2. Proceder à vigilância epidemiológica;
3. Gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos;
4. Colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.
5. Promover a investigação;
6. Promover e participar na formação pré-graduada e pós-graduada e contínua dos diversos grupos profissionais que a integram

A USP é constituída por uma equipa multidisciplinar que integra pelo menos um Enfermeiro (Ministério da Saúde, 2009) de preferência com especialidade em Enfermagem Comunitária.

As competências específicas deste Enfermeiro Especialista são: Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades; Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS e Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Como é perceptível estas competências estão explanadas nas responsabilidades das USP, logo estas unidades são um local de eleição para as desenvolver. São, também, locais de relevância para a implementação de projetos de investigação.

Não só por esses motivos é que este foi o local escolhido, como também, para que fosse possível guiar o estágio nos seguintes cinco objetivos específicos inicialmente propostos: utilizar a metodologia do planeamento em Saúde na comunidade ACES; contribuir para a monitorização dos determinantes em saúde do PLS; contribuir para a implementação do projeto MAIEC- VEDE no ACES; contribuir para o empoderamento da comunidade ACES utilizando o MAIEC e desenvolver capacidades de investigação, consciência crítica, comunicação e de resolução de problemas.

A USP foi também um local que se revelou como ferramenta para realizar as tarefas previstas para alcançar as competências propostas pelo curso. (Apêndice I)

O Projeto MAIEC– Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem no ACES teve como finalidade efetuar a VEDE recorrendo a um estudo sobre a prevalência de documentação de enfermagem de determinados fenómenos de acordo com o PLS do mesmo. Desta forma objetivou-se aumentar essa prevalência para melhorar os objetivos a que o mesmo se propõe.

Iniciou-se, por esta razão, o empoderamento aos enfermeiros do ACES para que, com uma maior consciencialização sobre a VEDE se possa obter uma melhor taxa de documentação e que esta seja promotora da melhoria do estado de saúde dessa população.

Desta forma, perspetivou-se, também, a demonstração do valor social e profissional dos enfermeiros para a contribuição de ganhos em saúde das populações.

Segundo o PLS do ACES onde decorreu o estágio as necessidades de saúde priorizadas, a serem trabalhadas por todas as suas unidades, são descritas pela menor mortalidade (por

Doenças Cerebrovasculares; Tumor Maligno do Pulmão; Tumor Maligno da Mama Feminina e Diabetes *Mellitus*), pela menor prevalência de perturbação Depressiva e Diabetes *Mellitus* e pelas seguintes Determinantes de Saúde: menor consumo de tabaco; menos Peso excessivo; menos Obesidade; menor consumo de Álcool; mais exercício físico e menos Hipertensão Arterial.

O mesmo define que os determinantes de saúde podem ser determinados pela idade, o sexo, o nível de instrução, a situação de emprego, as condições de vida, os aspetos psicossociais, comportamentais, biológicos e os de acessibilidade aos serviços de saúde e da sua qualidade.

É importante referir que os comportamentos e os estilos de vida influenciam, a saúde individual e coletiva visto que contribuem como condicionante de uma grande parte de doenças crónicas não transmissíveis.

Os comportamentos são alvo do trabalho do enfermeiro pelo que foi feita uma pesquisa no Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS), da documentação de enfermagem concorrente aos Determinantes de Saúde Considerados prioritários no ACES em estudo. Após a sua análise verificou-se que “Exercício” (Ex.), “Autocuidado – Atividade Física” (AC:AF) e “Excesso de Peso” (EP) são fenómenos pouco notificados em relação às necessidades expostas no PLS e ao número de utentes inscritos. Pelo que se optou por guiar o Projeto MAIEC – VEDE no ACES nesses três fenómenos. Esta escolha foi efetuada com base nas necessidades do ACES e na evidência científica e encontra-se fundamentada no apêndice II.



### 3. EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

O empoderamento comunitário é um processo contínuo e interativo que proporciona um conhecimento das competências e das capacidades desenvolvidas na comunidade, de modo a promover mudanças sociais e políticas de forma a cumprir um programa. Este processo implica que as pessoas envolvidas tenham mais controlo sobre as decisões importantes e as estruturas sociais que influenciam as suas vidas. Como tal, é necessário aumentar o poder interior individual para que formando pequenos grupos se possam criar organizações comunitárias empoderadas. (Laverack, 2008)

Uma organização empoderada é gerida democraticamente e os seus membros partilham informações, controlam a sua tomada de decisão e implementam e controlam os esforços para a concretização de objetivos que são definidos por unanimidade. (Laverack, 2008)

O empoderamento comunitário pode envolver um trabalho para ajudar pessoas menos fortes a superar o desânimo aprendido e o sentimento de impotência. Deste modo promove-se um bem-estar psicossocial, inicia-se um processo de mobilização de ações comunitárias que apoiam as políticas internacionais e nacionais que darão origem a mais justiça económica e política e a longo prazo haverá potencialidade para melhorar os comportamentos relacionados com a saúde. No entanto, este deve ter origem no seio da comunidade em que esta demonstra uma participação ativa, não sendo assim algo fornecido. (Laverack, 2008)

Este processo, apesar de apresentar conceitos diferentes, está intimamente ligado com a promoção da saúde, essencialmente ao nível da capacitação. Sendo que os promotores de saúde devem-no ter em consideração na sua gestão de programas. (Laverack, 2008)

A promoção da saúde é o processo que visa capacitar os indivíduos e as comunidades no controlo da sua saúde, no sentido de a melhorar. Sendo que por saúde se define como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, é necessário que o indivíduo ou o grupo estejam aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas

necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como um objetivo de vida. Logo, este processo não pode ser da responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige a possibilidade de criar estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar. (WHO, 1986)

Quando um promotor da saúde opta pelo empoderamento, que envolve a ampliação de capacidades, obtém uma comunidade mais eficiente e mais apta que gradualmente se vai tornando autónoma. No entanto deve ter em consideração um programa maioritariamente ascendente, em que as necessidades de saúde são expressas pela comunidade e não exclusivamente aquelas que se evidenciam nos estudos do promotor. Desta forma irá utilizar o poder partilhado, ou seja, irá partilhar formas de poder superior para alcançar um aumento do poder interior das pessoas. (Laverack, 2008)

Existem várias abordagens à promoção da saúde: a médica; a comportamental; a pedagógica; a centrada no utente e a socioambiental. No entanto as abordagens médica, comportamental e socioambiental são mais relevantes na conceção, implementação e avaliação dos programas. A abordagem médica centra-se essencialmente na ausência de doença, a comportamental prende-se bastante pelos estilos de vida e a socioambiental centra-se na influência das condições ambientais e sociais. (Laverack, 2008)

Uma das abordagens bastante utilizada pelos enfermeiros é a comportamental com o recurso a campanhas de educação para a saúde.

No entanto é importante perceber que essas intervenções não bastam por si só. O conceito de empoderamento comunitário, vem desta forma consciencializar os promotores de saúde que a promoção do conhecimento em exclusivo não capacita as comunidades. (Laverack, 2008)

Assim sendo, o recurso às várias abordagens poderá ser benéfico visto que as condições ambientais e sociais influenciam os estilos de vida que da mesma forma interferem na presença ou ausência de doença. (Laverack, 2008)

Glenn Laverack (2008) sugere que o empoderamento comunitário apresenta cinco fases que decorrem de forma contínua: a ação social, o desenvolvimento de pequenos grupos dinamizadores, a criação de organizações comunitárias e, de seguida, de sociedades e por fim a ação social e política.

A avaliação do empoderamento deve ser feita em nove domínios. Pretende-se com esta metodologia que haja um aumento da participação e do controlo da gestão do programa por parte das partes interessadas, que haja um aumento da capacidade de apreciação de problemas e da mobilização de recursos, que se desenvolva a liderança local e a criação de estruturas organizativas, que se consolide as ligações entre as pessoas e as organizações, que se realce a capacidade de questionar as partes interessadas e que se crie uma relação equitativa com os agentes externos (promotores de saúde). (Laverack, 2008)

### 3.1. MODELO DE AVALIAÇÃO INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (MAIEC)

O exercício profissional dos enfermeiros é cada vez mais conceptual, usando o conhecimento da disciplina a partir da investigação e das teorias de Enfermagem. (Silva; Rodrigues, 2012)

A investigação em enfermagem é fundamental para o aumento dos conhecimentos da disciplina e para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Esta prática concede a oportunidade de descrever as características de uma situação, explicar fenómenos que possam melhorar o exercício da profissão e a vida dos indivíduos, prever e controlar determinadas situações e elaborar intervenções que permitam a promoção de comportamentos desejáveis e a prevenção de comportamentos indesejáveis. (Rodrigues, 2012; Polit, Beck, & Hungler, 2004; Fortin, 1999)

A emergência de teorias de Enfermagem está aleada ao conceito de Enfermagem Avançada. Segundo o Doutor Abel Paiva e Silva, num dos seus artigos referentes a este tema, este conceito é definido por uma Enfermagem com mais enfermagem, ou seja, uma ligação da profissão à disciplina. Conceito também defendido por Melo (2016).

O MAIEC é um modelo conceptual (Teoria de Enfermagem) de decisão clínica de Enfermagem Comunitária aleada ao empoderamento comunitário, necessário para o sucesso dos programas. Este surgiu como resposta a um desafio sentido no processo de decisão clínica dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária. Pois, embora os

cuidados à comunidade sejam remotos na nossa história, a intervenção comunitária dos dias de hoje necessitava de uma reformulação. Por conseguinte, este modelo, ao fornecer uma matriz de decisão clínica revelou-se como uma ferramenta essencial para a intervenção em comunidades que não sejam famílias ou grupos. Visto que, para este tipo de clientes, já existiam outros modelos conceptuais. (Melo P. , 2015; Melo P. , 2016; Melo P. , 2017; Melo, Gomes da Silva, & Figueiredo, 2018; Melo P. , 2018)

A construção deste modelo que corresponde às necessidades dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, dá-lhes a capacidade para tomar decisões baseadas na investigação com uma linguagem comum e com o desenvolvimento do conhecimento para a Enfermagem Avançada. (Melo P. , 2017)

O MAIEC possui os seus próprios conceitos, pressupostos e postulados. Possui, ainda uma matriz de decisão clínica (anexo I). (Melo P. , 2016; Melo P. , 2017; Melo, Gomes da Silva, & Figueiredo, 2018)

Segundo Melo (2015; 2016; 2017) os conceitos deste modelo são:

- Comunidade: conjunto de pessoas integradas em determinado contexto geográfico definido e com funções identificadas, que partilham objetivos comuns num sentido de unidade; sistema relacional aberto, proveniente da interação (através da participação, liderança e processo comunitários) das pessoas, grupos e organizações comunitárias.
- Ambiente Comunitário: conjunto de pessoas (da comunidade e externas que têm uma relação interativa), elementos físicos (estruturas que conferem identidade e onde os membros definem os seus papéis, a sua segurança e proteção) e elementos económicos e políticos. Este abrange o Macrossistema comunitário (políticas comunitárias), o Mesossistema comunitário (organizações comunitárias), o Microsistema comunitário (indivíduos e pequenos grupos comunitários) e ainda o Cronossistema comunitário (o tempo que dá identidade à comunidade).
- Saúde Comunitária: Processo dinâmico de empoderamento comunitário em que a participação, o processo e a liderança comunitários se aliam para a capacidade de identificar e resolver os problemas e potenciar os recursos da comunidade.
- Cuidado de Enfermagem à Comunidade: Intervenção colaborativa e potenciadora da comunidade, consolidando a abordagem da gestão comunitária como potenciadora dos ganhos em saúde comunitários sensíveis aos cuidados de enfermagem.

O MAIEC apresenta três pressupostos que indicam: que os cuidados de enfermagem centrados na comunidade, são orientados por um paradigma sistémico num processo de empoderamento comunitário; que se deve dar destaque à abordagem colaborativa, tendencialmente orientada para a autonomia da comunidade na identificação e resolução dos seus problemas e na perspetiva tendencial da independência do agente externo e que os cuidados devem dirigir-se pela potencialização das forças, recursos e competências da comunidade. E identifica como postulados que todas as comunidades são suscetíveis de avaliação e intervenção em que a sua abordagem é desenvolvida quer no contexto da potenciação da saúde comunitária como na perspetiva da potenciação da saúde pública e que a avaliação da comunidade define o planeamento de intervenções adequadas às suas necessidades, de acordo com o seu ambiente comunitário; que a comunidade, enquanto cliente, necessita de intervenções de enfermagem, em prol da potenciação das respostas no empoderamento comunitário como processo e como resultado e, por fim, que as intervenções centram-se neste processo aleado às necessidades específicas da comunidade identificadas na avaliação de cada projeto de intervenção comunitária. (Melo P. , 2016; Melo P. , 2017; Melo P. , 2018)

Durante o estágio descrito neste relatório foi utilizada esta teoria de Enfermagem, o que tornou possível integrar conhecimentos e emitir juízos de Enfermagem especializada. Foi, também, possível com a sua utilização no Projeto MAIEC– VEDE no ACES (já contextualizado anteriormente) o desenvolvimento de técnicas de investigação e a obtenção de uma compreensão aprofundada na área de especialidade de enfermagem comunitária (resolvendo problemas em situações novas e complexas e de comunicar as respetivas soluções e/ou conclusões inerentes ao desenvolvimento do projeto).

Deste modo viabilizou-se a aquisição de competências inerentes à etapa académica em questão baseada no uso dos conhecimentos da disciplina apartir da investigação e das teorias de Enfermagem para a prática.

### 3.2. EMPODERAR UMA COMUNIDADE DE ENFERMEIROS NA SUA PRÁTICA DE DOCUMENTAÇÃO

O processo de empoderamento comunitário iniciado durante o estágio potencializou como alvo de cuidados especializados de enfermagem os próprios enfermeiros do ACES. Tornando-se assim um desafio inovador na obtenção de competências especializadas.

O Enfermeiro Especialista, independentemente da sua área de especialidade, demonstra uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e no âmbito da formação, uma encarecida aptidão de investigação e assessoria. Deste modo, as competências acrescidas que lhe são conferidas são ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Assim, este profissional, trabalha com a equipa e em equipa para a conceção de uma Enfermagem Avançada nos domínios de competência que lhe são atribuídos. (Ordem dos Enfermeiros, 2019)

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (cujas competências já foram explanadas no capítulo anterior), considera a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade, enfrentando-os com recurso ao planeamento em saúde atendendo às suas diferentes etapas e promovendo a capacitação da mesma com o objetivo de conquistar projetos de saúde coletivos. Este profissional considera, também, a pertinência e as especificidades dos diferentes Programas de Saúde e os objetivos estratégicos do PNS e, deste modo, procede à vigilância epidemiológica como um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde-doença e maximiza atividades de âmbito comunitário para a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

A profissão de enfermagem enfrenta, atualmente diversas controvérsias no reconhecimento político do seu devido valor e abarca com enfermeiros exaustos e desmotivados, com sentimentos de impotência. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

Face a esta situação, e tendo em conta que este processo académico se centrou no objetivo de praticar a Enfermagem que se anseia ter, tornou-se fundamental cuidar dos enfermeiros. Sendo que, dessa forma, foi possível desenvolver as competências associadas à obtenção da especialidade e iniciar um processo de melhoria contínua deste grupo profissional que

empoderado poderá, não só, demonstrar politicamente o seu valor, como também, contribuir para uma melhoria efetiva e visível dos objetivos do PNS.

Para o estabelecimento do cuidado especializado aos enfermeiros do ACES foi necessário ir para além da experiência profissional o que implicou um esforço acrescido para a obtenção das competências, no entanto foi importante para perceber que as mesmas, apesar de estarem mais associadas aos cuidados de saúde primários podem ser desenvolvidas no meio hospitalar.

A implementação do empoderamento dos enfermeiros implicou considerá-los como uma comunidade. Esta atividade foi sustentada pela definição do perfil de competências do enfermeiro pela ordem dos enfermeiros (2012) e pelo conceito de comunidade expresso no MAIEC e por Laverack (2008).

O enfermeiro é o profissional que se centra na relação interpessoal entre si e o seu cliente, apresentando uma tomada de decisão que orienta o exercício profissional em que incorpora os resultados da investigação na sua prática. As atitudes que caracterizam o seu exercício profissional revelam os seguintes valores comuns: os princípios humanistas, de respeito pela liberdade e dignidade humanas e os princípios democráticos de aceitação dos valores das pessoas e grupos. No seu desempenho, os enfermeiros cumprem os deveres previstos no Código Deontológico e o regulamento do exercício da profissão, que sustentam a boa prática da Enfermagem.

Segundo Laverack (2008), os aspetos que definem uma comunidade são a sua área, a existência de laços comuns e a interação social. Os elementos que a caracterizam são as necessidades semelhantes, a ligação emocional idêntica, a influência mútua, as normas e valores idênticos, a associação e o sistema de símbolos comuns. Associado ao empoderamento comunitário, a comunidade é definida não tanto pelo local onde se encontra mas essencialmente pela interação social e pelos fins e necessidades comuns. Esta definição assemelha-se à de Melo (2015; 2016; 2017) explanada no subcapítulo anterior.

Assim sendo, com base na evidência científica e no que está regulamentado, os enfermeiros do ACES foram considerados uma comunidade. E, recorrendo ao postulado do MAIEC que refere todas as comunidades são suscetíveis de avaliação e intervenção, foi possível iniciar este processo.

Os diversos contextos desta comunidade influenciaram o empoderamento comunitário realizado durante o estágio. Essencialmente os contextos: sociocultural, político e organizativo.

O contexto sociocultural designa-se essencialmente por atitudes, crenças, valores e práticas societárias e culturais. (Laverack, 2008)

A comunidade avaliada segue a tendência de obedecer a uma liderança que recorre a um poder superior o que, segundo Laverack (2008), limita a sua tomada de decisão e consequentemente o seu empoderamento.

O contexto político é constituído por aqueles que governam e controlam as decisões e as políticas. Se este contexto for desfavorável, é necessário capacitar a comunidade para se mobilizar e criar uma ação coletiva a nível local para depois criar transformações sociais e políticas mais abrangentes. (Laverack, 2008)

Este contexto na comunidade enfermeiros, é desfavorável devido à política nacional pelo que foi iniciada a capacitação da mesma de acordo com o sugerido pela literatura.

Por fim, em relação ao contexto organizativo, Laverack (2008) refere os constrangimentos existentes a nível económico, visto que todas as ações têm de ser quantificadas. Esta prática inibe o empoderamento.

A verdade, é que os enfermeiros nos cuidados de saúde primários estão coagidos pelas contraturalizações das unidades, que são realizadas essencialmente por indicadores de resultados. Como tal, este foi um fator de inibição neste processo.

As comunidades nunca obtêm o poder absoluto, isto é, estas tornam-se empoderadas em função de um assunto específico. (Laverack, 2008)

Como tal, o processo de empoderamento comunitário aos enfermeiros do ACES, alicerçado na matriz de decisão clínica do MAIEC, foi iniciado sobre a problemática VEDE.

A vigilância epidemiológica define-se pela recolha, análise e interpretação sistemática de dados em saúde para o planeamento, implementação e avaliação das atividades em saúde pública. Os seus objetivos são amplos, sendo que se pretende a prevenção precoce para uma resposta imediata a doenças transmissíveis e para respostas planeadas aos casos de doenças

crônicas. Esta prática pode ser realizada para: identificar casos, avaliar impactos e tendências de eventos para a saúde pública, medir fatores de risco para doenças, monitorizar a efetividade e avaliar o impacto de medidas implementadas para manter e/ou modificar estratégias e políticas de saúde; planejar e fornecer atenção aos doentes, aumentar a responsabilidade das pessoas, mobilizar as comunidades; e provar a necessidade de maiores recursos. (Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2010)

A VEDE assegura a gestão de programas que integram as necessidades da população sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo uma área potenciadora da valorização da documentação dos cuidados de enfermagem. A gestão desta prática deve ser assegurada por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária da USP que realize o empoderamento comunitário aos enfermeiros do ACES na sua prática de documentação. Esta prática inovadora contribui para uma visão mais alargada da saúde sendo que não se refere somente à doença. (Bastos, 2017; CIIS-UCP, 2018)



#### 4. PLANEAMENTO EM SAÚDE

O Planeamento em saúde é um processo contínuo que procura um estado de saúde equitativo e eficiente, através da promoção da saúde e da prevenção, da cura e reabilitação da doença, incluindo mudanças de comportamento pela população. Este processo é dividido em seis etapas: O diagnóstico de situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional - programação e a avaliação. (Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1992)

Neste estágio o planeamento em saúde foi utilizado numa população promotora da saúde: Os Enfermeiros do ACES. Esta população foi escolhida com vista a uma melhoria de documentação dos determinantes de saúde expostos no PLS desse mesmo ACES.

Em suma o planeamento em saúde foi utilizado não em prol de um diagnóstico de saúde de uma população, mas sim num diagnóstico das necessidades sentidas pelos enfermeiros na sua atividade diagnóstica documentada. Nesta fase do planeamento foi possível ser avaliado o impacto das estratégias utilizadas. Posteriormente, na continuidade do projeto, será possível avaliar o impacto na saúde da população inscrita no ACES.

##### 4.1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

No diagnóstico de situação são identificados os problemas e determinam-se as necessidades de saúde. Este deve ser alargado, aprofundado, sucinto, rápido e claro. Nesta fase são identificados os fatores causais e explicativos, a evolução temporal e a definição de tendência evolutiva. As necessidades de saúde constituem a parte fundamental do diagnóstico e são definidas pelo conjunto de necessidades reais, expressas e sentidas, e pela oferta disponível. (Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1992)

O método de recolha de dados utilizado nesta população foi um questionário online realizado com base na atividade diagnóstica do MAIEC. Não foi realizado pré-teste pois foi adaptado de um questionário utilizado noutra população semelhante por Bastos (2017). Este é composto por dois grupos: o primeiro corresponde à caracterização socioprofissional e a segunda à atividade diagnóstica MAIEC.

As questões realizadas no segundo grupo incluem os focos Autocuidado: Atividade Física, Ansiedade, Excesso de peso, Exercício, Sono e Uso do álcool como se pode verificar no apêndice III. No entanto só serão analisados os focos Autocuidado: Atividade Física, Excesso de peso e Exercício visto que os outros não fazem parte deste estudo.

