



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

LISBOA · PORTO

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

**CONTROLO DA TUBERCULOSE LATENTE:  
INTERVENÇÃO A GRUPO DE ENFERMEIROS DE  
UMA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**(CONTROL OF LATENT TUBERCULOSIS: INTERVENTION TO A  
GROUP OF NURSES FROM A PUBLIC HEALTH UNIT)**

Kátia Rodrigues Dinis Fortunato

Lisboa

2022





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

LISBOA · PORTO

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

**CONTROLO DA TUBERCULOSE LATENTE:  
INTERVENÇÃO A GRUPO DE ENFERMEIROS DE  
UMA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**(CONTROL OF LATENT TUBERCULOSIS: INTERVENTION TO A  
GROUP OF NURSES FROM A PUBLIC HEALTH UNIT)**

Kátia Rodrigues Dinis Fortunato

Sob a orientação de: Professora Doutora Cândida Ferrito

Lisboa

2022



---

## PENSAMENTO

"Há um tempo em que é preciso  
Abandonar as roupas usadas,  
que já têm a forma do nosso corpo e,  
esquecer os nossos caminhos,  
que nos levam sempre  
aos mesmos lugares.  
É tempo de travessia.  
E, se não ousarmos fazê-la,  
Teremos ficado, para sempre,  
À margem de nós mesmos."

**Fernando Teixeira de Andrade**

---

---

---

## AGRADECIMENTOS

Foram dois anos preenchidos por muitos e enormes desafios, vivendo entre a ansiedade (pelas incertezas e até algum desespero) e o entusiasmo (das novas amizades, das conquistas e da aprendizagem), só possível de concretizar com a intervenção dos que me acompanharam neste período, aos quais quero agradecer:

À minha orientadora, Professora Doutora Cândida Ferrito, por me guiar nesta jornada de aprendizagem e pela compreensão das vicissitudes.

A toda a equipa multidisciplinar da USP pela generosidade no acolhimento e partilha de conhecimentos.

Um agradecimento especial a cada uma das duas enfermeiras orientadoras (A.B. e A.P.M.) por todo o percurso feito na companhia dos vossos preciosos saberes e entusiasmo comum.

À enfermeira A.P. do CDP e à enfermeira I.R. da UCC, sem a vossa colaboração este projeto não teria sentido.

Aos meus colegas de curso por sermos “fortes na comunidade”.

Aos meus colegas de “corredores” e superiores hierárquicos pelos gestos e palavras de apoio.

À família e aos amigos que são família que foram o meu suporte e me incentivaram, desde o primeiro ao último dia, todas as palavras são insuficientes para expressar o quanto vos estou reconhecida.

Sou grata por acreditarem em mim!

---

---

## RESUMO

A tuberculose, apesar de ser uma doença com muitos anos de existência e do seu agente infeccioso ser bem conhecido, continua a ser um desafio e a ter um lugar de destaque nas políticas de saúde. As medidas mundialmente implementadas têm resultado numa redução paulatina no número de casos. Estima-se que cerca de um quarto da população mundial esteja infetada com o *Mycobacterium tuberculosis* (seja sob a forma latente ou de doença). Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2019, cerca de 10 milhões de pessoas foram afetadas por esta doença, mantendo-se como a principal causa de morte provocada por um único agente infeccioso.

Perante esta realidade, justifica-se que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, desempenhem um papel fulcral em todos os níveis de prevenção.

A informação que se pode obter junto das pessoas com tuberculose é inestimável. Pois, através da recolha dessa informação que se obtêm dados para a monitorização de casos em concreto, mas também se consegue reunir informação que contribui para a leitura global do fenómeno da tuberculose.

Com o apoio do avanço tecnológico a que se tem assistido, houve uma inevitável evolução nos sistemas de informação em enfermagem. Contudo, estes podem conter uma imensidão de dados, mas serem pobres em conhecimento; por não serem frutíferos nas evidências que daí provêm e por os registos de enfermagem não espelharem os cuidados prestados.