A população em estudo foi de 106 enfermeiros do ACES que utilizam os registos de enfermagem no programa de sistemas de informação (SI): SClínico na sua prática diária e que não estão inseridos na implementação do estudo. Desses responderam 67, ou seja, a taxa de adesão ao preenchimento do questionário foi de 63,2%.

Do total de respostas caracteriza-se a amostra como maioritariamente do sexo feminino (92,5%) com uma média de idades de 40 anos, média de tempo de experiência profissional de 18 anos e de tempo de serviço de 9 anos.

Do total de inquiridos, 68% é licenciado, 18% é mestre, 11% pós-graduado e 3% bacharel. A maioria não possui especialidade (54%), 16% é especialista em Enfermagem Comunitária, 12% em Enfermagem de Reabilitação, 10% em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, 6% em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e 1% em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Verificou-se que a maioria dos respondentes considerou ter conhecimentos sobre a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem (52,2%), revelou ter volição e considerou importante participar num projeto no ACES sobre esta temática (74,6% e 95,5% respetivamente). 95% considerou que a sua documentação tem um contributo importante para o Diagnóstico de Saúde do ACES e apontaram como razões os seguintes padrões de resposta:

- Planeamento e gestão;
- Conhecimento do estado de saúde/ necessidades da população/ intervenções adequadas;
- Identificar problemas para o Diagnóstico de Saúde do ACES;
- Melhoria contínua;
- Monitorização de dados/ avaliação;
- Investigação e tomada de decisão;
- Valorização registos/interesse para a profissão.

Quando questionados sobre o conhecimento sobre as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do PLS do ACES 3% dos inquiridos só conhece as Necessidades de Saúde, 4,5% os Objetivos de Saúde e 16,4% os Problemas de Saúde. A maioria desconhece a totalidade (47,8%) e 28,4% refere conhecer todos.

Sendo que os focos em estudo estão relacionados com os constituintes do PLS questionados, é de interesse referir que daqueles que mencionaram ter conhecimento quatro identificaram como Necessidade de Saúde “menor peso excessivo”, dois identificaram como Problemas de Saúde “Excesso de peso” e quatro “Obesidade” e dentro dos Objetivos de Saúde um referiu o objetivo de outcome nº5 (Diminuição da obesidade), e dois referiram o objetivo de outcome nº8 (Diminuição da Obesidade Infantil).

Em relação à vigilância epidemiológica dos focos selecionados todos os inquiridos acreditam que é importante para o diagnóstico de saúde do ACES. No entanto ainda só 77,6% referem avaliar frequentemente o Excesso de Peso, 58,2% o Exercício e 53,7% o Autocuidado: Atividade Física. Relativamente às crenças da importância da documentação o EP mantém-se líder com 70,1% das respostas enquanto os outros dois focos têm o mesmo valor para os respondentes, 47,8%. As razões para esta escolha são relatadas pelos seguintes padrões de resposta e de forma decrescente:

- Por ter relação direta com estado de saúde das pessoas/estilo de vida saudável;
- Por apresentar maior frequência;
- Por estarem relacionados com outros problemas de saúde e com o PLS;
- Para a melhoria dos diagnósticos de enfermagem e intervenções adequadas e por serem mais relevantes;
- Devido ao aumento da obesidade/sedentarismo;
- Por ser sensível a ganhos em saúde e por ter relação com outros fenómenos de enfermagem.

Para a documentação dos focos de enfermagem, como já referido, é utilizado o programa “SClínico” e como tal é necessário estar instruído para realizar esta atividade. Em relação aos focos em estudo 58,2% refere ter formação, no entanto 86,6% considera ter ainda mais necessidades formativas. Revelam que têm formação em EP, 82,1% dos enfermeiros e em Ex. e AC:AF 61,5%. 67,2% têm necessidades formativas em EP, 69% em Ex. e 58,6% em AC:AF.

Quanto á avaliação da instituição na eficácia da intercomunicação 61,2% dos enfermeiros referem que existe um circuito de informação entre as suas unidades funcionais e o ACES e

67,2% consideram essa comunicação clara. No entanto 73,1% consideram que não é discutida esta temática. Dentro dos restantes membros, 38,9% referiram que é discutido nas reuniões das unidades funcionais, 27,8% nas reuniões de conselhos técnicos, 11,1% nas reuniões de contratualização, 5,6% em todas estas reuniões, 11,2% nas reuniões e formações do Sistema de Apoio à prática de enfermagem (SAPE) e 5,6 % em reuniões subordinadas ao tema.

A maioria dos enfermeiros inquiridos indicaram que não existem parcerias formais que promovem a melhoria da documentação dos fenómenos de enfermagem e da vigilância epidemiológica dos mesmos (76,1%). 59,7% relatam a falta de recursos suficientes para a documentação. Sendo que a falha principal é de recursos humanos (80% das respostas), seguido dos recursos materiais (52,5% das respostas), dos recursos organizacionais (45% das respostas), dos recursos formativos (5% das respostas), dos recursos estruturais (2,5% das respostas) e por fim recursos de comunicação (2,5% das respostas).

Por fim os inquiridos foram questionados à cerca da existência de estruturas organizativas que envolvam as unidades funcionais no diagnóstico de saúde do ACES e de um líder formal ou elemento de referência para a promoção da documentação dos fenómenos de enfermagem: 58,2% e 68,7% dos enfermeiros indicam a sua inexistência respetivamente.

Com estes dados e com base na atividade diagnóstica MAIEC é possível diagnosticar os seguintes problemas na população:

- Participação Comunitária comprometida:
  - Comunicação sobre vigilância epidemiológica comprometida na perceção de 73,1% dos membros da comunidade
  - Inexistência de parcerias percecionada em 76,1% dos membros da comunidade
  - Inexistência de estruturas organizativas percecionada em 58,2% dos membros da comunidade
- Liderança comunitária comprometida:
  - Conhecimento sobre vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem não percecionada em 47,8% dos membros da comunidade

- Conhecimento sobre as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do PLS do ACES não demonstrado em 47,8% dos membros da comunidade.
- Conhecimento sobre SI com utilização da linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos fenómenos em estudo não percecionado em 41,8% dos membros da comunidade.
- Crenças sobre a importância do projeto comprometidas em 4,5% dos membros da comunidade.
- Crenças sobre o contributo da sua documentação para o diagnóstico de Saúde comprometidas em 4,5% dos membros da comunidade.
- Crenças sobre a importância de avaliar frequentemente o foco excesso de peso comprometidas em 35,9 % dos membros da comunidade.
- Crenças sobre a importância de avaliar frequentemente o foco Autocuidado: Atividade física comprometidas em 58,2 % dos membros da comunidade
- Crenças sobre a importância de avaliar frequentemente o foco Exercício comprometidas em 58,2 % dos membros da comunidade
- Volição para o desenvolvimento de um projeto que promova a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem comprometida em 26,9% dos membros da comunidade.
- Processo comunitário comprometido:
  - *Coping* comunitário (experiência no registo do foco excesso de peso) comprometido em 26,9% dos membros da comunidade
  - *Coping* comunitário (experiência no registo do foco exercício) comprometido em 46,3% dos membros da comunidade
  - *Coping* comunitário (experiência no registo do foco Autocuidado: Atividade física) comprometido em 50,8% dos membros da comunidade

Após a realização do diagnóstico no foco Gestão Comunitária, através do questionário anteriormente descrito, foi realizada uma reunião de grupos focais liderada pelo Professor Doutor Pedro Melo, o investigador principal e auxiliada pelas investigadoras colaboradoras, no qual me incluo. Nesta foi avaliado o nível de empoderamento comunitário na perspetiva dos líderes da comunidade, com a aplicação da Escala de Avaliação do Empoderamento

Comunitário (Bastos, 2017). Esta avaliação permitiu identificar o nível de empoderamento comunitário nos nove domínios propostos pela escala e apresentados no Gráfico 1:



*Gráfico 1- Nível de empoderamento comunitário*

Verifica-se, pela análise do gráfico 1, que na perspetiva dos líderes da comunidade ACES, o mesmo se encontra com um nível de empoderamento muito baixo nos domínios da participação comunitária, da capacidade para avaliar o problema, da liderança local, da existência de estruturas organizativas e na mobilização dos recursos, todos estes níveis com um score 1, no que se refere à vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem. Os domínios onde o nível de empoderamento é considerado melhor são as ligações a outros e a relação com agentes externos, porque dado o projeto ter já começado aquando da reunião de grupo focal, consideraram a parceria com a UCP já indicador de um nível mais elevado de empoderamento nestes dois domínios.

Verificando este dado optou-se por iniciar o processo de em empoderamento comunitário ao nível pessoal. Pois, segundo Laverack (2008) esta fase proporciona uma sensação mais forte de poder interior, facilitando desta forma a impotência relativa.

#### 4.2. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

A definição de prioridades é a segunda etapa do planeamento e define-se como o processo de tomada de decisão que visa a pertinência, o uso de recursos de forma eficiente e a otimização de resultados. Para tal é necessário criar critérios que devem ser tendencialmente objetivos e devem ser considerados dois elementos: O horizonte do plano e a área de programação. (Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1992)

Assim, são imprescindíveis metodologias para a determinação de prioridades em saúde com base na evidência para orientar o processo de tomada de decisão e a intervenção comunitária. (Rego Sousa , et al., 2017)

Utilizou-se como critérios a Magnitude, a Transcendência e a Vulnerabilidade com referência às definições propostas por Pereira (2004) e por Teixeira (2010). A magnitude diz respeito à dimensão e importância do problema. A transcendência é a medida de relevância social, do reconhecimento que determinada população dá a um evento, do desejo da comunidade de resolver o problema. Esta é normalmente bastante influenciada também pela gravidade dos eventos. A vulnerabilidade está relacionada com a permeabilidade à intervenção, a condição de modificação do processo conforme a capacidade científica e técnica de intervenção.

Após consenso de peritos (apêndice IV) os problemas priorizados foram os seguintes:

1. Liderança comunitária comprometida: Crenças sobre a importância de avaliar frequentemente o foco Autocuidado: Atividade física comprometidas em 58,2% dos membros da comunidade.
2. Liderança comunitária comprometida: Crenças sobre a importância de avaliar frequentemente o foco Exercício comprometidas em 58,2% dos membros da comunidade.
3. Liderança comunitária comprometida: Conhecimento sobre vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem não percebida em 47,8% dos membros da comunidade.
4. Liderança comunitária comprometida: Conhecimento sobre as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do PLS do ACES não demonstrado em 47,8% dos membros da comunidade.
5. Liderança comunitária comprometida: Conhecimento sobre SI com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos fenómenos em estudo não percebido em 41,8% dos membros da comunidade.
6. Liderança comunitária comprometida: Crenças sobre a importância de avaliar frequentemente o foco excesso de peso comprometidas em 35,9% dos membros da comunidade.

7. Participação Comunitária comprometida: Inexistência de estruturas organizativas percecionada em 58,2% dos membros da comunidade.
8. Participação Comunitária comprometida: Comunicação sobre vigilância epidemiológica comprometida na perceção de 73,1% dos membros da comunidade.
9. Participação Comunitária comprometida: Inexistência de parcerias percecionada em 76,1% dos membros da comunidade.
10. Processo comunitário comprometido: *Coping* comunitário (experiência no registo do foco Autocuidado: Atividade física) comprometido em 50,8% dos membros da comunidade.

#### 4.3. FIXAÇÃO DE OBJETIVOS E SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Para a fixação de objetivos é necessária uma avaliação sobre as condições e as capacidades existentes de modo a formular objetivos geral, específicos e operacionais pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis. Isto é, estes devem: ser adequados à situação; delinear o percurso e definir o resultado pretendido; serem passíveis de ser realizáveis e por fim serem uma possibilidade de avaliação posterior. Esta fase não é exclusivamente composta pela formulação dos objetivos, mas, também, pela seleção de indicadores de resultado e de processo, estabelecimento de metas (objetivos operacionais) e a determinação da projeção, previsão e tendência dos problemas prioritários. A elaboração de estratégias tem de ser feita com base na reeducação, facilitação, persuasão e coerção da população e das entidades, atendo aos custos e aos obstáculos inerentes, às suas vantagens e desvantagens e à sua pertinência. Esta etapa segue-se á fixação de objetivos. (Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1992)

Face aos problemas priorizados e com base nas características da população em estudo definiu-se como objetivo geral: Diminuir a prevalência da Gestão Comunitária Comprometida. Formulou-se de seguida os seguintes objetivos específicos: Diminuir a prevalência da Liderança Comunitária Comprometida; Diminuir a prevalência da Participação Comunitária Comprometida e Diminuir a prevalência do Processo Comunitário Comprometido.

Com base nos objetivos elaborados definiu-se as seguintes metas a serem atingidas entre 14/11/2018 e 05/01/2019:

1. Diminuir a taxa de Conhecimento não demonstrado sobre vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem para 28% dos membros da comunidade;
2. Diminuir a taxa de Conhecimento não demonstrado sobre as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do PLS do ACES para 28% dos membros da comunidade;
3. Diminuir a taxa de Conhecimento não demonstrado sobre SI com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos fenómenos em estudo para 22% dos membros da comunidade;
4. Diminuir a taxa de Crenças desfavoráveis sobre a importância de avaliar frequentemente o Foco Autocuidado: Atividade Física para 29% dos membros da comunidade;
5. Diminuir a taxa de Crenças desfavoráveis sobre a importância de avaliar frequentemente o foco exercício para 38% dos membros da comunidade;
6. Diminuir a taxa de Crenças desfavoráveis sobre a importância de avaliar frequentemente o foco excesso de Peso para 20% dos membros da comunidade;
7. Diminuir a taxa de percepção da Inexistência de estruturas organizativas para 38% dos membros da comunidade;
8. Diminuir a taxa de Comunicação sobre vigilância epidemiológica comprometida para 53% dos membros da comunidade;
9. Diminuir a taxa de percepção da Inexistência de parcerias para 56% dos membros da comunidade;
10. Diminuir a taxa de *Coping* comunitário (experiência no registo do foco Autocuidado: Atividade física) comprometido para 31% dos membros da comunidade.

Para que estas fossem atingidas foram programadas estratégias para cada meta da seguinte forma:

- Meta 1:
  - ✓ Providenciar uma apresentação sobre vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem na reunião de grupos focais no dia 16 de novembro;

- ✓ Fazer uma apresentação sobre vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem na reunião dos conselhos técnicos (sessão informativa) no dia 4 de dezembro;
- ✓ Fazer formação sobre VEDE aos Enfermeiros das Unidades Funcionais do ACES (Datas: 7,10 e 12 de dezembro)
- Meta 2
  - ✓ Fazer uma apresentação sobre o PLS (sessão informativa) na reunião dos conselhos técnicos no dia 4 de dezembro;
  - ✓ Contextualizar, em formação, o PLS aos Enfermeiros das Unidades Funcionais do ACES em relação VEDE (Datas: 7,10 e 12 de dezembro)
- Meta 3,4,5 e 6
  - ✓ Fazer formação sobre SI com utilização da linguagem CIPE para documentar os cuidados de Enfermagem e relacionar com a VEDE aos Enfermeiros das Unidades Funcionais do ACES (Datas: 7,10 e 12 de dezembro);
  - ✓ Visitar as Unidades após formação para esclarecimento de possíveis dúvidas em janeiro de 2019
- Meta 7
  - ✓ Sugerir a criação de uma estrutura para a vigilância epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem à Direção de Enfermagem e aos Conselhos Técnicos;
  - ✓ Pedir aprovação de uma estrutura para a vigilância epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem à Direção do ACES;
  - ✓ Pedir aprovação de uma estrutura para a vigilância epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem ao Coordenador da USP;
  - ✓ Criar em Parceria com os enfermeiros da USP, os Coordenadores das UCC e os Enfermeiros dos Conselhos Técnicos um regulamento para a estrutura e por conseguinte a mesma.
- Meta 8
  - ✓ Providenciar uma apresentação sobre VEDE na reunião de grupos focais;
  - ✓ Fazer uma apresentação sobre VEDE na reunião dos conselhos técnicos (sessão informativa);

- ✓ Fazer formação sobre VEDE aos Enfermeiros das Unidades Funcionais do ACES (Datas: 7,10 e 12 de dezembro);
- ✓ Utilizar a estrutura a ser criada como veículo de informação sobre VEDE
- Meta 9
  - ✓ Criar a parceria UCP Porto e o ACES da região Norte;
  - ✓ Criar a parceria Estrutura – Restantes Enfermeiros
- Meta 10
  - ✓ Fazer formação sobre o foco Autocuidado: Atividade física e relacionar com a VEDE das Unidades Funcionais do ACES (Datas: 7,10 e 12 de dezembro);
  - ✓ Visitar as Unidades após formação para esclarecimento de possíveis dúvidas.

De seguida foram definidos os seguintes indicadores:

Indicadores de processo:

**Taxa de concretização de sessões informativas:**

- $\frac{\text{n}^\circ \text{ de sessões informativas executadas}}{\text{n}^\circ \text{ de sessões informativas planeadas}} \times 100$

**Taxa de concretização de sessões formativas:**

- $\frac{\text{n}^\circ \text{ de sessões formativas executadas}}{\text{n}^\circ \text{ de sessões formativas planeadas}} \times 100$

**Taxa de concretização de visitas às unidades funcionais:**

- $\frac{\text{n}^\circ \text{ de visitas às unidades funcionais executadas}}{\text{n}^\circ \text{ de visitas às unidades funcionais planeadas}} \times 100$

Indicadores de resultado:

*Associados ao Subdiagnóstico de participação comunitária comprometida:*

**Taxa de concretização de parcerias:**

- $\frac{\text{Parcerias realizadas}}{\text{Parcerias planeadas}} \times 100$

**Taxa de concretização da criação de estruturas organizativas:**

- $\frac{\text{n}^\circ \text{ de estruturas criadas}}{\text{n}^\circ \text{ de estruturas projetadas}} \times 100$

**Taxa de percepção dos enfermeiros sobre a comunicação efetiva na comunidade:**

- $\frac{\text{N}^\circ \text{ de enfermeiros que não percebem uma comunicação efetiva}}{\text{N}^\circ \text{ total de enfermeiros respondentes}} \times 100$

*Associados ao subdiagnóstico de Liderança Comunitária comprometida:*

**Taxa de percepção de conhecimento não demonstrado sobre VEDE:**

- $\frac{\text{N}^\circ \text{ de enfermeiros que não percebem ter conhecimento sobre VEDE}}{\text{N}^\circ \text{ total de respondentes}} \times 100$

**Taxa de percepção de conhecimento não demonstrado sobre as constituintes do PLS em estudo:**

- $\frac{\text{N}^\circ \text{ de enfermeiros que não percebem ter conhecimento sobre as constituintes do PLS em estudo}}{\text{N}^\circ \text{ total de respondentes}} \times 100$

**Taxa de percepção de conhecimento não demonstrado sobre as constituintes do PLS em estudo:**

- $\frac{\text{N}^\circ \text{ de enfermeiros que não percebem ter conhecimento sobre SI com utilização de linguagem CIPE}}{\text{N}^\circ \text{ total de respondentes}} \times 100$

**Taxa de crenças desfavoráveis sobre a importância de avaliar frequentemente o foco AC:AF:**

- $\frac{\text{N}^\circ \text{ de enfermeiros que não possuem crenças sobre a importância de avaliar frequentemente o foco AC: AF}}{\text{N}^\circ \text{ total de respondentes}} \times 100$

**Taxa de crenças desfavoráveis sobre a importância de avaliar frequentemente o foco Ex:**

- $\frac{\text{N}^\circ \text{ de enfermeiros que não possuem crenças sobre a importância de avaliar frequentemente o foco Ex.}}{\text{N}^\circ \text{ total de respondentes}} \times 100$

**Taxa de crenças desfavoráveis sobre a importância de avaliar frequentemente o foco EP:**

- $$\frac{\text{N}^\circ \text{ de enfermeiros que não possuem crenças sobre a importância de avaliar frequentemente o foco EP}}{\text{N}^\circ \text{ total de respondentes}} \times 100$$

*Associados ao Subdiagnóstico de Processo comunitário comprometido:*

**Taxa de Coping comunitário comprometido: experiência no registo do foco AC:AF.:**

- $$\frac{\text{N}^\circ \text{ de enfermeiros que não possuem experiência no registo do foco AC:AF}}{\text{N}^\circ \text{ total de respondentes}} \times 100$$

#### 4.4. PREPARAÇÃO OPERACIONAL – PROGRAMAÇÃO

Esta fase é designada por uma construção de um projeto. Esta tem como objetivo a execução das estratégias definidas, com uma organização delineada pormenorizadamente de forma a ser exequível. Define-se como projeto porque decorre durante um período de tempo bem delimitado. (Imperator & Giraldes, 1986; Tavares, 1992)

Este projeto implicou o uso dos seguintes recursos:

- **Físicos:** Salas de reunião
- **Materiais:** Videoprojector, computador portátil e ficha de avaliação da formação
- **Humanos:** Uma Enfermeira em estágio do curso de mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária.
- **Económicos:** custo das fotocópias das fichas de avaliação da formação e custos de deslocação

Para a preparação da execução do projeto foi elaborado o cronograma seguinte:

Atividades	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro
Pesquisa bibliográfica					
Adaptação de um questionário					
Aplicação do questionário					
Análise de resultados					
Priorização e elaboração de Objetivos Metas e Estratégias					
Reunião de grupo focal					
Sessão informativa aos Conselhos Técnicos					
Sessão formativa aos Enfermeiros das Unidades Funcionais do ACES					
Criação de uma estrutura de vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem no ACES					
Visita às unidades					

*Tabela 1- Cronograma de atividades*

As atividades deste cronograma foram elaboradas ao longo do processo de estágio. Sendo que algumas fazem parte do processo de planeamento em saúde estão expostas neste capítulo. Aquelas que não estão diretamente expressas, para uma melhor perceção, encontram-se em apêndice. Como é o caso do questionário adaptado, como já foi referido no Diagnóstico de situação, a reunião de grupo focal e os planos de sessão e as próprias sessões informativa e formativa que estão anexos em apêndices V, VI e VII respetivamente.

Quanto às visitas à unidade, estas acabaram por não ser executadas devido ao momento em que foram realizadas as formações. Para além de se ter sentido que não seria o momento ideal para a exposição de dúvidas por parte dos profissionais visto que as sessões formativas

tenham sido recentes, também o facto dos enfermeiros estarem em altura de avaliação profissional não foi favorável à implementação dessa intervenção. Como esta estratégia foi planeada para diminuir a taxa de conhecimento não demonstrado sobre SI com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os cuidados de enfermagem relativamente aos fenómenos em estudo, diminuir a Taxa de crenças desfavoráveis sobre a importância de avaliar frequentemente os Focos em estudo e para diminuir a taxa de *Coping* comunitário (experiência no registo do foco AC: AF) comprometido, foi criada outra estratégia: o envio de um mail aos enfermeiros que estiveram presentes nas formações a demonstrar a disponibilidade de esclarecimento de dúvidas e de apoio à documentação. Desta forma foi também reforçada a presença da parceria UCP– ACES.

Nesta fase operativa, foi também, sentida como necessidade a implementação de uma nova estratégia para diminuir o conhecimento comprometido referente ao PLS pelo que foi criada e enviada para todos os enfermeiros, uma *Newsletter* sobre o mesmo. Sugeriu-se, também, o uso desta ferramenta para promover a parceria entre as unidades e a estrutura que irá proceder à VEDE. A *Newsletter* encontra-se em apêndice VIII.

Em relação à estrutura, foi criado o seu regulamento com o apoio das enfermeiras da USP e com a aprovação do coordenador da unidade. Este ainda se encontra em aprovação no ACES e por este motivo a mesma ainda não se encontra fundada e, por conseguinte, a parceria entre esta e as unidades não foi estabelecida mas espera-se que com as bases criadas e com o decorrer do projeto esta seja possível. O regulamento sugerido para a estrutura que foi proposta à instituição está em apêndice IX

#### 4.5. AVALIAÇÃO

A avaliação do projeto apresenta cinco constituintes: a pertinência das intervenções, o grau de execução em relação ao objetivo previsto, o rendimento (relação entre o que é obtido e os recursos humanos e materiais), a eficácia e o impacto. (Imperatori & Giraldes, 1986; Tavares, 1992)

Para que fosse possível uma avaliação do projeto, foram realizados, nas etapas anteriores, indicadores e objetivos mensuráveis. Para além de uma avaliação quantitativa feita a partir dos instrumentos anteriormente referidos é possível avaliar qualitativamente de forma

empírica devido à experiência que foi obtida no estágio e ao conhecimento das características e atividades da comunidade.

Nesta etapa é efetuada uma reflexão não só dos resultados obtidos após a implementação do projeto, mas também aqueles que foram obtidos ao longo do planeamento.

Analisando primeiramente a adesão por parte dos enfermeiros ao questionário aplicado para o diagnóstico de situação afirmou-se uma baixa adesão e este dado foi merecedor de atenção. Pensa-se que um dos fatores foi o facto do questionário ser aplicado antes da reunião de grupos focais (constituído pelos representantes de cada unidade e com os líderes da instituição) o que levou a que os enfermeiros não estivessem tão integrados no projeto, tornando-se mais complicado responder. Até porque o resultado dessa mesma reunião demonstrou que o empoderamento comunitário se encontrava num nível baixo. Outro fator e mais evidente foi a falta de recursos humanos sentida pelos profissionais, o que os leva a estarem mais desmotivados e a não dispensarem parte do tempo do seu serviço para a resposta ao questionário. Esta falha foi expressa não só no diagnóstico de situação como também por parte dos enfermeiros nas sessões formativas que também tiveram baixa adesão (62,1%). Esta foi motivada, também, pelo facto da divulgação e marcação das sessões ter sido pouco eficaz devido a questões burocráticas do ACES.

Quanto aos indicadores de processo que foram formulados obteve-se uma taxa de concretização de visitas de 0% devido às razões especificadas no subcapítulo anterior e alcançou-se nas taxas de concretização de sessões informativas e formativas um sucesso de 100%.

Em relação às sessões formativas, a nível do conteúdo programático, 53% dos enfermeiros avaliaram como Bom, 43% como Excelente e 6% como Suficiente e a nível de organização da formação, 57% avaliaram como Bom, 36% como Excelente e 7% como Suficiente. Relativamente á capacidade de expressão e esclarecimento de dúvidas e ao domínio do tema por parte da formadora 58% dos enfermeiros avaliaram como Excelente, 37% como Bom e 5% como Suficiente. Quanto às expectativas e à utilidade da formação, esta foi classificada maioritariamente com a nota Bom (54%) e de seguida com as classificações de Excelente e Suficiente (40% e 6% respetivamente). Por fim, os enfermeiros mostraram-se satisfeitos com o geral da formação, sendo que 50% avaliaram-na com Bom, 44% com Excelente e 6% com Suficiente.

Estes dados foram colhidos na ficha de avaliação da formação fornecida aos enfermeiros no final das sessões formativas (apêndice X)

Após as formações foi aplicado um novo questionário para monitorizar o sucesso das intervenções, que se encontra em apêndice XI.

Este foi aplicado à população inicial de 106 enfermeiros. Verificou-se de novo uma baixa adesão (50,9%) e a este facto associou-se a época avaliativa em que os profissionais se encontravam.

Manteve-se uma maioria de respondentes do sexo feminino (87%) no universo das respostas. Tendo como média de idades 42 anos, de tempo de serviço 8 anos e de experiência profissional 20 anos. A maioria da amostra é licenciada (77,8%), 13% são mestres, 7,4% são pós-graduados e 1,9% bacharéis. 61,1% não possui especialidade, 13% são especialistas em Enfermagem Comunitária, 7,4% são especialistas em Enfermagem de Reabilitação e em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, 5,6% em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, 3,7% em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 1,6% em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Verificou-se que 11,1% referem ainda não possuir conhecimentos sobre a VEDE o que indicou um sucesso acrescido à meta proposta visto que mais 16,9% dos enfermeiros do que o previsto, percecionam ter conhecimentos nesta área. De referir que o número de respondentes é inferior ao do questionário inicial pelo que se supõe que a taxa de sucesso poderá ser maior.

De notar que 31,5% dos respondentes ainda não percecionam ter conhecimento sobre as áreas avaliadas do PLS o que nesta temática obteve-se um insucesso, perante a meta proposta, de 3,5%, apesar das estratégias que foram acrescidas às planeadas. Visto que a taxa de concretização de estruturas foi de 0% pelas razões referidas no subcapítulo anterior e a taxa de concretização de parcerias foi de 50% devido à impossibilidade de criar a parceria unidades funcionais-estrutura, crê-se que com a implementação da estrutura que irá realizar a VEDE e conseqüentemente a concretização dessa parceria o insucesso na perceção do conhecimento sobre os constituintes do PLS seja superado.

Já em relação ao conhecimento sobre SI com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os cuidados de enfermagem relativamente aos fenómenos em estudo 20,4% aludem não o possuir, o que em relação à meta proposta foi significado de sucesso de 1,6%.

Ao nível das crenças sobre a importância de avaliar frequentemente os focos, os resultados após as intervenções foram negativos. O foco que revelou menor insucesso foi o Excesso de Peso com uma diminuição das crenças comprometidas inferior 4,1% do pretendido. O que apresentou um insucesso mais acentuado foi o foco Autocuidado: Atividade Física que demonstra uma diminuição das crenças comprometidas inferior 28,7% do esperado. O foco Exercício correspondeu a um insucesso de 17,6%.

Estes valores tornaram-se preocupantes essencialmente em relação ao foco Autocuidado: Atividade Física não só por ter o valor de maior insucesso como também por ter aumentado a percentagem de crenças desfavoráveis.

Face a estes dados sugere-se que sejam implementadas as visitas às unidades e que sejam realizadas outras formações, mas mais direcionadas para a motivação dos profissionais. Será, provavelmente, benéfico uma intervenção de um profissional de *coaching* visto que os enfermeiros do ACES, para além da desmotivação profissional vivida nos dias de hoje, enfrentam um ambiente de diminuída volição no seu local de trabalho.

A perceção dos profissionais sobre a inexistência de estruturas aumentou relativamente ao questionário anterior 2,9%. Este valor não foi interpretado negativamente apesar de ter uma diferença de 23,1% do pretendido. Com a razão de ser sugestivo que os membros da comunidade estejam mais consciencializados para esta problemática. Com a formação da estrutura sugerida acredita-se que este valor deixe de ser tão significativo.

Já em relação à perceção da inexistência de parcerias demonstrou-se uma diminuição de 0,2% que, face aos 20% esperados, é pouco satisfatório. No entanto durante a realização das atividades foi especulado o não atingimento desta meta visto que a estrutura não foi criada e esta seria o veículo da criação das parcerias propostas nas estratégias para a melhoria deste problema.

A perceção acerca da comunicação comprometida diminuiu relativamente ao questionário anterior 32,4% superando os 20% esperados.

Por fim, após a análise acerca do *Coping* comunitário (experiência no registo do foco Autocuidado: Atividade física) comprometido aferiu-se um aumento de 21,5% o que pode sugerir que os profissionais diminuíram a sua prática de registo no foco em questão (o que tendo em conta as atividades realizadas se torna pouco provável) ou que os profissionais antes das intervenções consideravam que documentavam o AC:AF e após as mesmas alteraram a sua perspetiva em relação ao seu registo.

Este resultado foi avaliado como um problema complexo que deve ser investigado pormenorizadamente tendo em conta que o projeto foi implementado neste ACES face à problemática sentida na baixa documentação de diversos focos (este incluído), o que implica que não haja uma demonstração efetiva dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Em suma, após as intervenções realizadas verificou-se uma influência positiva na consciencialização dos enfermeiros do ACES à cerca da VEDE e da sua atuação diária. Esta conclusão foi efetuada devido ao aumento de perceção do conhecimento sobre a própria temática e sobre a documentação e ao aumento da perceção acerca do circuito de comunicação. A diminuição de perceção de conhecimento sobre o PLS apesar de ter sugerido ser um aspeto de insucesso, contribuiu, também para esta ilação visto que as intervenções providenciaram uma contextualização do mesmo e esse facto alterou a perceção de conhecimento o que não significa a sua diminuição.

Verificou-se que algumas metas foram ambiciosas tendo em conta o nível de empoderamento comunitário avaliado, no entanto em alguns casos foram superadas o que foi bastante positivo.

Neste processo de avaliação encontrou-se alguns insucessos que são facilmente explicáveis tendo em conta o processo de empoderamento comunitário. Segundo Laverack (2008) os processos mais curtos podem durar seis meses numa comunidade com um nível de empoderamento elevado (o que não é o caso da comunidade em estudo) mas a generalidade dos processos costuma ter uma duração de cinco anos. Estes insucessos deverão ser discutidos com os enfermeiros do ACES para melhorar a situação atual e para o desenvolvimento de estratégias de melhoria e para a identificação dos recursos necessários.

O prolongar do projeto, segundo John Reaburn citado por Laverack (2008) deve ser considerado como um indicador de sucesso porque demonstra que a comunidade continua interessada no programa. Sugere-se, portanto, uma continuação do mesmo e a introdução de novas estratégias para a melhoria dos indicadores e para um aumento do empoderamento comunitário.



## 5.CONCLUSÃO

O objetivo central deste relatório era explicar o percurso na USP e de que forma este permitiu a aquisição de competências de mestre e especialista em Enfermagem Comunitária. O que penso que foi alcançado com sucesso.

Com este estágio foi possível, para além da aquisição de competências, atingir os seguintes objetivos : utilizar a metodologia do planeamento em Saúde na comunidade ACES; contribuir para a monitorização dos determinantes em saúde do PLS; contribuir para a implementação do projeto MAIEC- Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem no ACES; contribuir para o empoderamento da comunidade ACES utilizando o MAIEC e desenvolver capacidades de investigação, consciência crítica, comunicação e de resolução de problemas.

Ao longo da elaboração do relatório foi discutida a disciplina e a profissão de Enfermagem atualmente, revelando um juízo clínico e profissional especializado e a capacidade de comunicação e compreensão aprofundadas. Visto que foram integrados conhecimentos e expressado o modo como se lidou com questões complexas.

Neste formam aplicados conhecimentos e raciocínios de modo a poder comunicar conclusões quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades. Recorreu-se à técnica de planeamento em saúde aliada à vigilância epidemiológica e à capacitação (empoderamento) associada à gestão de programas.

Foi também expresso que a USP foi veículo para a implementação do projeto MAIEC-VEDE e como tal um meio de excelência para a aquisição de competências e para o sucesso dos objetivos propostos inicialmente.

Este percurso contribuiu para uma melhor aceção do que é ser Enfermeiro Especialista e da sua importância para a melhoria contínua da Enfermagem, tornando possível iniciar um processo de valorização desta profissão.

Como foi expresso anteriormente, durante este processo foi necessário ir para além da prática profissional, tornando-o mais rico na aquisição de competências. O facto de nunca ter trabalhado nos cuidados de saúde primários exigiu um maior envolvimento, a criação

de estratégias, um estudo aprofundado dos cuidados de saúde primários e do PNS e a integração de projetos desconhecidos.

Por outro lado, ao recorrer ao planeamento em saúde aliado ao empoderamento de uma comunidade de Enfermeiros na sua prática documental tornou mais perceptível a possibilidade de exercer a especialidade em Enfermagem Comunitária em prol da profissão e do doente não só nos cuidados de saúde primários mas também nos cuidados hospitalares.

Conclui-se, por conseguinte, que neste percurso se potenciou um crescimento profissional e pessoal em prol da prática de uma enfermagem Avançada, competente e valorizada.

## 6.REFERÊNCIAS

- Bastos, J. (2017). *VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS FENÓMENOS DE ENFERMAGEM PROJETO DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO NUM ACES*. Relatório de Estágio para obtenção do de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária, Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia Básica* (2ª ed.). São Paulo: Livraria Santos Editora.
- CIIS-UCP. (2018). *MODELO DE AVALIAÇÃO, INTERVENÇÃO E EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (MAIEC) - A COMUNIDADE COMO CLIENTE DOS ENFERMEIROS*.
- Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1986). *Metodologia do planeamento da saúde : manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.
- Laverack, G. (2008). *PROMOÇÃO DE SAÚDE: PODER E EMPODERAMENTO*. (A. Pinto de Sousa, Trad.) Loures: LUSODIDACTA.
- Melo, P. (2015). Workshop : O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária nas Unidades de Saúde Pública. *Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem Comunitária*.
- Melo, P. (2016). *ENFERMAGEM COMUNITÁRIA AVANÇADA: UM MODELO DE EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto.
- Melo, P. (2017). *MAIEC- Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário: Manual do Utilizador*. Porto.
- Melo, P. (2018). MAIEC: Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário - A comunidade como cliente dos enfermeiro. Porto. Obtido em 2018
- Melo, P. M., Gomes da Silva, R. C., & Figueiredo, M. d. (07 de 09 de 2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (n.º 19 -

- OUT./NOV./DEZ. 2018), pp. 81 - 90. Obtido de <https://doi.org/10.12707/RIV18045>
- Ministério da Saúde. (02 de 04 de 2009). Diário da República, 1.ª série — N.º 65 .  
*Decreto-Lei n.º 81/2009*, pp. 2058-2062.
- Ministério da Saúde. (07 de 10 de 2013). Diário da República, .1ª série — N.º 193 .  
*Decreto-Lei n.º 137/2013*, pp. 6050 - 6061.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (16 de 07 de 2018). Diário da República, 2.ª série — N.º 135 .  
*Regulamento n.º 428/2018 - 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.*, pp. 19354 - 19359.
- Ordem dos Enfermeiros. (5 de outubro de 2018). *Notícias*. Obtido em 11 de fevereiro de 2019, de Ordem dos Enfermeiros:  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/acredito-que-o-discurso-da-uni%C3%A3o-j%C3%A1-deu-os-seus- frutos-somos- hoje-mais-fortes/>
- Ordem dos Enfermeiros. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2.ª série* (N.º 26 ), pp. 4744 - 4750.
- Pereira, S. D. (2004). *Conceitos e Definições da Saúde e da Epidemiologia usados na Vigilância Sanitária*. São Paulo.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Rego Sousa , F. A., Goulart, M. J., Braga, A. M., Medeiros, C. M., Rego, D. C., Vieira, F. G., . . . Loura, M. M. (2017). Estabelecimento de prioridades em saúde numa comunidade: análise de um percurso. *Revista de Saúde Pública, 51*(11), pp. 1-10.
- Rodrigues, F. M. (2012). *RELATÓRIO DE ESTÁGIO: INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre.
- Silva, A. P. (s.d.). "Enfermagem Avançada": Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, pp. 11-20. Obtido em 2017

Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Cadernos de Formação 2.

Teixeira, C. F. (2010). *Planejamento em Saúde: Conceitos, Métodos e Experiências*. Salvador: EDUFBA.

Universidade Católica Portuguesa - Escola de Enfermagem. (2018). *Enfermagem: Competência e Responsabilidade no Cuidado Humano - Mestrado em Enfermagem 2018/2019*. Porto.

WHO. (21 de November de 1986). Ottawa Charter. *First International Conference on Health Promotion*. Ottawa, Canadá. Obtido em 09 de fevereiro de 2019, de [www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf).



## 7.APÊNDICES

## I- Tarefas previstas para a aquisição de competências

<b>Competência Acadêmica/Profissional</b>	<b>Tarefas Previstas para a sua concretização</b>
<b>Competências acadêmicas do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enf Comunitária</b>	
a) Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;	Utilizar os conhecimentos na reunião com os concelhos técnicos para avaliar o nível de empoderamento
b) Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;	Utilizar a informação resultante da avaliação do nível de empoderamento, da pesquisa e da prática profissional e académica para ações de formação com profissionais. E utilizar os resultados do estudo para comunicar na prova de mestrado.
c) Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;	Utilizar questões complexas nas reuniões do ACES, nas ações de formação aos profissionais e na elaboração do relatório.
d) Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;	Refletir durante a pesquisa bibliográfica sobre os métodos mais adequados.
e) Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da sua especialização;	Expressar no relatório os conhecimentos adquiridos e transmiti-los durante o estágio.
f) Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização;	Expressar no relatório os problemas da prática profissional e transmiti-los durante o estágio.
g) Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização;	Adequar e agir perante situações complexas durante o estágio.
h) Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;	Avaliar, intervir e empoderar a comunidade ACES com decisões fundamentadas na pesquisa bibliográfica.
i) Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;	Utilizar o MAIEC auxiliado com a pesquisa bibliográfica para uma prática baseada na evidência.
j) Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;	Adequar nas reuniões e formações com os profissionais do ACES a evidência científica e as capacidades demonstradas pelo ACES.
k) Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização;	Efetuar ações de formação aos enfermeiros das unidades do ACES com base no empoderamento comunitário e nas suas necessidades

	formativas para demonstrar mais ganhos em saúde.
l) Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;	Utilizar os conhecimentos de técnicas de comunicação e a relação terapêutica durante o estágio.
m) Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;	Promover reuniões interdisciplinares com o ACES durante o estágio.
n) Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização;	Orientar os enfermeiros de família e os enfermeiros de comunitária para maiores ganhos em saúde
o) Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;	Dar formação aos enfermeiros e acompanhá-los na sua prática profissional
p) Identificar as necessidades formativas na sua área de especialidade;	Avaliar durante as sessões programadas com os enfermeiros quais as necessidades formativas
q) Promover formação em serviço na área da especialização;	Criar momentos de formação com enfermeiros do ACES
r) Colaborar no processo de integração de novos profissionais;	Verificar quais os novos profissionais e a sua necessidade formativa
s) Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;	Avaliar durante as sessões formativas a sua complexidade e refletir o melhor caminho para a eficácia
t) Gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização;	Superintender os cuidados de enfermagem do enfermeiro de comunitária do ACES
u) Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;	Utilizar os conhecimentos dos outros profissionais, enfermeiros e dos tutores para além da pesquisa bibliográfica para me autodesenvolver
v) Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização;	Supervisionar as atividades propostas
w) Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialização.	Analisar o plano local de saúde para uma otimização da qualidade dos cuidados de enfermagem
<b>Competências do Especialista em Enfermagem Comunitária</b>	
Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;	Utilizar as fases do planeamento em saúde para guiar o processo de implementação do MAIEC no ACES
Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;	Empoderar a comunidade ACES para obter maiores ganhos em Saúde
Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;	Recorrer ao Plano Local de Saúde para otimizar ganhos em saúde

	naquele local e conseqüentemente a nível nacional
Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.	Efetuar uma vigilância epidemiológica acerca dos diagnósticos de enfermagem utilizados para colmatar os determinantes de saúde expressos no Plano Local de Saúde

## II- Prática baseada na Evidência. O porquê dos focos

## **Excesso de Peso**

Estilos de vida saudáveis estão associados a uma população mais saudável, com menos peso de doenças e com menos impacto na economia de um país. (Programa Nacional para a Saúde das Pessoas idosas; Boné & Bonito, 2012; Baleia, Valente, & Rito, 2015; Rito & Graça, 2015; Camolas, Gregório, Mendes de Sousa, & Graça, 2017; Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, 2017; OECD, 2018)

Atualmente existe uma elevada taxa de excesso de peso associada a uma alimentação mais rica em produtos com poucos benefícios nutricionais e com uma confeção hipercalórica e à adoção estilos de vida mais sedentários (com o uso das novas tecnologias, com o aumento do tempo gasto a ver televisão, com a diminuição da atividade física e com a prática de atividades laborais com menos gasto energético). Como consequência, este é considerado um problema de saúde pública e nomeado como a epidemia do século XXI. (Direcção-Geral da Saúde, 2007; Schmitz, et al., 2008; Coelho, Breda, & Montezuma de Carvalho, 2009; Boné & Bonito, 2012; Graça, et al., 2014; Baleia, Valente, & Rito, 2015; Camolas, Gregório, Mendes de Sousa, & Graça, 2017; Graça, Gregório, Mendes de Sousa, & Camolas, 2018; Direcção-Geral da Saúde, 2018; Ministério da Saúde, 2018)

O Excesso de Peso (Pré-obesidade ou Obesidade) é caracterizado por um aumento de massa gorda corporal, do peso e da cintura abdominal. Resulta de um desequilíbrio energético do que é ingerido e do que é gasto pelo corpo. É multifatorial e atinge pessoas de todas as faixas etárias e sexos. (Chaves Frota, 2007; Boné & Bonito, 2012; Abêbora, Espanca, & Franco, 2012; Baleia, Valente, & Rito, 2015; Rito, Silva, & Breda, 2016; Camolas, Gregório, Mendes de Sousa, & Graça, 2017; Direcção-Geral da Saúde, 2018; Ministério da Saúde, 2018)

Esta problemática pode ser reversível, no entanto é preciso ter um conhecimento real da população e ter em consideração que crianças com excesso de peso sem intervenção têm uma maior predisposição para serem adultos obesos e que o tratamento da obesidade tem uma taxa de insucesso elevada em fases adiantadas da doença. Pelo que é necessária uma prevenção efetiva visto que se prevê que mais de 50% da população mundial será obesa em 2025 se não se tomarem medidas. (Chaves Frota, 2007; Coelho, Breda, & Montezuma de Carvalho, 2009; Abêbora, Espanca, & Franco, 2012; Baleia, Valente, & Rito, 2015; Rito & Graça, 2015; Rito, Silva, & Breda, 2016; Graça, Pedro, & Silva Vaz, 2016; Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, 2017; Ministério da Saúde, 2018)

Sabe-se que a pré-obesidade é um fator de predisposição para a obesidade e que existem vários grupos de risco (tais como pessoas com nível escolar e económico inferiores, crianças que tenham antecedentes familiares, que tenham nascido com excesso de peso e que se tenham alimentado essencialmente de suplementos nos primeiros meses de vida, adolescentes, essencialmente do sexo feminino, jovens, pessoas com patologias metabólicas e/ou hormonais, doentes com medicação suscetível, ex-fumadores, ex-desportistas, grávidas e mulheres em menopausa) portanto a prevenção deverá alicerçar-se nestes conhecimentos. (Chaves Frota, 2007; Coelho, Breda, & Montezuma de Carvalho, 2009; Aparício, Cunha, Duarte, & Pereira, 2012; Boné & Bonito, 2012; Baleia, Valente, & Rito, 2015; Gama, et al., 2015; Sousa Lopes, Cunha, & Rodrigues, 2015; Rosado Marques, et al., 2015; Camolas, Gregório, Mendes de Sousa, & Graça, 2017; OECD, 2018)

Existem diversas classificações de obesidade que variam de acordo com a circunstância e com o consumo e gasto energético. O seu diagnóstico deve ter em conta o facto de que cada pessoa tem pontos de equilíbrio diferentes que variam consoante a idade, o sexo e atividade física praticada e deve ser feito pelo cálculo do índice de massa corporal e pela medição do perímetro da cintura. Com o resultado destes procedimentos é possível determinar o risco de doença. (Chaves Frota, 2007; Baleia, Valente, & Rito, 2015; Graça, Pedro, & Silva Vaz, 2016; Ministério da Saúde, 2018)

A obesidade para além de ser uma doença crónica é um fator influenciador de várias doenças e comorbilidades, esta provoca vários desconfortos diários e é considerada a segunda maior causa de morte passível de prevenção. Esta tem uma prevalência igual ou superior à problemática da desnutrição e das doenças infecciosas. (Chaves Frota, 2007; Coelho, Breda, & Montezuma de Carvalho, 2009; Abêbora, Espanca, & Franco, 2012; Baleia, Valente, & Rito, 2015; Direção-Geral da Saúde, 2018; Ministério da Saúde, 2018; OECD, 2018)

Segundo diversos autores, a obesidade e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis tornam-se fatores potenciadores do desenvolvimento de diabetes tipo II, hipertensão, dislipidemia, apneia do sono, patologias ortopédicas, osteoartroses, artrites, patologias dermatológicas, problemas respiratórios, perturbações depressivas, mau desenvolvimento fetal, Alteração da função biliar, litíase, refluxo gastroesofágico, certos tipos de cancro, doenças cardiovasculares e doenças hormonais. Estudos demonstram, ainda, que existe uma relação entre a obesidade infantil e uma diminuição no desempenho escolar. Sabe-se que a prevenção da obesidade como atuação na promoção de estilos saudáveis diminui o risco de

associação a outras doenças crónicas. (Herculano, et al.; Programa Nacional para a Saúde das Pessoas idosas; Chaves Frota, 2007; Schmitz, et al., 2008; Boné & Bonito, 2012; Rito & Graça, 2015; Graça, Pedro, & Silva Vaz, 2016; Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, 2017; Graça, Gregório, Mendes de Sousa, & Camolas, 2018)

Devido à correlação entre as doenças crónicas e os estilos de vida o Grupo de Trabalho do Plano Nacional de Saúde (2017) criou a plataforma para a Prevenção e Gestão das Doenças Crónicas que integra as áreas prioritárias referentes à Prevenção e Controlo do Tabagismo, Promoção da Alimentação Saudável, Promoção da Atividade Física, Diabetes, Doenças Cérebrocardiovasculares, Doenças Oncológicas e Doenças Respiratórias. (Camolas, Gregório, Mendes de Sousa, & Graça, 2017)

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que todos os anos morrem no mundo 2,8 milhões de pessoas como resultado da determinante de saúde: excesso de peso, constituindo assim a quinta causa de morte a nível mundial. (Graça, Pedro, & Silva Vaz, 2016; Direção-Geral da Saúde, 2018)

A taxa de prevalência do excesso de peso e obesidade na Região Europeia aumentou de 55,9% em 2010 para 58,7% em 2016 para o excesso de peso e de 20,8% em 2010 para 23,3% em 2016 para a obesidade. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018)

Cerca de 20 % da população europeia é obesa. Estes valores são particularmente alarmantes entre as crianças e nos estratos socioeconómicos mais desfavorecidos.

O Excesso de peso coloca Portugal na sexta posição da Europa. Sendo que a obesidade é um dos fatores de risco com elevada influência nas doenças do país. (Ministério da Saúde, 2018)

Constata-se que em Portugal, mais de metade dos diabéticos têm excesso de peso, sendo mais expressivo nos casos de obesidade. (Programa Nacional para a Diabetes, 2017)

A nível nacional poderiam ser acrescidos mais de 237.000 anos de vida à população se esta melhorasse os seus hábitos alimentares. A seguir aos hábitos alimentares inadequados, os fatores de risco que mais contribuem para a mortalidade precoce são a hipertensão arterial e o Índice de Massa Corporal elevados. (Graça, Gregório, Mendes de Sousa, & Camolas, 2018)

Constata-se que o excesso de peso e a obesidade aumentaram consideravelmente nas últimas décadas, em Portugal, principalmente em crianças e adolescentes. Este é o segundo país da

Europa com maior prevalência de obesidade infantil, assim sendo, é prioritário investir na prevenção e no tratamento desta epidemia. Em Portugal, estima-se que os custos diretos da obesidade envolvem 3,5% das despesas totais em saúde. (Chaves Frota, 2007; Direcção-Geral da Saúde, 2007; Boné & Bonito, 2012; Costa, Matias, & Resende, 2015; Rito & Graça, 2015; Graça, Pedro, & Silva Vaz, 2016)

Existem poucos estudos a nível de obesidade da população idosa. Existe um estudo que caracteriza o estado nutricional dos idosos que frequentam os centros de dia e centros de convívio do concelho de Paços de Ferreira. Encontrou-se nesta amostra uma elevada prevalência de obesidade com o valor de 51,7%. Estes dados sugerem uma necessidade de uma avaliação nacional desta situação. (Graça, et al., 2014)

Através do segundo Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física estimou-se que:

5,9 Milhões de portugueses têm excesso de peso; 8 em cada 10 idosos a nível nacional apresentam excesso de peso e apenas 41,8% dos cidadãos apresenta uma prática regular de atividade física, desportiva e/ou de lazer programada. (Ministério da Saúde, 2018)

No Agrupamento de centros de saúde (ACES) em estudo, segundo o seu Plano Local de Saúde - Extensão a 2020 (2018) existem por cada 1000 inscritos 70,5 casos de obesidade e 55,7 casos de excesso de peso.

O perfil de excesso de peso da população portuguesa está explanado na figura 1.

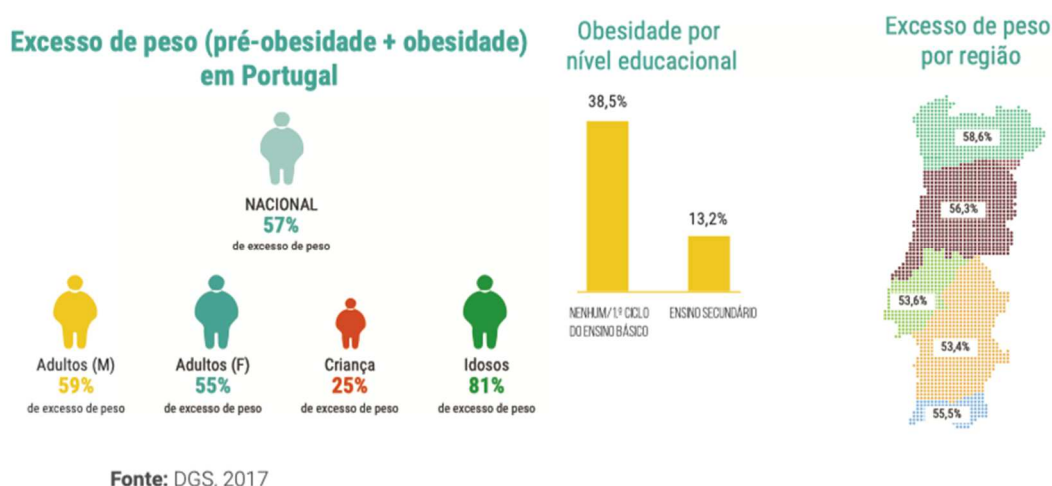


Figura 1- Prevalência de excesso de peso (pré-obesidade e obesidade), em Portugal.

Apesar da prevalência de excesso de peso das crianças portuguesas ser inferior a 30%, de acordo com o relatório *Health at a Glance* (2017) a prevalência de excesso de peso nas crianças de diferentes idades em Portugal é superior à média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e das mais elevadas da Europa. (Chora & Mendes, 2012; Ministério da Saúde, 2018)

É importante salientar que estes dados emergem, também de uma melhoria franca na avaliação ou notificação dos casos de pré-obesidade e obesidade nos sistemas de informação dos serviços de saúde. (Graça, et al., 2014)

Os esforços para combater esta epidemia têm sido realizados ao longo dos anos e por todo o mundo. Desde a carta de Otawa, realizada em 21 de novembro de 1986, que se procede à adoção de estratégias e acordos entre países sobre esta temática. Em 2004 adotou-se a Estratégia Global da OMS sobre Dieta, Atividade Física e Saúde, em 2006 implementou-se a Carta Europeia de Luta contra a Obesidade e em 2007 aprovou-se o Livro Branco da União Europeia sobre uma estratégia para a Europa em questões de saúde relacionadas com a nutrição, excesso de peso e obesidade e o Plano de Ação Europeu da OMS para a Política de Alimentação e Nutrição. (Herculano, et al.; Graça P. , 2013)

Volta-se a referir a necessidade de combater a obesidade infantil em 2013 na Declaração de Viena em Nutrição e Doenças não transmissíveis no contexto Saúde 2020. (Rito & Graça, 2015)

Em Portugal, têm sido várias as medidas tomadas para combater esta realidade. Iniciou-se com a Plataforma Nacional Contra a Obesidade em maio de 2007, que envolveu vários setores da sociedade. Atualmente encontra-se, como um dos eixos prioritários no Plano Nacional de saúde a abordagem da Obesidade Infantil. Existe, também, o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física que pretende promover estilos de vida saudáveis e combater o sedentarismo (Direcção-Geral da Saúde, 2007; Boné & Bonito, 2012; Rito & Graça, 2015; Ministério da Saúde, 2018)

Em 2016 foi criado o Processo Integral Assistencial (PAI) da Pré-obesidade no Adulto que visa uma resposta dos cuidados de saúde primários que tem potencial para contribuir na limitação da progressão dos indivíduos para estados mais graves de excesso de peso. Desta forma pretende-se reduzir a incidência de comorbilidades e a mortalidade precoce, traduzindo-se numa redução global dos custos em saúde. (Camolas, Gregório, Mendes de Sousa, & Graça, 2017)

Este é proposto de acordo com os objetivos estratégicos e os principais indicadores definidos no Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS) mas centra-se especificamente no circuito da pessoa adulta com diagnóstico de pré-obesidade. E é pretendido um aumento da implementação do mesmo. (Graça, Pedro, & Silva Vaz, 2016; Graça, Gregório, Mendes de Sousa, & Camolas, 2018)

Desde dezembro de 2017, foi criada a Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS) envolvendo vários Ministérios. (Graça, Gregório, Mendes de Sousa, & Camolas, 2018)

Sendo esta problemática tão relevante e complexa é necessária uma consciência da dimensão da mesma e uma capacitação dos profissionais de saúde, exigindo-se aos mesmos que se envolvam, em coerência com a sua relevância e impacto. (Graça, et al., 2014; Camolas, Gregório, Mendes de Sousa, & Graça, 2017)

Sabe-se que a alimentação saudável e a prática regular de exercício físico são essenciais para a prevenção e tratamento do excesso de peso. Como tal exigem formação específica e direcionada para as necessidades dos profissionais de saúde. No estudo realizado por Bacelar, et al.(2016) revela-se que uma grande parte de médicos e de enfermeiros têm necessidade de formação especializada na área da nutrição e atividade física. Esta lacuna é também referida por Breda, et al. (2016) que refere que é fundamental que se adotem novas estratégias de intervenção nesta matéria

O conhecimento, treino e motivação destes profissionais para abordar de forma adequada o excesso de peso origina efetivos ganhos em saúde, nas suas diversas vertentes – desde o benefício clínico com a diminuição do risco e da associação a outras doenças, à redução dos custos em saúde. (Camolas, Gregório, Mendes de Sousa, & Graça, 2017)

É, portanto, necessário que exista um diagnóstico das necessidades formativas para que seja programada uma formação específica para que os enfermeiros sejam profissionais com capacidades e conhecimentos atualizados sobre a doença e aumentem, dessa forma a sua capacidade de resposta. (Graça, Pedro, & Silva Vaz, 2016)

Pretende-se, também, que os enfermeiros desenvolvam estudos de investigação na área da nutrição, atividade física e obesidade para que contribuam para aumentar o conhecimento científico face à realidade nacional e para fundamentarem a sua prática. (Coelho, Breda, & Montezuma de Carvalho, 2009)

É, também, importante que os sistemas de informação na área da saúde devem ser capazes de recolher de forma regular e sistematizada este tipo de informação para um registo mais eficaz pois apesar da obesidade afetar mais de 22% da população nacional, nos cuidados de saúde primários o seu registo ainda é inferior ao previsto, embora tenha melhorado nos últimos anos. (Graça, et al., 2014)

## **Excesso de Peso: como prevenir? (Uma análise do exercício e do autocuidado: atividade física)**

A mudança dos estilos de vida, principalmente a nível nutricional e de atividade física, são componentes imprescindíveis à terapêutica do excesso de peso, independentemente do grau e do recurso a fármacos e/ou a cirurgias bariátricas. (Camolas, Gregório, Mendes de Sousa, & Graça, 2017)

Segundo a OCDE (2018), são necessárias mais medidas preventivas. Sabe-se que a prevenção é o tipo de atitude mais eficaz e efetiva no combate à obesidade, visto que prevenir e/ou evitar pequenos ganhos de peso é mais fácil, menos dispendioso e mais eficiente do que tratar a obesidade. (Abêbora, Espanca, & Franco, 2012)

A prevenção e o controlo da pré-obesidade e da obesidade assentam em três pilares: alimentação, incremento da atividade física e de exercício e modificação comportamental (intervenções ao nível das crenças, atitudes e comportamentos). É fundamental a participação da família, da escola e do local de trabalho e devem ter-se em conta os diferentes contextos culturais e regionais. (Herculano, et al.; Chaves Frota, 2007; Direcção-Geral da Saúde, 2007; Boné & Bonito, 2012)

A par da prevenção e do controlo é necessário ter em consideração os benefícios conseguidos através da perda intencional de peso que podem manifestar-se na: saúde em geral, na melhoria da qualidade de vida, na redução da mortalidade e na melhoria das doenças crónicas associadas. (Chaves Frota, 2007)

No entanto é importante ter conhecimento que mais do que a redução de peso, é necessário investir na melhoria da composição corporal. (Camolas, Gregório, Mendes de Sousa, & Graça, 2017)

A abordagem deve ser iniciada cada vez mais cedo, em grávidas, famílias com filhos pequenos e em utentes com pré-obesidade, de modo a obter melhor custo-benefício. Deve ser centrada no utente e/ou família focando-se nas mudanças comportamentais de decisão e perceção pessoal. (Graça, et al., 2014; Camolas, Gregório, Mendes de Sousa, & Graça, 2017; Graça, Gregório, Mendes de Sousa, & Camolas, 2018)

Vários autores referem que a perceção dos pais em relação aos filhos não é real e que apesar de terem conhecimentos sobre os padrões alimentar e de exercício têm dificuldades em cumpri-los. Provocando, deste modo, a aquisição na infância de hábitos alimentares e de

exercício pouco satisfatórios. O que vai influenciar os hábitos futuros das crianças, visto que estes são aprendidos na infância. (Herculano, et al.; Abêbora, Espanca, & Franco, 2012; Capitão, Pontes Vaz, Camelo, Pereira, & Vidal, 2012; Chora & Mendes, 2012; Pimentel & Monteiro, 2012; Breda, Rito, & Carmo, 2016)

Segundo Rito & Graça (2015) pelas características fisiológicas a prevenção do excesso de peso tem como grupo alvo crianças dos 6 anos. E, Segundo Aparício, Cunha, Duarte, & Pereira (2012) intervir na infância assume-se como uma janela de oportunidade, promotora e protetora da saúde com elevada pertinência tanto a curto como a longo prazo.

O que vai de encontro ao planeado pelo Grupo de Trabalho do Plano Nacional de Saúde (2017) e já proposto pela Direção-Geral de Saúde (2015): limitar o crescimento da prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar até 2020.

Para além de impedir o aumento de crianças e jovens com excesso de peso, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2017) pretende atingir, uma maior promoção e prevenção secundária da obesidade nos adultos. Para tal é-nos sugerido a adopção de várias estratégias de capacitação da população.

Para a prevenção da obesidade devem ser usadas concomitantemente as estratégias propostas pelo Programa acima descrito e a Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física que visa a redução do sedentarismo e a promoção de um estilo de vida saudável devido à sua importância na prevenção das doenças crónicas não transmissíveis e os seus efeitos benéficos em muitas doenças, usando o “exercício como medicamento”. (Ribeiro da Silva, Graça, Mata, Telo de Arriaga, & Jorge Silva, 2016)

A atividade física e o exercício são considerados como instrumentos prioritários e insubstituíveis de combate às doenças crónicas, sendo que praticada regularmente tem um efeito protetor comprovado nas principais doenças cardiovasculares, diabetes tipo II e outras doenças metabólicas, obesidade, alguns tipos de cancro, algumas doenças respiratórias, perturbações depressivas e osteoporose. Estima-se que na Europa, a inatividade física seja responsável por 6% das mortes por doenças cardiovasculares, 7% por diabetes tipo II e 9% por cancro da mama e que a sua diminuição da resultaria num aumento da esperança média de vida de 0,6 anos na Europa e 0,9 anos em Portugal. (DGS; Bettencourt Sardinha, 2009; Bueno, Nunes Marucci, Sanches Codogno, & Roediger, 2016; Ribeiro da Silva, Graça, Mata, Telo de Arriaga, & Jorge Silva, 2016; Grupo de Trabalho do Plano Nacional de Saúde, 2017; Moura Antunes, Rossi, Sayuri Inou, Rosa Neto, & Santos Lira, 2017)

A atividade física e o exercício físico são conceitos diferentes. O primeiro contempla qualquer movimento realizado pelos os principais músculos do corpo, que resulte num gasto energético acima dos valores de repouso e o segundo compreende toda a prática consciente de atividade física, realizada com um objetivo específico e bem delineada no tempo, com ou sem prescrição. Sendo geralmente uma prática planeada. (DGS, s.d.)

De acordo com o Eurobarómetro de 2017, apenas 5% dos portugueses com 15 anos ou mais afirmam que fazem exercício ou desporto regularmente. Portugal é o segundo país de Europa que menos caminha e o país onde mais pessoas afirmam que não têm interesse ou motivação para praticar atividade física ou desporto. É estimado que no nosso país, cerca de 14% das mortes anuais estejam associadas à inatividade física, um valor superior à média mundial, que se encontra abaixo de 10%. (Ministério da Saúde, 2018)

A esperança média de vida pode aumentar três a cinco anos com a prática regular de atividade física moderada. Esta tem um importante papel na prevenção e controlo de comportamentos de risco, na prevenção de quedas, na promoção do envelhecimento ativo, no controlo da dor e na redução do peso das incapacidades e das doenças crónicas. Assim, os doentes crónicos devem ser instruídos à cerca dos benefícios do exercício e motivados para a adesão à sua prática diária. Só a partir da avaliação da motivação do utente é que é possível delinear estratégias de promoção, de reforço positivo e de estabelecimento de metas. (DGS; Programa Nacional para a Saúde das Pessoas idosas; Silva & Francisco, 2015; Camões, et al., 2016; Colmonero, 2016; Cunha & Costa Pinheiro, 2016)

O que está recomendado a nível de atividade física por diversos autores é: praticar, pelo menos, 30 minutos de atividade física moderada diariamente. Os jovens em idade escolar devem praticar diariamente atividades de intensidade moderada a vigorosa pelo menos de 60 minutos. Na População adulta de 18 aos 64 anos é necessário realizar, pelo menos, 150 a 250 minutos de atividade física de intensidade moderada, ou 75 a 150 minutos de atividade de intensidade vigorosa. As atividades de fortalecimento muscular devem ser feitas em dois ou mais dias por semana. Na população adulta de 65 e mais anos realizar, pelo menos, 150 a 250 minutos de atividade física de intensidade moderada, ou realizar, pelo menos, 75 a 150 minutos de atividade física de intensidade vigorosa durante a semana. (Schmitz, et al., 2008; Bettencourt Sardinha, 2009; Graça, Pedro, & Silva Vaz, 2016)

Chaves Frota (2007) refere que para além da recomendação da atividade física deve ser incentivada a redução do uso de consolas eletrónicas, o consumo de televisão, e outros jogos que predispõem ao sedentarismo.

Vários estudos reconhecem que as suas famílias são inativas pois o uso destes dispositivos é apontado como a atividade prevalente dos tempos livres. A inatividade da criança é indiciada pela inatividade da família e estudos mencionam que há uma probabilidade de a obesidade triplicar nos adolescentes que consomem diariamente mais de cinco horas de televisão. (Boné & Bonito, 2012; Breda, Rito, & Carmo, 2016)

Seguindo as recomendações do Livro Branco sobre o Desporto da União Europeia é necessário incentivar os pais a promoverem a atividade física junto dos seus filhos e ajudar os professores a melhorarem os programas de educação física nas escolas. Tendo em conta que fatores culturais, psicológicos e de saúde inibem, por vezes, a atividade física e o exercício. (Bettencourt Sardinha, 2009)

Para que a promoção da atividade física seja efetiva junto dos utentes e das suas famílias e comunidades é essencial a adoção de instrumentos estratégicos que facilitem a organização dos serviços, a formação de profissionais e a distribuição de recursos, para que se possa identificar eventuais barreiras que dificultem a prática de atividade física na comunidade e determinar as razões que possam condicionar as pessoas para a prática de atividade física. (Ribeiro da Silva, Graça, Mata, Telo de Arriaga, & Jorge Silva, 2016)

O Grupo de Trabalho do Plano Nacional de Saúde (2017) pretende para 2020: aumentar a percentagem de adultos que indica fazer exercício ou desporto com regularidade; aumentar a percentagem de adolescentes que pratica atividade física três ou mais vezes por semana e aumentar a percentagem de adultos com menos de 7,5h/dia em atividade sedentária.

## Referências

- Abêbora, A., Espanca, R., & Franco, V. (2012). OBESIDADE E IMAGEM CORPORAL: AVALIAÇÃO MATERNA EM CRIANÇAS DE NÍVEL PRÉ-ESCOLAR. Em M. Sousa Albuquerque, *COMPORTAMENTOS DE SAÚDE INFANTO-JUVENIS: REALIDADES E PERSPETIVAS* (pp. 133-146). Viseu: ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU.
- Aparício, G., Cunha, M., Duarte, J., & Pereira, A. (2012). RISCO METABÓLICO DOS PAIS: UM DESAFIO EMERGENTE NA PREVENÇÃO DO EXCESSO DE PESO. Em C. M. Sousa Albuquerque, *COMPORTAMENTOS DE SAÚDE INFANTO-JUVENIS: REALIDADES E PERSPETIVAS* (pp. 183-192). Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu/Instituto Politécnico de Viseu.
- Bacelar, C., Paiva, I., Reis, J., Ramos, E., Serrador, J., Mota, J., & Neto, M. (dezembro de 2016). Aguarda Alimentar e Movimento - Resultados preliminares do diagnóstico de necessidades formativas. *Portugal Saúde em Números*, p. 4.
- Baleia, J., Valente, A., & Rito, A. (Março de 2015). Peso à nascença, aleitamento materno e obesidade infantil em Portugal COSI Portugal-2010. *Portugal Saúde em Números*, 106.
- Bettencourt Sardinha, L. (2009). *ORIENTAÇÕES DA UNIÃO EUROPEIA PARA A ACTIVIDADE FÍSICA Políticas Recomendadas para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar*. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal, IP.
- Boné, M., & Bonito, J. (2012). A INFLUÊNCIA DO FATOR AMBIENTAL NO SOBREPESO E OBESIDADE NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA: ESTUDO COMPARATIVO. Em C. M. Sousa Albuquerque, *Comportamentos de Saúde Infanto-Juvenis : Realidades e Prespetivas* (pp. 97-102). Viseu: ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU.
- Breda, J., Rito, A., & Carmo, I. (Dezembro de 2016). Estilos de vida e obesidade em Portugal – Estudo Movimento Energia Positiva. *Portugal Saúde em Números*, 7.
- Bueno, D. R., Nunes Marucci, M. d., Sanches Codogno, J., & Roediger, A. (2016). Os custos da inatividade física no mundo: estudo de revisão. *Ciência & Saúde Colectiva*, 21, pp. 1001-1010.

- Camões, M., Fernandes, F., Silva, B., Rodrigues, T., Costa, N., & Bezerra, P. (2016). Exercício físico e qualidade de vida em idosos: diferentes contextos sociocomportamentais. *Motricidade*, 12, pp. 96-105.
- Camolas, J., Gregório, M. J., Mendes de Sousa, S., & Graça, P. (2017). *OBESIDADE: OTIMIZAÇÃO DA ABORDAGEM TERAPÊUTICA NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE*. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Capitão, S., Pontes Vaz, M. G., Camelo, S., Pereira, F., & Vidal, V. (2012). PROJETO “EDUCALIMENTAMIR” DO MUNICÍPIO DE MIRANDELA. Em C. M. Sousa Albuquerque, *COMPORTAMENTOS DE SAÚDE INFANTO-JUVENIS: REALIDADES E PERSPETIVAS* (pp. 173-181). Viseu: ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU.
- Chaves Frota, A. (Janeiro de 2007). *Direcção Geral de Saúde*. Obtido em Outubro de 2018, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/obesidade-uma-doenca-cronica-ainda-desconhecida.aspx>
- Chora, M. A., & Mendes, F. (2012). DIFICULDADES NO CUMPRIMENTO DA DIETA: O CASO DA CRIANÇA QUE FREQUENTA A CONSULTA DE OBESIDADE INFANTIL DO HESE-EPE. Em C. M. Sousa Albuquerque, *COMPORTAMENTOS DE SAÚDE INFANTO-JUVENIS: REALIDADES E PERSPETIVAS* (pp. 125-131). Viseu: ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU.
- Coelho, A. C., Breda, J., & Montezuma de Carvalho, M. (2009). *Workshop "Obesidade e a Formação em Enfermagem" : Relatório Final*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Colmonero, S. (2016). EXERCÍCIO FÍSICO NO DOENTE CRÓNICO: QUAL O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA? *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32, pp. 227-229.
- Costa, I., Matias, J., & Resende, A. (Março de 2015). Na medida certa: Estudo antropométrico de uma população. *Portugal Saúde em Números*, 47-48.
- Cunha, P., & Costa Pinheiro, L. (2016). O papel do exercício físico na prevenção das quedas nos idosos: uma revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Medicina Familiar*, 32, pp. 96-100.

- DGS. (s.d.). *Documentos e Publicações*. Obtido em 20 de Outubro de 2018, de DGS: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/a-atividade-fisica-e-o-desporto-um-meio-para-melhorar-a-saude-e-o-bem-estar.aspx>
- DGS. (s.d.). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física - Perguntas e Respostas*. Obtido em 4 de Dezembro de 2018, de DGS: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/perguntas-e-respostas.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Obesidade*. Obtido em 23 de Novembro de 2018, de Alimentação Saudável . PNPAS: <http://www.active-labs.net/alimentacaosaudavel/biblioteca/saude-e-doenca-obesidade/>
- Direção-Geral de Saúde. (2015). *PLANO NACIONAL DE SAÚDE REVISÃO E EXTENSÃO A 2020*. Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde. (2007). *Plataforma Contra a Obesidade*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Gama, A., Rosado-Marques, V., Ferrão, M. M., Mourão, I., Nogueira, H., & Padez, C. (Março de 2015). Excesso de peso e obesidade em crianças portuguesas, hábitos alimentares e variabilidade regional. *Portugal Saúde em Números*, 105-106.
- Graça, P. (2013). *Estratégia para a redução do consumo de sal na alimentação em Portugal*. Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Graça, P., Gregório, M. J., Mendes de Sousa, S., & Camolas, J. (2018). *Alimentação Saudável Desafios e Estratégias*. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Graça, P., Nogueira, P. J., Farinha, C. S., Soares, A. P., Alves, M. I., Afonso, D., . . . Oliveira, A. L. (2014). *PORTUGAL: Alimentação Saudável em números – 2014*. DGS, Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: DGS.
- Graça, Pedro, & Silva Vaz, C. (2016). *PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DA PRÉ-OBESIDADE NO ADULTO*. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa: DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE.

- Grupo de Trabalho do Plano Nacional de Saúde. (2017). *MODELO DE GOVERNAÇÃO A 2020 : PLANO NACIONAL DE SAÚDE E PROGRAMAS DE SAÚDE PRIORITÁRIOS*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Herculano, T. B., Dionízio Carneiro, A., Alencar, A. d., Maciel de Oliveira, B., Melo de Souza, M. P., Aquino de Farias, J., & Martiniano Sousa, C. S. (s.d.). ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: O PAPEL DA ESCOLA NA CONSTRUÇÃO DE NOVOS HÁBITOS. *XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba* (p. 4). Vale do Paraíba: Universidade do Vale do Paraíba.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Portugal.
- Moura Antunes, B. d., Rossi, F. E., Sayuri Inou, D., Rosa Neto, J. C., & Santos Lira, F. (2017). Imunometabolismo e Exercício Físico: Uma nova fronteira do conhecimento. *Motricidade, 13*, pp. 85-98.
- OECD. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018 STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE*. Paris: European Union.
- Pimentel, H., & Monteiro, C. (2012). PADRÕES ALIMENTARES E DESPORTIVOS: A INFLUÊNCIA NA AUTOIMAGEM E NA PERCEÇÃO DA SAÚDE. Em C. M. Sousa Albuquerque, *COMPORTAMENTOS DE SAÚDE INFANTO-JUVENIS: REALIDADES E PERSPETIVAS* (pp. 147-158). Viseu: ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU.
- Programa Nacional para a Diabetes. (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA A DIABETES 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Programa Nacional para a Saúde das Pessoas idosas. (s.d.). *ENVELHECER COM SABEDORIA Alimente-se melhor para Manter a sua Saúde e Independência*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

- Ribeiro da Silva, P., Graça, P., Mata, F., Telo de Arriaga, M., & Jorge Silva, A. (2016). *ESTRATÉGIA NACIONAL Para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar*. Lisboa: Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
- Rito, A. I., & Graça, P. (2015). *Childhood Obesity Surveillance Initiative : COSI Portugal 2013*. Instituto Ricardo Jorge; Direção-Geral da Saúde, Departamento de Alimentação e Nutrição; Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: INSA, IP.
- Rito, A., Silva, A., & Breda, J. (Dezembro de 2016). PROGRAMA MUNSI – Programa integrado de base municipal de vigilância e abordagem de excesso de peso e obesidade em crianças do ensino básico. *Portugal Saúde em Números*, 46.
- Rosado Marques, V., Gama, A., Ferrão, M., Mourão, I., Nogueira, H., & Padez, C. (Março de 2015). Prevalência de Excesso de Peso/ Obesidade em Crianças Portuguesas – Influência de fatores parentais. *Portugal Saúde em Números*, 103.
- Schmitz, B. d., Recine, E., Tavares Cardoso, G., Melo da Silva, J. R., Almeida Amorim, N. F., & Ferreirinha Rodrigues, C. (2008). A escola promovendo hábitos alimentares saudáveis: uma proposta metodológica de capacitação para educadores e donos de cantina escolar. *Cad. Saúde Pública*, 24, 312-322.
- Silva, S., & Francisco, I. (março de 2015). Motivação para a prática de exercício físico dos alunos do 7º ano de escolaridade das Escolas do Concelho de Albergaria-a-Velha. *Portugal em Números*, pp. 108-109.
- Sousa Lopes, H. d., Cunha, S., & Rodrigues, T. (Março de 2015). Determinantes da obesidade infantil relacionados com o 1.º Ano de vida numa amostra de crianças da região Norte. *Portugal Saúde em Números*, 113.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2018). *EUROPEAN HEALTH REPORT More than numbers — evidence for all*. Europa: WORLD HEALTH ORGANIZATION.

### III- Questionário adaptado à população

## **Vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem**

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

Este projeto é da responsabilidade das Estudantes do Mestrado em Enfermagem Comunitária Alice

Teixeira e Luísa Vale (articulado com Linha de Investigação Saúde, Família e Vulnerabilidade do

Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da UCP), baseado no Modelo de Avaliação,

Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), desenvolvido por Melo (2016), que permite considerar o ACES como uma comunidade alvo da intervenção dos Enfermeiros.

Usando como modelo de referência o MAIEC, elaborámos o questionário que se segue, centrado nos Fenómenos de Enfermagem: Ansiedade, Auto-cuidado: atividade física, Excesso de peso,

Exercício, Sono e Uso do Álcool. Os mesmos foram selecionados com base no Plano Local de Saúde (PLS) e nas necessidades identificadas para a população.

Desta forma, para o sucesso deste projeto, pedimos a vossa colaboração para o seu preenchimento, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos dados.

O questionário é de preenchimento rápido, mas só fica validado com o seu total preenchimento.

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

Alice Teixeira – [maria.a.teixeira@arsnorte.min-saude.pt](mailto:maria.a.teixeira@arsnorte.min-saude.pt), 934799145

Luísa Vale – [luisa.vale.enfermagem@gmail.com](mailto:luisa.vale.enfermagem@gmail.com), 912920636

Pedro Melo – [pmelo@porto.ucp.pt](mailto:pmelo@porto.ucp.pt), 916725122

Muito obrigada pela sua colaboração!

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

## **Grupo I**

### **1. Género**

- Masculino
- Feminino

### **2. Idade**

---

### **3. Em que unidade do ACES exerce funções?**

### **4. Habilitações**

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Pós Graduação

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

### **5. Tem alguma especialidade?**

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

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

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



## **Grupo II**

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

- Sim
- Não

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

- Sim
- Não

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

- Sim
- Não

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

- Sim
- Não

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

**5. 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

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

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

- Sim
- Não

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

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

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

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

**Porquê?**

**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?**

- Sim
- Não

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

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

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

- Sim.
- Não

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

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

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

- Sim
- Não

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

- Sim
- Não

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

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

- Sim
- Não

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

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

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

- Sim
- Não

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

- Sim
- Não

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

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

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

- Sim
- Não

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

- Sim
- Não

#### IV- Consenso de peritos

Faremos uma análise das prioridades considerando os critérios da Magnitude, Transcendência e Vulnerabilidade. Teremos como referencia as definições propostas por Pereira (2004): A magnitude diz respeito à dimensão e importância do problema. A transcendência é a medida de relevância social, do reconhecimento que determinada população dá a um evento, do desejo da comunidade de resolver o problema. Esta é normalmente bastante influenciada também pela gravidade dos eventos. A vulnerabilidade está relacionada com a permeabilidade à intervenção, a condição de modificação do processo conforme a capacidade científica e técnica de intervenção.

Atribuimos uma pontuação (entre 0 e 3), definindo os seguintes critérios:

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

<b>PROBLEMA</b>	<b>Magnitude</b>	<b>Transcendência</b>	<b>Vulnerabilidade</b>	<b>TOTAL</b>
Participação Comunitária comprometida: comunicação sobre vigilância epidemiológica comprometida na percepção de 73,1% dos membros da comunidade	2	2	2	6
Participação Comunitária comprometida: inexistência de parcerias percebida em 76,1% dos membros da comunidade	3	1	2	6
Participação Comunitária comprometida: inexistência de estruturas organizativas percebida em 58,2% dos membros da comunidade	1	3	3	7
Liderança comunitária comprometida: conhecimento sobre vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem não percebida em 47,8% dos membros da comunidade	0	3	3	6
Liderança comunitária comprometida: conhecimento sobre as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do PLS do ACeS não demonstrado em 47,8% dos membros da comunidade.	0	3	3	6
Liderança comunitária comprometida: conhecimento sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos fenómenos em estudo não	0	3	3	6

percecionado em 41,8% dos membros da comunidade.				
Liderança comunitária comprometida: Crenças sobre a importância do projeto comprometidas em 4,5% dos membros da comunidade.	0	3	2	5
Liderança comunitária comprometida: Crenças sobre o contributo da sua documentação para o diagnóstico de Saúde comprometidas em 4,5% dos membros da comunidade.	0	3	2	5
Liderança comunitária comprometida: Crenças sobre a importância de avaliar frequentemente o foco excesso de peso comprometidas em 35,9 % dos membros da comunidade.	0	3	3	6
Liderança comunitária comprometida: Crenças sobre a importância de avaliar frequentemente o foco AC: Atividade física comprometidas em 58,2 % dos membros da comunidade	1	3	3	7
Liderança comunitária comprometida: Crenças sobre a importância de avaliar frequentemente o foco Exercício comprometidas em 58,2 % dos membros da comunidade	1	3	3	7
Liderança comunitária comprometida: Volição para o desenvolvimento de um projeto que promova a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem comprometida em 26,9% dos membros da comunidade.	0	2	2	4
Processo comunitário comprometido: coping	0	2	3	5

comunitário (experiencia no registo do foco excesso de peso) comprometido em 26,9% dos membros da comunidade				
Processo comunitário comprometido: coping comunitário (experiencia no registo do foco exercício) comprometido em 46,3% dos membros da comunidade	0	2	3	5
Processo comunitário comprometido: coping comunitário (experiencia no registo do foco AC: Actividade física) comprometido em 50,8% dos membros da comunidade	1	2	3	6

**Lista dos problemas prioritários no contexto da Gestão Comunitária (com pontuação  $\geq 6$ )**

- 1- Participação Comunitária comprometida: inexistência de estruturas organizativas percecionada em 58,2% dos membros da comunidade
- 2- Liderança comunitária comprometida: Crenças sobre a importância de avaliar frequentemente o foco AC: Atividade física comprometidas em 58,2% dos membros da comunidade
- 3- Liderança comunitária comprometida: Crenças sobre a importância de avaliar frequentemente o foco Exercício comprometidas em 58,2 % dos membros da comunidade
- 4- Participação Comunitária comprometida: comunicação sobre vigilância epidemiológica comprometida na perceção de 73,1% dos membros da comunidade
- 5- Participação Comunitária comprometida: inexistência de parcerias percecionada em 76,1% dos membros da comunidade
- 6- Liderança comunitária comprometida: conhecimento sobre vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem não percecionada em 47,8% dos membros da comunidade
- 7- Liderança comunitária comprometida: conhecimento sobre as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do PLS do ACeS não demonstrado em 47,8% dos membros da comunidade.
- 8- Liderança comunitária comprometida: conhecimento sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos fenómenos em estudo não percecionado em 41,8% dos membros da comunidade.
- 9- Liderança comunitária comprometida: Crenças sobre a importância de avaliar frequentemente o foco excesso de peso comprometidas em 35,9 % dos membros da comunidade.

10- Processo comunitário comprometido: coping comunitário (experiencia no registo do foco AC: Actividade física) comprometido em 50,8% dos membros da comunidade.

V - Reunião de grupo focal



**CATOLICA**  
CIIS - CENTRO DE INVESTIGAÇÃO  
INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU



**MAIEC**<sup>®</sup>

Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

# Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem A comunidade ACES



- O Projeto MAIEC

- O Projeto MAIEC no  
ACES

- O nível de  
Empoderamento do  
ACES para promover a  
vigilância  
epidemiológica dos  
fenómenos de  
enfermagem.



## Propostas



Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Clarisse Ribeiro, Fernanda Coelho©

2

**- O Projeto MAIEC**

- O Projeto MAIEC no ACES

- O nível de Empoderamento do ACES para promover a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem.



**- O Projeto MAIEC**

- O Projeto MAIEC no ACeS Tamega III- Vale do Sousa Norte

- O nível de Empoderamento do ACeS para promover a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem.



Melo, 2016, 2017  
Melo, Silva e Figueiredo, 2018

- O Projeto MAIEC

- O Projeto MAIEC no ACES

- O nível de Empoderamento do ACES para promover a vigilância epidemiológica dos fenômenos de enfermagem.

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

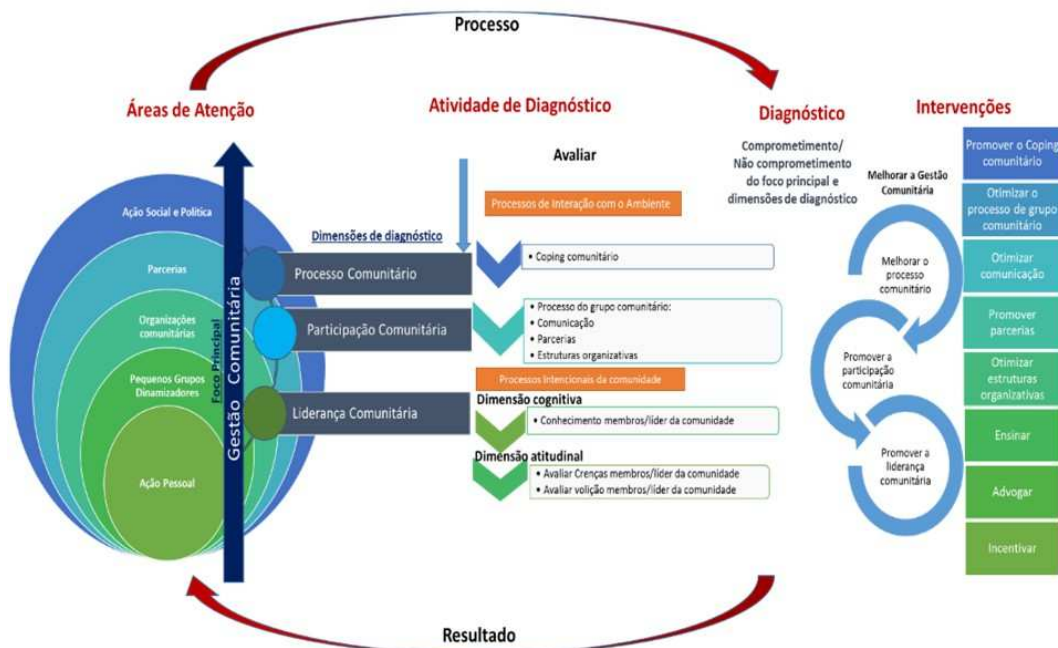
**Comunidade:**


**Conjunto de pessoas** que se integra num determinado **contexto geográfico**, bem delimitado, assim como com **funções identificadas** quer pelos seus membros quer para e pelos grupos e organizações que as constituem. Exige um **sentido de identidade** que permite a partilha de objetivos comuns. É também um **sistema relacional aberto**, decorrente da **interação das pessoas, grupos e organizações comunitárias**. **O todo e as partes interagem através da participação, liderança e processo comunitários.**



**O ACES é uma Comunidade!**

**Matriz de Decisão Clínica- MAIEC**




  
**MAIEC**<sup>®</sup>  
Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

**Avaliar o impacto da utilização do MAIEC na promoção do empoderamento comunitário**

**- O Projeto MAIEC**

**- O Projeto MAIEC no ACES**

- O nível de Empoderamento do ACES para promover a vigilância epidemiológica dos fenômenos de enfermagem.



Estudo quase experimental de desenho antes-após


6 investigadores Doutorados  
1 Investigador Internacional


6 investigadores Mestres

2 investigadores da área da Gestão

3 Teses de Mestrado no contexto do MAIEC

6 investigadores Mestrandos  
6 Projetos em curso  
1 Internacional



 Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Clarisse Ribeiro, Fernanda Coelho©  
 7

  
**MAIEC**<sup>®</sup>  
Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

**- O Projeto MAIEC**


**- O Projeto MAIEC no ACES**


- O nível de Empoderamento do ACES para promover a vigilância epidemiológica dos fenômenos de enfermagem.



**Avaliar o impacto da implementação do MAIEC**

- Comunidade Hospitalar
- Comunidade Escolar
- Comunidade ACeS
- Comunidade residencial


**CATOLICA**  
 CINS - CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE  
UNIVERSIDADE PORTO NOVO


 Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Clarisse Ribeiro, Fernanda Coelho©  
 8

- O Projeto MAIEC

- O Projeto MAIEC no ACES

- O nível de Empoderamento do ACES para promover a vigilância epidemiológica dos fenômenos de enfermagem.



- Acreditamos que a Epidemiologia dos Fenômenos de Enfermagem, permitem conhecer e atuar na vulnerabilidade;

- Acreditamos que a Unidade de Saúde Pública é o Epicentro da vigilância epidemiológica;

- Acreditamos que os Enfermeiros contribuem de forma significativa para os determinantes de saúde e sociais e que este contributo precisa de evidência.

- O Projeto MAIEC

- O Projeto MAIEC no ACES

- O nível de Empoderamento do ACES para promover a vigilância epidemiológica dos fenômenos de enfermagem.



### Projeto “Gestão Comunitária”

Vigilância Epidemiológica dos Fenômenos de Enfermagem

#### FINALIDADE

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



- O Projeto MAIEC

- O Projeto MAIEC no ACES

- O nível de Empoderamento do ACES para promover a vigilância epidemiológica dos fenômenos de enfermagem.



### Projeto “Gestão Comunitária”

Vigilância Epidemiológica dos Fenômenos de Enfermagem

Partindo do diagnóstico de situação de saúde desenvolvido pela USP, foi desenvolvida escolha de alguns focos de atenção, para realizar vigilância epidemiológica – Uso do Álcool, Ansiedade e Sono – Enf. Alice Teixeira e Excesso de Peso, Atividade Física, Exercício – Enf. Luísa Vale Ferreira,



Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Clarisse Ribeiro, Fernanda Coelho©

11

- O Projeto MAIEC

- O Projeto MAIEC no ACES

- O nível de Empoderamento do ACES para promover a vigilância epidemiológica dos fenômenos de enfermagem.



### Projeto “Gestão Comunitária”

Vigilância Epidemiológica dos Fenômenos de Enfermagem

Evidenciar o valor e o contributo dos Enfermeiros nos determinantes de saúde pública, mas acima de tudo o contributo para a saúde da população do ACES está nas mãos de todos e de cada um/a



Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Clarisse Ribeiro, Fernanda Coelho©

12

- O Projeto MAIEC

- O Projeto no ACES

- O nível de Empoderamento do ACES para promover a vigilância epidemiológica dos fenômenos de enfermagem.



## O ACES e a Saúde da População

Para a comunidade ACES fenômenos de enfermagem precisamos aumentar o seu nível de empoderamento como um todo!



Melo, 2016



Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Clarisse Ribeiro, Fernanda Coelho©

13

- O Projeto MAIEC

- O Projeto MAIEC no ACES

- O nível de Empoderamento do ACES para promover a vigilância epidemiológica dos fenômenos de enfermagem.

**| Vamos saber como está o ACES, em relação ao nível de empoderamento para desenvolver a vigilância epidemiológica dos fenômenos de enfermagem!**



Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Clarisse Ribeiro, Fernanda Coelho©

14

**| Projeto de Investigação MAIEC**  
**Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde - UCP**

- O Projeto MAIEC

- O Projeto MAIEC no ACES

- O nível de Empoderamento do ACES para promover a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem.

**Como?**

**Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário**



Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Clarisse Ribeiro, Fernanda Coelho©

15

**| Projeto de Investigação MAIEC**  
**Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde - UCP**

- O Projeto MAIEC

- O Projeto MAIEC no ACES Tamega III- Vale do Sousa Norte

- O nível de Empoderamento do ACES para promover a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem.

**| Consentimento Informado**




Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Clarisse Ribeiro, Fernanda Coelho©


16


No que respeita à vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem...	
- O Projeto MAIEC	Nem todos os membros e grupos do ACeS estão a participar em atividades e reuniões (ex, Grupos de Trabalho sobre vigilância epidemiológica) <b>1</b>
- O Projeto MAIEC no ACeS	Os membros do ACeS participam em reuniões, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda. <b>2</b>
- O nível de Empoderamento do ACeS para promover a vigilância epidemiológica dos fenômenos de enfermagem.	Os membros do ACeS estão envolvidos na discussão mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação de projetos sobre vigilância epidemiológica. <b>3</b>
	Os membros do ACeS estão envolvidos nas decisões no planeamento e implementação de projetos sobre vigilância epidemiológica. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros. <b>4</b>
	A participação na tomada de decisão é mantida. Os membros do ACeS estão envolvidos em actividades fora do ACeS. <b>5</b>


No que respeita à vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem...	
- O Projeto MAIEC	Não existe avaliação do problemática da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem desenvolvida pelo ACeS <b>1</b>
- O Projeto MAIEC no ACeS	O ACeS apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação do estado de arte da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem em todas as Unidades Funcionais. <b>2</b>
- O nível de Empoderamento do ACeS para promover a vigilância epidemiológica dos fenômenos de enfermagem.	O ACeS tem competências. Os problemas e as prioridades relacionados com a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem são identificados pelo ACeS. Não envolve a participação de todas as unidades funcionais. <b>3</b>
	O ACeS identifica problemas, soluções e ações para promover a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento do ACeS. <b>4</b>
	O ACES continua a avaliar a problemática da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem e é a “dono” dos problemas, soluções e ações. <b>5</b>


<p>- O Projeto MAIEC</p>	<p><b>No que respeita à vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem...</b></p> <p>Algumas Unidades Funcionais sem um líder relacionado com a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem. <span style="float: right;">1</span></p>
<p>- O Projeto MAIEC no ACeS</p>	<p>Existem líderes para todas as unidades funcionais no que respeita à vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem. Algumas Unidades Funcionais, sobre este assunto, não funcionam sob a liderança dos seus líderes. <span style="float: right;">2</span></p>
<p>- O nível de Empoderamento do ACeS para promover a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem.</p>	<p>As Unidades Funcionais funcionam sob liderança, no que respeita à vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem. Algumas Unidades Funcionais não têm suporte de líderes externos ao ACeS (Ex. ACSS) <span style="float: right;">3</span></p>
	<p>Os líderes estão a desenvolver iniciativas sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem com o suporte das suas Unidades Funcionais. Os líderes requisitam treino de competências sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem. <span style="float: right;">4</span></p>
 <p>Pedro Melo, A</p>	<p>Os líderes têm iniciativa total no que respeita à vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem. Unidades Funcionais com suporte total. Os líderes trabalham com grupos externos para ganhar recursos. <span style="float: right;">5</span></p>

<p>- O Projeto MAIEC</p>	<p><b>No que respeita à vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem...</b></p> <p>O ACeS não tem estruturas organizativas tais como grupos de trabalho ou comissões sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem. <span style="float: right;">1</span></p>
<p>- O Projeto MAIEC no ACeS</p>	<p>As organizações foram estabelecidas pelo ACeS, mas não estão activas. <span style="float: right;">2</span></p>
<p>- O nível de Empoderamento do ACeS para promover a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem.</p>	<p>Mais do que uma organização activa. As organizações têm mecanismos que permitem aos membros ter uma participação significativa sobre a problemática da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem. <span style="float: right;">3</span></p>
	<p>Muitas organizações estabeleceram ligações umas com as outras no ACeS (Ex. Comissões/Grupos de Trabalho/...) <span style="float: right;">4</span></p>
	<p>As organizações estão activamente envolvidas dentro e fora do ACeS. O ACeS está comprometido com as suas e outras organizações. <span style="float: right;">5</span></p>

<p>- O Projeto MAIEC</p>	<p><b>No que respeita à vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem...</b></p> <p>Os recursos não estão a ser mobilizados pelo ACeS para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem. <span style="float: right;">1</span></p>
<p>- O Projeto MAIEC no ACeS</p>	<p>Apenas os coordenadores e gestores do ACeS mobilizam os recursos criados pela ACeS para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem. Os membros da comunidade são criados para providenciar recursos para esta problemática. <span style="float: right;">2</span></p>
<p>- O nível de Empoderamento do ACeS para promover a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem.</p>	<p>O ACeS tem recursos em reservas crescentes, mas não há decisão colectiva sobre a sua distribuição, no concerne à vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem. Os recursos criados têm benefícios limitados. <span style="float: right;">3</span></p> <p>Os recursos criados são usados para atividades fora do ACeS. Existe discussão pelo ACeS sobre a sua distribuição, mas não são distribuídos com justiça. <span style="float: right;">4</span></p>
	<p>Criados recursos consideráveis e o ACeS decide sobre a sua distribuição. Os recursos são justamente distribuídos, para dar resposta à vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem. <span style="float: right;">5</span></p>
<p> Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Clarisse Ribeiro, Fernanda Coelho <span style="float: right;">21</span></p>	

<p>- O Projeto MAIEC</p>	<p><b>No que respeita à vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem...</b></p> <p>O ACeS não tem qualquer ligação a pessoas ou organizações para promover a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem <span style="float: right;">1</span></p>
<p>- O Projeto MAIEC no ACeS</p>	<p>O ACeS tem ligações informais com outras organizações e pessoas. Não tem um propósito bem definido <span style="float: right;">2</span></p>
<p>- O nível de Empoderamento do ACeS para promover a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem.</p>	<p>O ACeS acordou ligações mas não estão envolvidas nas actividades e desenvolvimento do ACeS no que respeita à vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem. <span style="float: right;">3</span></p> <p>Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento do ACeS para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem, baseado no respeito mútuo. <span style="float: right;">4</span></p>
	<p>As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhorias para o ACeS. <span style="float: right;">5</span></p>
<p> Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Clarisse Ribeiro, Fernanda Coelho <span style="float: right;">22</span></p>	

	<p><b>No que respeita à vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem...</b></p>
<p>- O Projeto MAIEC</p>	<p>Não existem discussões de grupo para questionar sobre o estado de arte da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem. <b>1</b></p>
<p>- O Projeto MAIEC no ACeS</p>	<p>São desenvolvidas discussões por pequenos grupos para questionar sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem e para desafiar a sabedoria adquirida. <b>2</b></p>
<p>- O nível de Empoderamento do ACeS para promover a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem.</p>	<p>Grupos chamados a ouvir os sobre a vigilância epidemiológica dos Dx de enfermagem no ACeS. Estes têm a habilidade para reflectir nos assuntos, definindo as suas ideias e acções. Têm habilidade para desafiar a sabedoria adquirida. <b>3</b></p>
	<p>Existe diálogo entre os grupos do ACeS para identificar soluções, auto-testar e analisar as questões relacionadas com a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem. Alguma experiencia em testar soluções. <b>4</b></p>
	<p>Os grupos do ACeS têm habilidade para auto-analisar e desenvolver esforços ao longo to tempo. Isto leva a mudança colectiva. <b>5</b></p>
<p> Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Clarisse Ribeiro, Fernanda Coelho© 23</p>	

	<p><b>No que respeita à vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem...</b></p>
<p>- O Projeto MAIEC</p>	<p>A Gestão de um projeto relacionado com a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem não existe ou é feita por um único agente. <b>1</b></p>
<p>- O Projeto MAIEC no ACeS</p>	<p>A Gestão de um projeto relacionado com a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem é feita por um agente em discussão com o ACeS. <b>2</b></p>
<p>- O nível de Empoderamento do ACeS para promover a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem.</p>	<p>A Gestão de um projeto relacionado com a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem é feita pelo ACeS e supervisionada pelo agente. Mecanismos de tomada de decisão mutuamente acordados. Regras e responsabilidades claramente definidas. O ACeS não recebeu treino de competências para a gestão de projetos relacionados com a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem. <b>3</b></p>
	<p>A Gestão de um projeto relacionado com a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem é feita pelo ACeS, com assistência limitada do agente no planeamento, politica e avaliação. Desenvolvido um sentido de pertença do ACeS. <b>4</b></p>
<p></p>	<p>O ACeS autogere o projeto independente do agente. A gestão é responsabilizável. <b>5</b></p>
<p> Pedro Melo, Al</p>	

<p>- O Projeto MAIEC</p>	<p><b>No que respeita à vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem...</b></p> <p>Não há relação do ACeS com agendes externos sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem ou Existem agentes externos ao ACeS no controlo das políticas, finanças, recursos e avaliação de programas relacionados com a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem. <span style="float: right;">1</span></p>
<p>- O Projeto MAIEC no ACeS</p>	<p>Agentes externos no controlo, mas discutem com o ACeS. Não existe tomada de decisão do ACeS. O agente atua em nome do ACeS para produzir resultados. <span style="float: right;">2</span></p>
<p>- O nível de Empoderamento do ACeS para promover a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem.</p>	<p>Agentes e ACeS tomam decisões conjuntas. O papel do agente externo é mutuamente acordado. <span style="float: right;">3</span></p>
	<p>A Comunidade toma decisões com o suporte de agentes externos. O agente externo facilita a mudança com treino e suporte. <span style="float: right;">4</span></p>
	<p>Os agentes facilitam a mudança a pedido do ACeS que toma as decisões. O agente atua em nome do ACeS para construir capacidades para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem. <span style="float: right;">5</span></p>

<p>- O Projeto MAIEC</p>	
<p>- O Projeto MAIEC no ACeS</p>	<p><b>Estamos preparados para saber o poder do ACeS para desenvolver a Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem.</b></p>
<p>- O nível de Empoderamento do ACeS para promover a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem.</p>	

- O Projeto MAIEC

- O Projeto MAIEC no ACeS

- O nível de Empoderamento do ACeS para promover a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem.

## COMPROMISSO

### Partilha:

- Diagnóstico do nível de empoderamento com o ACeS

### Soluções:

- Continuidade do projeto para melhorar a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem.



- O Projeto MAIEC

- O Projeto MAIEC no ACeS

- O nível de Empoderamento do ACeS para promover a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem.

Começa hoje o caminho para a história da Enfermagem na Saúde Pública do ACeS

**Obrigado.**

[pmelo@porto.ucp.pt](mailto:pmelo@porto.ucp.pt)

## VI - Sessão informativa e plano de sessão

<b>PLANO DE SESSÃO</b>			<b>DATA: 04/12/2018</b>
			<b>DURAÇÃO: 30 min</b>
<b>TEMA:</b>	<b>Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos</b>	<b>PÚBLICO</b>	<b>Conselhos Técnicos do AceS</b>
<b>LOCAL:</b>	<b>Sala de reuniões</b>	<b>OBJETIVOS GERAIS:</b>	<b>Contextualizar o projeto MAIEC Promover o conhecimento sobre Vigilância Epidemiológica Diagnóstica e de</b>
<b>FORMADORES:</b>	<b>Alice Teixeira e Luísa Vale</b>		

<b>FASE</b>	<b>OBJETIVOS</b> Que os participantes:	<b>CONTEÚDOS</b>	<b>MÉTODOS E TÉCNICAS</b>	<b>DURAÇÃO (minutos)</b>	<b>MATERIAIS E EQUIPAMENTOS</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	Conheçam as formadoras  Conheçam o tema da formação	Apresentação das formadoras  Expor os objetivos	Método expositivo	5 min.	Computador e projetor	Observação direta

<b>DESENVOLVIMENTO</b>	<p>Compreendam a contextualização do tema</p> <p>Identificar o Diagnóstico atual do ACeS face à Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem</p> <p>Conheçam o Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem – ODE</p>	<p>Apresentação do MAIEC</p> <p>Definição de vigilância epidemiológica e enquadramento com o PLS</p> <p>Apresentação de dados do Diagnóstico de situação e da avaliação do Empoderamento Comunitário</p> <p>Apresnetação do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem</p>	<p>Método expositivo</p>	<p>15</p>	<p>Computador e projetor</p>	<p>Avaliação Formativa</p> <p>Diálogo interogado</p>
<b>CONCLUSÃO</b>	<p>Esclareçam dúvidas</p>	<p>Sumarização e esclarecimento de dúvidas</p>	<p>Método expositivo</p>	<p>10</p>	<p>Computador e projetor</p>	<p>Observação direta</p>



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO



MAIEC®  
Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

## Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem

A comunidade ACeS como parte da solução



### O projeto...

#### FINALIDADE

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

Através da aplicação do...

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



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

Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Clarisse Ribeiro, Fernanda Coelho©

04/12/2018

# Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem

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



## Plano Local de Saúde – Necessidades de Saúde

### Menor Mortalidade por:

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

### Menor Prevalência de:

- Perturbação Depressiva;
- Diabetes Mellitus

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



### Determinantes de Saúde



## Determinantes da saúde relacionados com os problemas de saúde selecionados

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

(1) Fibrilação/flutter auricular, enfarte agudo do miocárdio, febre reumática e próteses; (2) Razão Apolipoproteína A-I e B; (3) Nem todos os estudos são consensuais.; (4) O uso prolongado (mais de 2 anos) em mulheres pós-menopausadas



## Diagnóstico de Situação

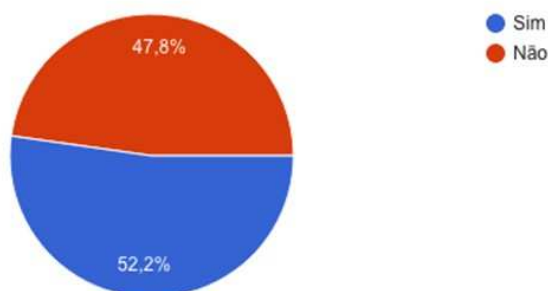


Gráfico 1- Conhecimento sobre Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem



## Diagnóstico de Situação

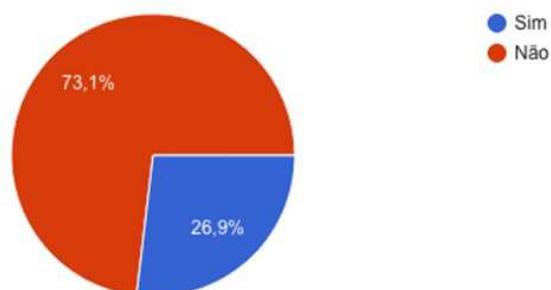


Gráfico 2- Comunicação sobre Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem



## Diagnóstico de Situação

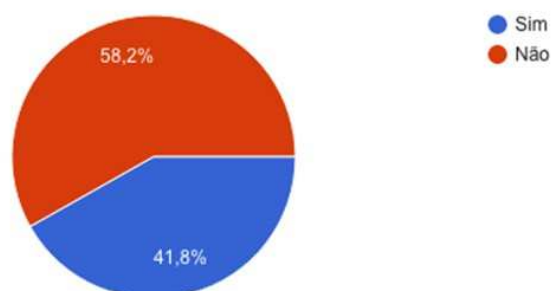


Gráfico 3- Existência de Estruturas Organizativas



## Diagnóstico de Situação

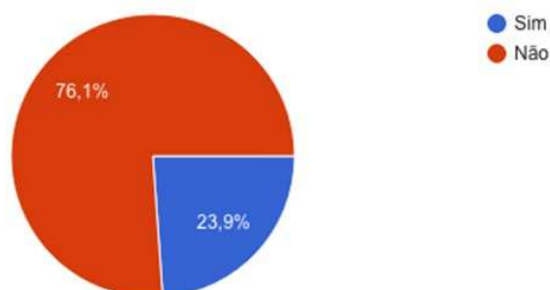


Gráfico 4- Existência de Parcerias



## Avaliação do nível Empoderamento Comunitário



# Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem – ODE

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

Em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACeS.



# Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem – ODE

## MISSÃO...

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



# Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem – ODE

O ODE tem como finalidades:

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



# Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem – ODE

São competências do ODE

- Realizar a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem no ACeS
- Proceder à divulgação dos resultados de estudos epidemiológicos no âmbito dos diagnósticos de enfermagem no ACeS



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



*“Reunir-se é um começo, permanecer juntos é um progresso, e trabalhar juntos é um sucesso.”*

Napoleon Hill



## VII - Sessão formativa e plano de sessão

<b>PLANO DE SESSÃO</b>			<b>DATAS: 7/12/2018, 10/12/2018 e 12/12/2018</b> <b>DURAÇÃO: 45 min</b>
<b>TEMA:</b>	<b>Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem: Focos AC: Atividade Física</b>	<b>PÚBLICO ALVO:</b>	Enfermeiros do ACES
<b>LOCAL:</b>	Salas de reuniões	<b>OBJETIVOS GERAIS:</b>	Contextualizar o projeto MAIEC Promover o conhecimento sobre Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem, Promover o conhecimento e habilidades para a documentação dos Focos
<b>FORMADORES:</b>	Luísa Vale		

<b>FASE</b>	<b>OBJETIVOS</b> Que os participantes:	<b>CONTEÚDOS</b>	<b>MÉTODOS E TÉCNICAS</b>	<b>DURAÇÃO (minutos)</b>	<b>MATERIAIS E EQUIPAMENTOS</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	Conheçam a formadora  Conheçam o tema da formação	Apresentação da formadora  Expor os objetivos	Método expositivo	5 min.	Computador e projetor	Observação direta

<b>DESENVOLVIMENTO</b>	Compreendam a contextualização do tema	Apresentação do MAIEC				
	Identifiquem o diagnóstico atual do ACES face à Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem	Apresentação de dados do Diagnóstico de situação  Definição de vigilância epidemiológica e enquadramento com o PLS				
	Identifiquem o conceito de vigilância Epidemiológica e o relacionem com os Diagnósticos de Enfermagem	Apresentação teórica sobre os Focos  Apresentação de Meios de Documentação	Método expositivo e demonstração	20	Computador e projetor	Avaliação Formativa – Diálogo Interrogado
	Identifiquem a importância da documentação de Enfermagem e em específico dos Focos AC: Atividade Física, Exercício e Excesso de Peso para o	Apresentação da Importância da Documentação  Apresentação do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem				

	<p>Diagnóstico de Situação de Saúde</p> <p>Conheçam o Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem – ODE – VSN</p>					
<b>CONCLUSÃO</b>	<p>Treinem competências para o diagnóstico e documentação nos Focos : AC: Atividade Física, Exercício e Excesso de Peso</p> <p>Esclareçam dúvidas</p>	<p>Apresentação de Casos-Problema adequados a cada unidade para resolução</p> <p>Sumarização e esclarecimento de dúvidas</p>	<p>Estudo de Caso e demonstrativo</p>	<p>20</p>	<p>Computador e projetor</p>	<p>Formativa: Análise de Competências para a Resolução dos estudos de Casos</p>



MAIEC®

Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

## Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem

### Auto-cuidado: Atividade Física, Excesso de Peso, Exercício



## Objetivos da formação

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



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

12000 V. PORTO

Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Clárisse Ribeiro, Fernanda Coelho©

12/12/2018

## O projeto...

### FINALIDADE

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

Através da aplicação do...

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



## Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem

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



## Diagnóstico de Situação

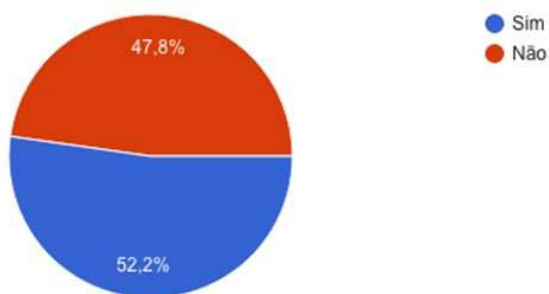


Gráfico 1- Conhecimento sobre Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA PORTO

Pedro Melo, Alice Teixeira, Luisa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Clarisse Ribeiro, Fernanda Coelho©

12/12/2018

## Diagnóstico de Situação

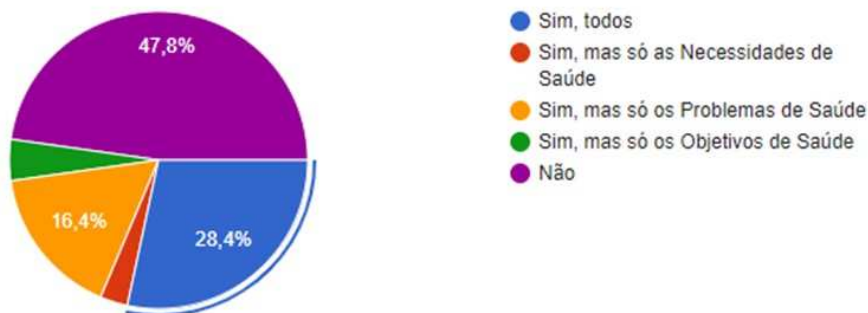


Gráfico 2 - Conhecimento sobre as necessidades de saúde, os problemas de saúde identificados e os objetivos de saúde do PLS do ACeS



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA PORTO

Pedro Melo, Alice Teixeira, Luisa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Clarisse Ribeiro, Fernanda Coelho©

12/12/2018

## Diagnóstico de Situação

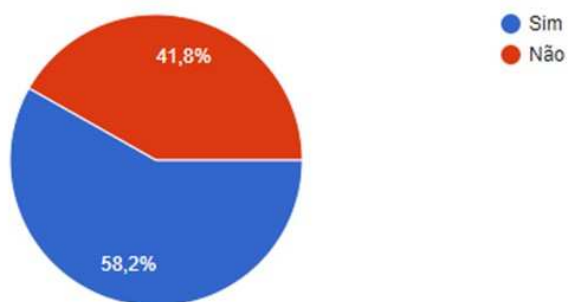


Gráfico 3 - Conhecimento sobre as sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para documentação dos cuidados de enfermagem



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA PORTO

Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Clarisse Ribeiro, Fernanda Coelho©

12/12/2018

## Diagnóstico de Situação

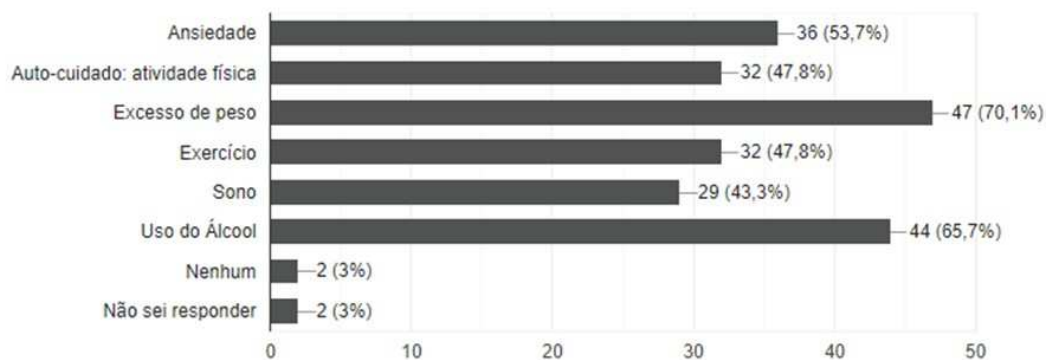


Gráfico 4 - Crenças sobre a importância de avaliar frequentemente os focos: Ansiedade; Auto-Cuidado: atividade física; Excesso de peso; Exercício; Sono e Uso do Álcool



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA PORTO

Pedro Melo, Alice Teixeira, Luísa Ferreira, Alexandra Pereira, Amélia Ferreira, Clarisse Ribeiro, Fernanda Coelho©

12/12/2018

## Diagnóstico de Situação

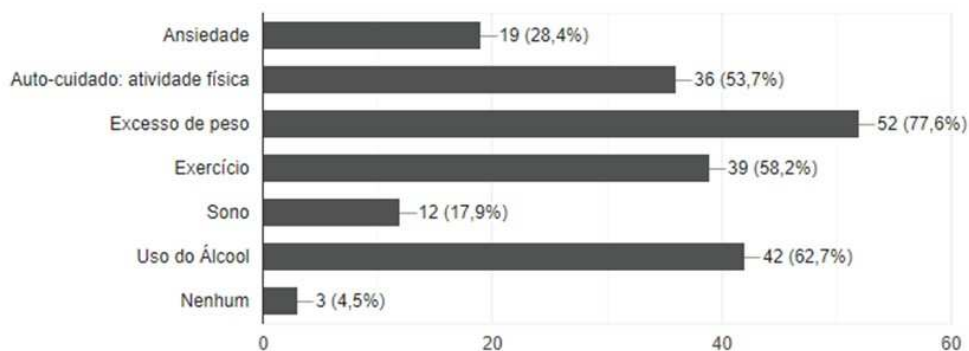


Gráfico 5 - Experiência no registo dos focos: Ansiedade; Auto-Cuidado: atividade física; Excesso de peso; Exercício; Sono e Uso do Álcool



## Diagnóstico de Situação

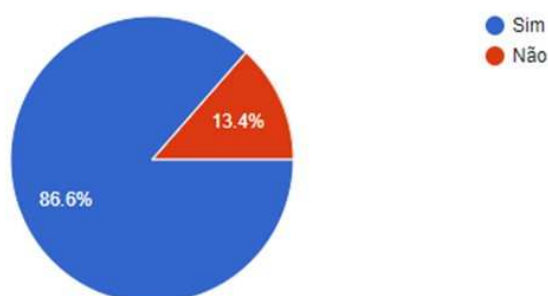


Gráfico 6 – Necessidades formativas sobre as sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para documentação dos focos em estudo



# Plano Local de Saúde – Necessidades de Saúde

## Menor Mortalidade por:

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

- Obesidade;
- Consumo de Álcool;
- Exercício físico;
- Hipertensão Arterial.
- Consumo de tabaco;
- Excesso de Peso

## Menor Prevalência de:

- Perturbação Depressiva;
- Diabetes Mellitus



## Determinantes de Saúde

## Determinantes da saúde relacionados com os problemas de saúde identificados

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

(1) Fibrilhação flutter auricular, enfarte agudo do miocárdio, febre reumática e próteses; (2) Razão Apolipoproteína A-I e B; (3) Nem todos os estudos são consensuais.; (4) O uso prolongado (mais de 2 anos) em mulheres pós-menopausadas



MAIEC®

Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

## Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem

### Auto-cuidado: Atividade Física, Excesso de Peso, Exercício



## Atividade Física VS Exercício

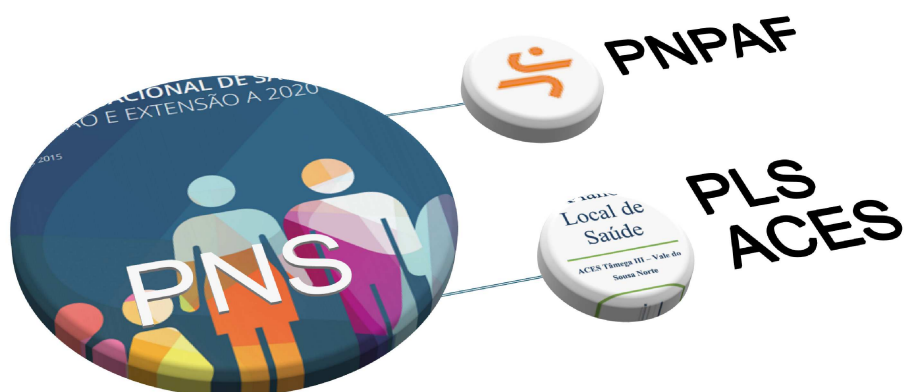
- **Atividade física:** contempla qualquer movimento realizado pelos os principais músculos do corpo, que resulte num gasto energético acima dos valores de repouso.
- **Exercício físico:** compreende toda a prática consciente de atividade física, realizada com um objetivo específico e bem delineada no tempo, com ou sem prescrição. É geralmente uma prática planeada.

# Auto-cuidado: Atividade Física e Exercício

- **Auto Cuidado: Actividade Física** é um tipo de Auto Cuidado com as características específicas: encarregar-se dos comportamentos de actividade física, assegurar local e oportunidade para praticar exercício na vida diária. **(Sclínico)**
- **Exercício** é um tipo de Auto Cuidado: Actividade Física com as características específicas: executar actividades físicas e programas de exercícios corporais com o objectivo de se manter em boa condição física, com boa mobilidade e saudável. **(Sclínico)**



# Auto-cuidado: Atividade Física e Exercício

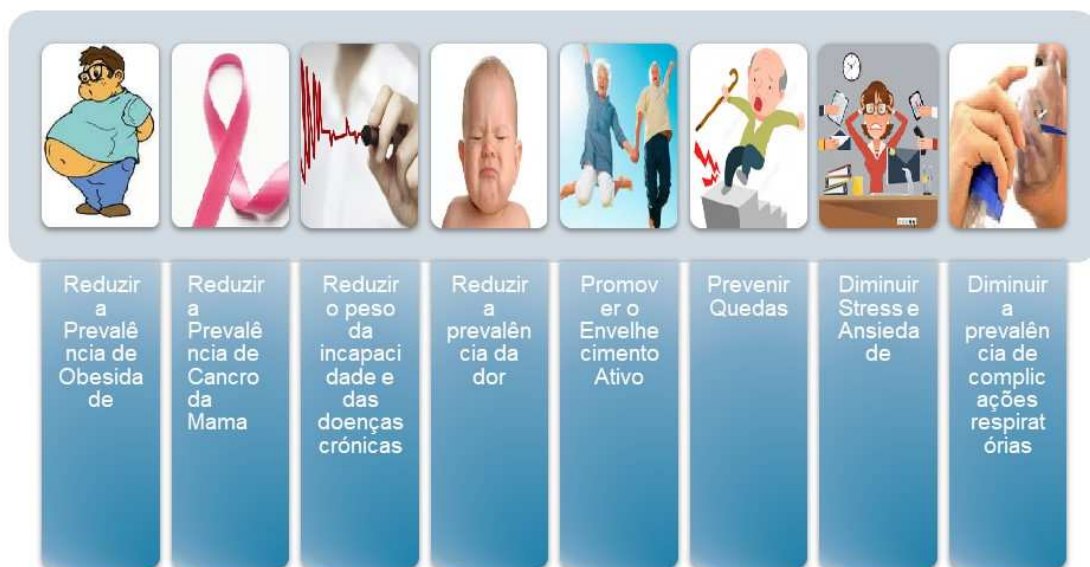


## Mais de 1,4 bilhão de adultos no mundo não praticam atividade física suficiente (OMS)

- A última sondagem do Eurobarómetro revelou que Portugal é o terceiro país (entre 28 países estudados) em que a população pratica menos exercício!

- A inatividade física é o **4º maior fator de risco comportamental** para a saúde na população e para os **custos com a saúde!**
- Responsável por cerca de **5 milhões de mortes anualmente**:
  - Mortes por doenças cardiovasculares;
  - Mortes por diabetes tipo II;
  - Mortes por cancro da mama.
- A diminuição da inatividade resultaria num aumento da esperança média de vida de 0,6 anos no continente europeu e **0,9 anos em Portugal.**

## Promover a atividade Física



## Metas de saúde a 2020 da DGS

- A. Aumentar para 32% a percentagem de adultos que indica fazer exercício ou desporto com regularidade;
- B. Aumentar para 70% a percentagem de adolescentes que pratica atividade física três ou mais vezes por semana;
- C. Aumentar para 25% a percentagem de adultos com menos de 7,5h/dia em atividade sedentária.

## Objetivos do PLS do ACES para 2020

- Atingir até 2020 uma proporção superior a 57% de alunos de ambos os sexos, dos 6º, 8º e 10º anos, que praticam atividade física mais de 3 vezes por semana



## Unidades Funcionais e a Promoção de Atividade Física – Documentação do Foco Autocuidado: Atividade Física



# Unidades Funcionais e a Promoção de Atividade Física – Documentação do Foco Exercício



## Documentos de Apoio





MAIEC®

Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

## Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem

# Excesso de Peso



## Excesso de Peso

- Excesso de Peso é um tipo de Estado Nutricional com as características específicas: situação de elevado peso e massa corporal, habitualmente 10-20% acima do peso ideal, aumento proporcional de células gordas, predominantemente nas vísceras e tecido subcutâneo, associado a ingestão excessiva de nutrientes, alimentação em excesso e falta de exercício. (Sclínico)

# Excesso de Peso, perímetro da cintura e risco de doença

	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Risco de Doença	
		Perímetro cintura	Perímetro cintura
		≤ 88cm em mulheres ≤ 102cm em homens	> 88cm em mulheres > 102cm em homens
Baixo peso	< 18,5	-	-
Peso normal	18,5 – 24,9	-	-
Excesso de Peso	≥ 25		
<i>Pré-obesidade</i>	25 – 29,9	Aumentado	Alto
<i>Obesidade</i>	≥ 30		
Classe 1	30 – 34,9	Alto	Muito alto
Classe 2	35 – 39,9	Muito alto	Muito alto
Classe 3	≥40	Extremamente Alto	Extremamente Alto

## Excesso de Peso

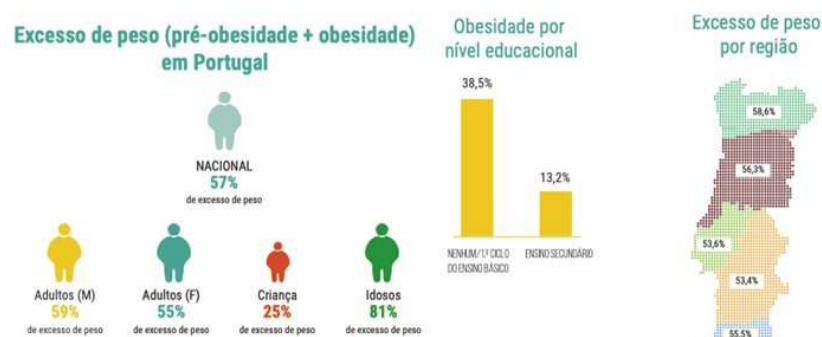


### Área dos Programas de Saúde Prioritários



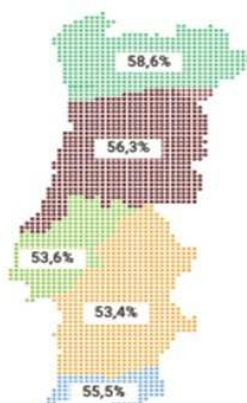
30% da população mundial tem um índice de massa corporal superior aos valores considerados ideais, com 700 milhões de pessoas com um IMC superior a 30Kg/m<sup>2</sup>, considerados obesos.

## Excesso de Peso (Pré-obesidade + Obesidade) em Portugal



Fonte: DGS, 2017

## Excesso de peso por região



- Dados da OMS referem que todos os anos morrem no mundo 2,8 milhões de pessoas como resultado do excesso de peso.
- Em Portugal, estima-se que os custos diretos da obesidade absorvam 3,5% dos custos com a saúde
- A mudança dos estilos de vida, nomeadamente do padrão alimentar e de atividade física, são componentes imprescindíveis da terapêutica do excesso de peso

## O ACES

Diagnostico ativo	ARS Norte			ACeS Vale do Sousa Norte		
	HM	H	M	HM	H	M
Hipertensão Arterial	207,1	201,4	211,5	211,6	199,6	221,4
Alterações do Metabolismo dos Lípidos	209,6	213,8	204,4	174,9	184,2	165
Perturbações Depressivas	97,1	41,6	146,0	91,9	36,4	142,2
Abuso do Tabaco	118,5	162,9	78,8	91,7	149,7	38,4
Diabetes Mellitus	76,0	83,5	69,5	83,3	88,7	78
Obesidade	83,4	69,6	95,2	70,5	57,3	82,2
Excesso de Peso	66,9	71,2	63,7	55,7	58,7	53,3

O Registo de Enfermagem de Excesso de Peso é duplamente inferior ao Registo médico!

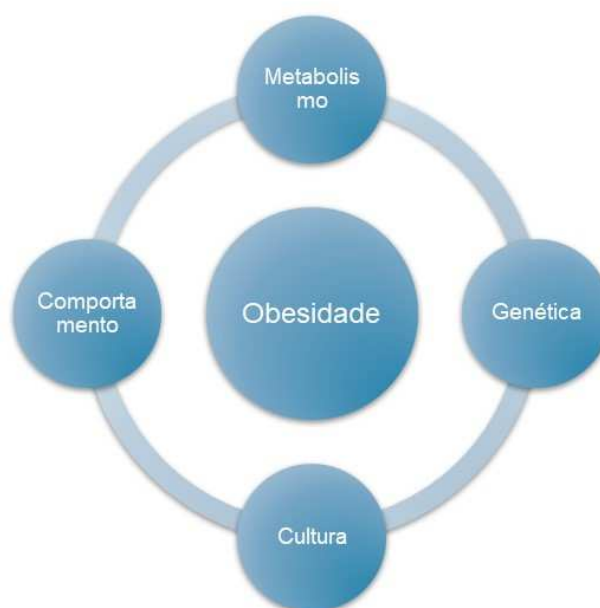
## Excesso de peso e doenças

- Diabetes tipo II
- Hipertensão arterial
- Dislipidemia
- Doenças Cardiovasculares
- Apneia do sono
- Patologias ortopédicas e dermatológicas
- Certos tipos de cancro
- Problemas do foro psicossocial
- Malformações fetais associadas à obesidade materna
- Problemas Hormonais

// O excesso de peso e a obesidade são dos fatores de risco que mais contribuem para a carga de doença dos Portugueses.



## Grupos de Risco



## Metas de Saúde a 2020 da DGS

- Controlar a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento a zero, até 2020
- Ind.1. % De obesidade em crianças em idade escolar (7 anos)
- Ind.2. % De pré obesidade em crianças em idade escolar (7 anos)

## Objetivos do PLS do ACES para 2020

- Atingir até 2020 um valor de 15%, para a proporção de inscritos no ACES dos ambos os sexos com o diagnóstico ativo de Obesidade
- Diminuir para 14% a proporção de crianças de 5-6 anos de ambos os sexos com obesidade
- Diminuir para 17% a proporção de crianças de 5-6 anos de ambos os sexos com excesso de peso

# Unidades Funcionais e a Promoção de Atividade Física – Documentação do Foco Excesso de Peso



## Documentos de Apoio





MAIEC®

Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

## Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem

# Auto-cuidado: Atividade Física, Exercício e Excesso de Peso – Estratégias e Registo



## Estratégias dirigidas às necessidades de saúde da população do ACES

- Promover estilos de vida saudáveis (P.ex. Exercício físico, Atividade Física, Alimentação Saudável)
- Melhorar adesão terapêutica
- Diminuir Obesidade abdominal

## Unidades Funcionais e a Promoção da Atividade Física do Peso saudável

USF e UCSP	UCC
<ul style="list-style-type: none"><li>• Saúde Familiar</li><li>• Saúde Materna</li><li>• Saúde Infantil</li><li>• Saúde do Jovem</li><li>• Saúde do Adulto</li><li>• Saúde do Idoso</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Saúde Escolar</li><li>• Saúde Materna</li><li>• ECCI</li></ul>

## Documentar os focos no Sclínico – Exercício



2018-12-03 at 09-18-21.mp4

## Documentar os focos no Sclínico- Auto-cuidado: Atividade física



2018-12-03 at 09-19-35.mp4

## Documentar os focos no Sclínico: Excesso de Peso



2018-12-03 at 09-21-43.mp4

- A alimentação saudável e a prática regular de exercício físico, como armas básicas de prevenção e tratamento, exigem formação específica e direcionada para as necessidades dos profissionais de saúde.



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

Friedrich Nietzsche

Obrigado!



## Referências Bibliográficas

- Abêbora, A., Espanca, R., & Franco, V. (2012). OBESIDADE E IMAGEM CORPORAL: AVALIAÇÃO MATERNA EM CRIANÇAS DE NÍVEL PRE-ESCOLAR. Em M. Sousa Albuquerque, *COMPORTAMENTOS DE SAÚDE INFANTO-JUVENIS: REALIDADES E PERSPETIVAS* (pp. 133-146). Viseu: ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU.
- Aparício, G., Cunha, M., Duarte, J., & Pereira, A. (2012). RISCO METABÓLICO DOS PAIS: UM DESAFIO EMERGENTE NA PREVENÇÃO DO EXCESSO DE PESO. Em C. M. Sousa Albuquerque, *COMPORTAMENTOS DE SAÚDE INFANTO-JUVENIS: REALIDADES E PERSPETIVAS* (pp. 183-192). Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu/Instituto Politécnico de Viseu.
- Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal. Maria Lucília Mercês de Mello; José Carvalho Barrias; João Joaquim Breda. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001
- Bacelar, C., Paiva, I., Reis, J., Ramos, E., Serrador, J., Mota, J., & Neto, M. (Dezembro de 2016). Aguarda Alimento e Movimento - Resultados preliminares do diagnóstico de necessidades formativas. *Portugal Saúde em Números*, 4.
- Baleia, J., Valente, A., & Rito, A. (Março de 2015). Peso à nascença, aleitamento materno e obesidade infantil em Portugal COSI Portugal-2010. *Portugal Saúde em Números*, 106.



- Bethsáida de Abreu Soares Schmitz, E. R. (2008). A escola promovendo hábitos alimentares saudáveis: uma proposta metodológica de capacitação para educadores e donos de cantina escolar. *Cad. Saúde Pública*, 24, 312-322.
- Bettencourt Sardinha, L. (2009). *ORIENTAÇÕES DA UNIÃO EUROPEIA PARA A ACTIVIDADE FÍSICA Políticas Recomendadas para a Promoção da Saúde e do Bem-Estar*. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal, IP.
- Boné, M., & Bonito, J. (2012). A INFLUÊNCIA DO FATOR AMBIENTAL NO SOBREPESO E OBESIDADE NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA: ESTUDO COMPARATIVO. Em C. M. Sousa Albuquerque, *Comportamentos de Saúde Infanto-Juvenil: Realidades e Perspetivas* (pp. 97-102). Viseu: ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU.
- Breda, J., Rito, A., & Carmo, I. (Dezembro de 2016). Estilos de vida e obesidade em Portugal – Estudo Movimento Energia Positiva. *Portugal Saúde em Números*, 7.
- Breda, J., Duarte, I., Veloso, S., Bragança, A., Rego, M., & Rito, A. (Dezembro de 2016). Conhecimentos, atitudes e comportamentos ligados à alimentação e abordagem das doenças relacionadas com a alimentação por parte de profissionais de saúde. *Portugal Saúde em Números*, 34.



- Bueno, D. R., Nunes Marucci, M. d., Sanches Codogno, J., & Roediger, A. (2016). os custos da inatividade física no mundo: estudo de revisão. *Ciência & Saúde* Capitão, S., Pontes Vaz, M. G., Camelo, S., Pereira, F., & Vidal, V. (2012). PROJETO "EDUCALIMENTAMIR" DO MUNICÍPIO DE MIRANDELA. Em C. M. Sousa Albuquerque, *COMPORTAMENTOS DE SAÚDE INFANTO-JUVENIS: REALIDADES E PERSPETIVAS* (pp. 173-181). Viseu: ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU.
- Camões, M., Fernandes, F., Silva, B., Rodrigues, T., Costa, N., & Bezerra, P. (2016). Exercício físico e qualidade de vida em idosos: diferentes contextos sociocomportamentais. (E. D. Singular, Ed.) *Motricidade*, 12, 96-105.
- Camolas, J., Gregório, M. J., Mendes de Sousa, S., & Graça, P. (2017). *OBESIDADE: OTIMIZAÇÃO DA ABORDAGEM TERAPÊUTICA NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE*. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Chaves Frota, A. (Janeiro de 2007). *Direcção Geral de Saúde*. Obtido em Outubro de 2018, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/obesidade-uma-doenca-cronica-ainda-desconhecida.aspx>



- Chora, M. A., & Mendes, F. (2012). DIFICULDADES NO CUMPRIMENTO DA DIETA: O CASO DA CRIANÇA QUE FREQUENTA A CONSULTA DE OBESIDADE INFANTIL DO HESSE-EPE. Em C. M. Sousa Albuquerque, *COMPORTAMENTOS DE SAÚDE INFANTO-JUVENIS: REALIDADES E PERSPETIVAS* (pp. 125-131). Viseu: ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU.
- Coelho, A. C., Breda, J., & Montezuma de Carvalho, M. (2009). *Workshop "Obesidade e a Formação em Enfermagem": Relatório Final*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Colmonero, S. (2016). EXERCÍCIO FÍSICO NO DOENTE CRÓNICO: QUAL O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA? *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32, 227-229.
- Costa, I., Matias, J., & Resende, A. (Março de 2015). Na medida certa: Estudo antropométrico de uma população. *Portugal Saúde em Números*, 47-48.
- Cunha, P., & Costa Pinheiro, L. (2016). O papel do exercício físico na prevenção das quedas nos idosos: uma revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Medicina Familiar*, 32, 96-100.
- Direcção Geral de Saúde. (s.d.). *Direcção Geral de Saúde*. Obtido em Outubro de 2018, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/obesidade-uma-doenca-cronica-ainda-desconhecida.aspx>
- DGS. (s.d.). *Documentos e Publicações*. Obtido em 20 de Outubro de 2018, de DGS: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/a-actividade-fisica-e-o-desporto-um-meio-para-melhorar-a-saude-e-o-bem-estar.aspx>



- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Obesidade*. Obtido em 23 de Novembro de 2018, de Alimentação Saudável . PNPAS: <http://www.active-labs.net/alimentacaosaudavel/biblioteca/saude-e-doenca-obesidade/>
- Direção-Geral de Saúde. (2015). *PLANO NACIONAL DE SAÚDE REVISÃO E EXTENSÃO A 2020*. Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde. (2007). *Plataforma Contra a Obesidade*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde
- DGS. Circular Normativa 22/2014
- DGS: Circular Normativa 30/2012
- DGS: Circular Normativa 35/2012
- DGS: Circular Normativa 36/2012
- DGS. Lisboa: Direção de Serviços de Informação e Análise Portugal – Saúde Mental em Números – 2015
- DGS. Psiquiatria E Saúde Mental Das Pessoas Idosas: Recomendações – Relatório Final. Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. 2005



- ERS. Acesso E Qualidade Nos Cuidados De Saúde Mental. Porto:2015
- Gama, A., Rosado-Marques, V., Ferrão, M. M., Mourão, I., Nogueira, H., & Padez, C. (Março de 2015). Excesso de peso e obesidade em crianças portuguesas, hábitos alimentares e variabilidade regional. *Portugal Saúde em Números*, 105-106.
- George, F. (Março-Abril de 2012 ). Causas de Morte em Portugal e Desafios na Prevenção. *Acta Médica Portuguesa* , 25, 61-63.
- Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Graça, P. (2013). *Estratégia para a redução do consumo de sal na alimentação em Portugal*. Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Graça, P., Nogueira, P. J., Farinha, C. S., Soares, A. P., Alves, M. I., Afonso, D., . . . Oliveira, A. L. (2014). *PORTUGAL: Alimentação Saudável em números – 2014*. DGS, Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: DGS.
- Graça, Pedro, & Silva Vaz, C. (2016). *PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DA PRÉ-OBESIDADE NO ADULTO*. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa: DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE.



- Graça, P., Gregório, M. J., Mendes de Sousa, S., & Camolas, J. (2018). *Alimentação Saudável Desafios e Estratégias*. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Grupo de Trabalho do Plano Nacional de Saúde. (2017). *MODELO DE GOVERNAÇÃO A 2020 : PLANO NACIONAL DE SAÚDE E PROGRAMAS DE SAÚDE PRIORITÁRIOS*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Henriques, A., Santos, A. C., Guimarães, J. T., Barros, H., & Azevedo, A. (Março de 2015). Obesidade saudável em mulheres portuguesas após a maternidade. *Portugal Saúde em Números*, 58-59.
- Martins, R.I.S., Validação da Escala de Saúde do Sono (SATÉD) para a população adulta portuguesa
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Portugal.
- Moura Antunes, B. d., Rossi, F. E., Sayuri Inou, D., Rosa Neto, J. C., & Santos Lira, F. (2017). Imunometabolismo e Exercício Físico: Uma nova fronteira do conhecimento. *Motricidade*, 13, 85-98.



- Nogueira, P. J., Silva, A., Valente Rosa, M., & Farinha, C. (Março de 2015). Programas Nacionais de Saúde Prioritários em números. *Portugal Saúde em Números*, 77.
- OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)
- Pimentel, H., & Monteiro, C. (2012). PADRÕES ALIMENTARES E DESPORTIVOS: A INFLUÊNCIA NA AUTOIMAGEM E NA PERCEÇÃO DA SAÚDE. Em C. M. Sousa Albuquerque, *COMPORTAMENTOS DE SAÚDE INFANTO-JUVENIS: REALIDADES E PERSPETIVAS* (pp. 147-158). Viseu: ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU.
- Plano Nacional de Saúde - Boletim Informativo Semanal; Lisboa: DGS; 2017
- Programa Nacional para a Diabetes. (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA A DIABETES 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL 2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.



- Programa Nacional para a Saúde das Pessoas idosas. (s.d.). *ENVELHECER COM SABEDORIA Alimenta-se melhor para Manter a sua Saúde e Independência*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Lisboa: DGS, 2017
- Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2009
- Relatório Anual 2016 - A Situação do País em Matéria de Álcool. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; 2017
- Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020. Comissão Técnica De Acompanhamento Da Reforma Da Saúde Mental. 2017
- Ribeiro da Silva, P., Graça, P., Mata, F., Telo de Arriaga, M., & Jorge Silva, A. (2016). *ESTRATÉGIA NACIONAL Para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar*. Lisboa: Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde.



- Rito, A. I., & Graça, P. (2015). *Childhood Obesity Surveillance Initiative : COSI Portugal 2013*. Instituto Ricardo Jorge; Direcção-Geral da Saúde, Departamento de Alimentação e Nutrição; Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: INSA, IP.
- Rito, A., Silva, A., & Breda, J. (Dezembro de 2016). PROGRAMA MUNSI – Programa integrado de base municipal de vigilância e abordagem de excesso de peso e obesidade em crianças do ensino básico. *Portugal Saúde em Números*, 46.
- Rosado Marques, V., Gama, A., Ferrão, M., Mourão, I., Nogueira, H., & Padez, C. (Março de 2015). Prevalência de Excesso de Peso/ Obesidade em Crianças Portuguesas – Influência de fatores parentais. *Portugal Saúde em Números*, 103. Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância – Manual de orientação para profissionais de saúde. Lisboa: DGS, 2006
- Silva, S., & Francisco, I. (Março de 2015). Motivação para a prática de exercício físico dos alunos do 7º ano de escolaridade das Escolas do Concelho de Albergaria-a-Velha. *Portugal Saúde em Números*, 108-109
- SINOPSE ESTATÍSTICA 2016 – Álcool. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; 2018
- .



- Sousa Albuquerque, C. M. (2012). *Comportamentos de Saúde Infanto-Juvenis : Realidades e Prespetivas*. Viseu: ESCOLA SUPERIOR DE SAUDE INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
- Sousa Lopes, H. d., Cunha, S., & Rodrigues, T. (Março de 2015). Determinantes da obesidade infantil relacionados com o 1.º Ano de vida numa amostra de crianças da região Norte. *Portugal Saúde em Números*, 113.
- Thuany Bento Herculano, A. D. (s.d.). ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: O PAPEL DA ESCOLA NA CONSTRUÇÃO DE NOVOS HÁBITOS. *XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação* –
- Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono, em Protugal Continental. Lisboa: ONSA,2006
- *Universidade do Vale do Paraíba* (p. 4). Vale do Paraíba: Universidade do Vale do Paraíba.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2018). *EUROPEAN HEALTH REPORT More than numbers — evidence for all*. Europa: WORLD HEALTH ORGANIZATION.



## VIII- Newsletter



**Plano Local de Saúde**

Extensão a 2020

***Enquadramento***

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

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

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

Cidadania em Saúde, Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde, Qualidade na Saúde e Políticas Saudáveis.

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

A extensão do Plano Local de Saúde (PLS) a 2020 tem por base o Diagnóstico de Saúde do ACeS que permite a caracterização da população alvo, a descrição quantitativa dos problemas de saúde e a identificação dos recursos da comunidade. Este documento alicerça-se nas prioridades e orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde, Revisão e Extensão a 2020.

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

**Conteúdos**

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

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

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

Fonte: Carga de mortalidade (ARS Norte-DSP)

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

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

**Anos Potenciais de Vida Perdidos**

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

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

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

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

**Análise da Mortalidade**

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

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

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

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

## Principais Problemas identificados no ACeS

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

- Tumor Maligno da Próstata

### PROBLEMAS DE SAÚDE SELECIONADOS

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

## Determinantes Da Saúde Relacionados Com os Problemas De Saúde Seleccionados

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

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

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

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

## NECESSIDADES DE SAÚDE

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

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

Quadro 3 - Formulação das Necessidades de Saúde

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

## Estratégias De Saúde

### ***Estratégias transversais dirigidas aos problemas de saúde prioritizados***

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

---

## Objetivos De Saúde Para 2020

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

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

### *Objetivos de Impacto*

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

### ***Objetivos de Outcome***

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

---

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

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

### *Recomendações*

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

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

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

---

#### **Autores**

Alice Teixeira, Luísa  
Vale

Alexandra Pereira,  
Amélia Ferreira,  
Clárisse Ribeiro,  
Fernanda Coelho

## IX- Regulamento ODE

## **Regulamento do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem**

### **Artigo 1º**

#### *Denominação e sede*

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

### **Artigo 2º**

#### *Finalidades*

O ODE tem como finalidades:

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

### **Artigo 3º**

#### *Competências*

São competências do ODE:

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

### **Artigo 4º**

#### *Estruturas*

O ODE é constituído por 3 estruturas:

Coordenação;

Conselho Técnico;

Conselho Consultivo;

### **Artigo 5º**

#### *Coordenação*

São membros da Coordenação do ODE:

- O coordenador do ODE (nomeado pela Direção de Enfermagem)
- O núcleo executivo, constituído pelo enfermeiro da Unidade de Saúde Pública (USP) da área da vigilância epidemiológica, pelo enfermeiro da USP da área do planeamento em saúde e pelo enfermeiro interlocutor dos registos SClínico do ACeS;

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

### **Artigo 6º**

#### *Competências da Coordenação*

Compete à Coordenação do ODE:

- Deliberar sobre os membros que constituem os Conselhos Técnico e Consultivo, nomeando-os ou exonerando-os;
- Convocar as reuniões gerais do ODE;
- Aprovar o Plano de Atividades e Orçamento do ODE;
- Representar o ODE junto do ACeS e da Sociedade. A Coordenação pode delegar a representação do ODE num membro de outro órgão, se assim o considerar.
- Propor estudos epidemiológicos ao Conselho Técnico;
- Propor formação e consultoria aos órgãos do ODE.
- Participar na elaboração do Diagnóstico Local de Saúde e no Plano Local de Saúde.

## **Artigo 7º**

### *Conselho Técnico*

São membros do Conselho Técnico:

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

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

## **Artigo 8º**

### *Competências do Conselho Técnico*

Compete ao Conselho Técnico:

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

## **Artigo 9º**

### *Conselho Consultivo*

São membros do Conselho Consultivo:

- O Diretor Executivo do ACeS;
- O Presidente da Direção de Enfermagem;
- O Coordenador da USP;

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

### **Artigo 10º**

#### *Competências do Conselho Consultivo*

Compete ao Conselho Consultivo:

- Dar orientações no que se refere à Governância Clínica e para o plano de atividades e orçamento do ODE (Diretor Executivo e Presidente da Direção de Enfermagem);
- Colaborar com o ODE no desenvolvimento das suas atribuições, com consultoria e participação nas atividades formativas, técnicas e de investigação.
- Participar nas reuniões do Conselho Técnico sempre que considerada importante a sua participação;
- Participar nas reuniões da Coordenação sempre que considerada relevante a sua participação.

### **Artigo 11º**

#### *Funcionamento*

- a) O ODE realiza reunião geral ordinária com uma periodicidade anual ou sempre que convocado pela coordenação.
- b) O Conselho Técnico reúne bimestralmente e deve entregar o Plano de Atividades e Orçamento à coordenação até ao dia 30 de novembro de cada ano.
- c) A Coordenação do ODE reúne anualmente em dezembro para aprovar o Plano de Atividades e Orçamento para o ano seguinte e sempre que considerar necessário para o desenvolvimento das suas competências.
- d) O Plano de Atividades é realizado durante cada ano pelos membros do Conselho Técnico com a colaboração do Conselho Consultivo.

## **Artigo 12º**

### *Normas gerais e demais informações*

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

## X- Ficha de avaliação das formações

## FORMAÇÃO EM SERVIÇO

### Questionário de Avaliação da Sessão de Formação

Tema da Sessão: Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem

Formadoras: Alice Teixeira e Luísa Vale

Data:

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

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

Formadores: Luísa Vale				
Clareza da exposição				
Domínio dos temas desenvolvidos				
Capacidade para esclarecer dúvidas				
Gestão do tempo disponível				
4. Resultados e expectativas				
Temas abordados face às expectativas				
Utilidade prática da formação				
5. Avaliação global				
Globalmente a ação de formação				

Observações/Sugestões:

Muito obrigado pela colaboração

## XI- Questionário de Avaliação

## **Vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem**

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

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

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

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

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

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

Alice Teixeira – [maria.a.teixeira@arsnorte.min-saude.pt](mailto:maria.a.teixeira@arsnorte.min-saude.pt), 934799145

Luísa Vale – [luisa.vale.enfermagem@gmail.com](mailto:luisa.vale.enfermagem@gmail.com), 912920636

Pedro Melo – [pmelo@porto.ucp.pt](mailto:pmelo@porto.ucp.pt), 916725122

Muito obrigada pela sua colaboração!

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

## **Grupo I**

### **1. Género**

- Masculino
- Feminino

### **2. Idade**

---

### **3. Em que unidade do ACES exerce funções?**

### **4. Habilitações**

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Pós Graduação

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

### **5. Tem alguma especialidade?**

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

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

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

## **Grupo II**

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

- Sim
- Não

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

- Sim
- Não

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

**3. 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

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

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

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

- Nenhum

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

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

**Porquê?**

**6. 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

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

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

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

- Sim.
- Não

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

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

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

- Sim
- Não

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

- Sim
- Não

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

- Sim
- Não

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

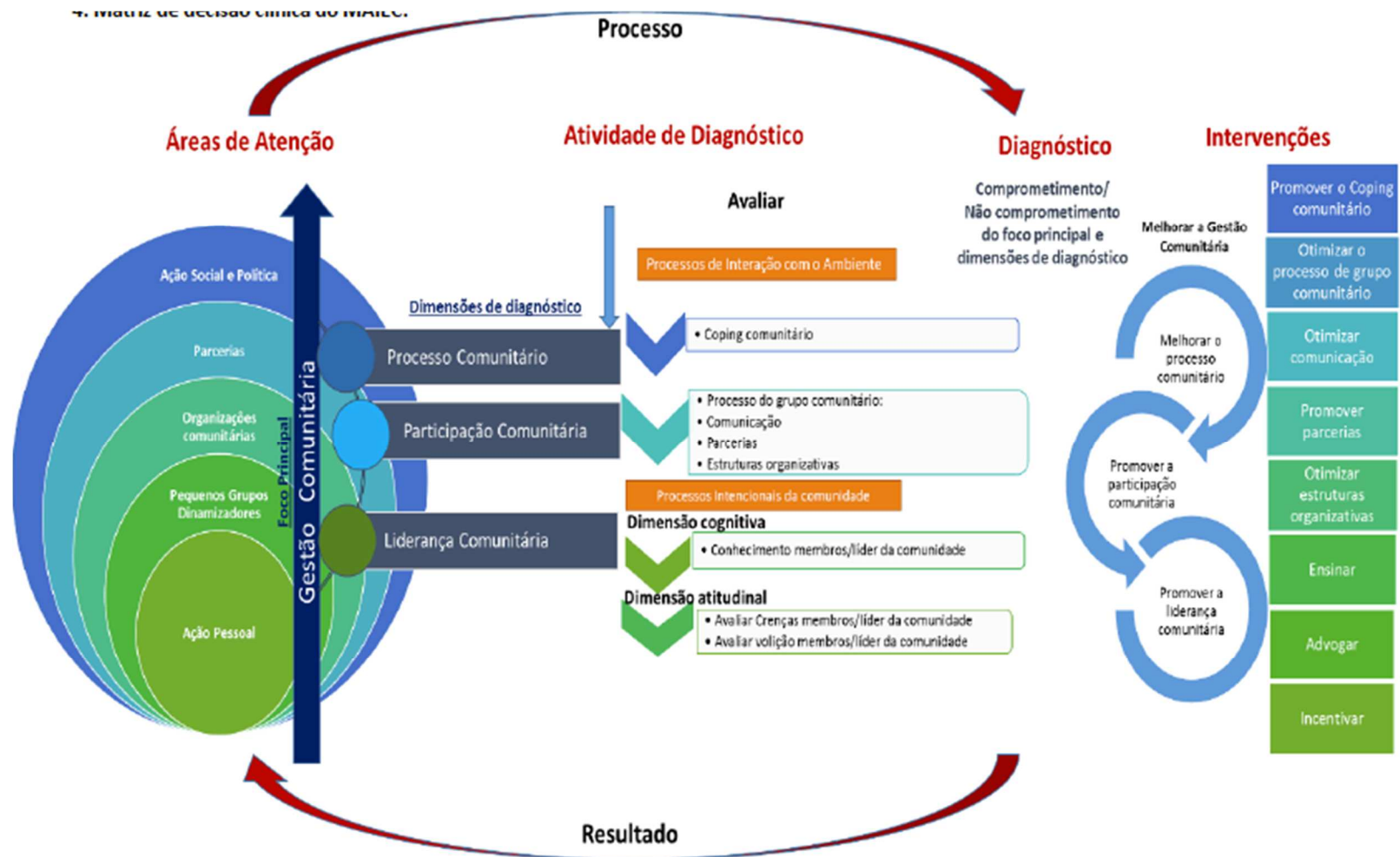
- Sim
- Não

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

- Sim
- Não

## 8.ANEXOS

## I-Matriz de decisão clínica MAIEC



Fonte: Melo (2017) MAIEC (Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário) : Manual do Utilizador