Em virtude da importância e pertinência desta temática, foi desenvolvido um projeto de intervenção junto dos enfermeiros de uma Unidade de Saúde Pública, para instituir na consulta de enfermagem ao cliente com tuberculose latente.

Este projeto assenta na metodologia de planeamento em saúde de António Tavares e no referencial teórico de Afaf Meleis (Teoria das Transições).

---

Durante a realização do projeto, percebeu-se que há falta de dados dos cuidados prestados, mas que, com a sistematização dos registros de enfermagem, será possível obter os ganhos em saúde e integrar a prática baseada na evidência e, deste modo, traduzir a qualidade de cuidados que se preconiza.

**Palavras-chave:** tuberculose, tuberculose latente, sistemas de informação, registros de enfermagem, qualidade.

---

## ABSTRACT

Tuberculosis, despite being a disease with many years of existence and its infectious agent being well known, it continues to be a challenge and to have a prominent place in health policies. The measures implemented worldwide have resulted in a gradual reduction in the number of cases. It is estimated that about a quarter of the world's population is infected with *Mycobacterium tuberculosis* (either in the latent or disease form). According to World Health Organization, in 2019, about 10 million people were affected by this disease, remaining the leading cause of death from a single infectious agent.

Facing this reality, it is justified that health professionals, especially nurses specialising in community health and public health nursing, play a crucial role at all levels of prevention.

The information that can be obtained from people with tuberculosis is invaluable. By collecting this information, not only data is obtained for monitoring specific cases, but it is also possible to gather information that contributes to a global reading of the tuberculosis phenomenon.

With the support of technological advances, there has been an inevitable evolution in nursing information systems. However, these systems may contain a vast amount of data, but be poor in knowledge because they are not fruitful in terms of the evidence they provide and because nursing records do not reflect the care provided.

Based on the importance and relevance of this subject, an intervention project was developed with the nurses of a Public Health Unit to be implemented in the nursing consultation to patients with latent tuberculosis.

This project is based on António Tavares's health planning methodology and Afaf Meleis's theoretical referential (Transitions Theory).

During the implementation of the project, it was realized that there is a lack of data on the care provided. Although, with the systematization of nursing records, it will

---

be possible to achieve health gains and integrate evidence-based practice, and thereby translate the recommended quality of care.

**Keywords:** tuberculosis, latent tuberculosis, information systems, nursing records, quality.

---

## **ACRÓMIOS E SIGLAS**

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AML – Área Metropolitana de Lisboa

ARS, IP – Administração Regional de Saúde, Instituto Público

ARSLVT, IP – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo,  
Instituto Público

CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cit. - citado

DE – Diagnóstico(s) de Enfermagem

DGS – Direcção-Geral da Saúde

DL – Decreto-Lei

EEEC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

IGRA – *Interferon Gamma Release Assays*

NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OMS / WHO – Organização Mundial da Saúde / World Health Organization

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

PLS – Plano Local de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PNT – Programa Nacional para a Tuberculose

RE – Registo(s) de Enfermagem

---

RNU – Registo Nacional do Utente

SI – Sistemas de Informação

SIDA – Síndrome Imunodeficiência Adquirida

SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SP – Saúde Pública

SVIG-TB – Sistema de informação intrínseco ao Programa Nacional para a Tuberculose.

TB – Tuberculose

TL – Tuberculose Latente

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidades Funcionais

ULS – Unidades Locais de Saúde

URAP – Unidade de recursos assistenciais partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

---

## ÍNDICE

0 - INTRODUÇÃO .....	17
1 - ENQUADRAMENTO DO LOCAL DE ESTÁGIO .....	21
2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	29
<b>2.1 – Tuberculose</b> .....	29
<b>2.1.1 - Epidemiologia da TB</b> .....	30
<b>2.1.2 - Rastreo e Diagnóstico</b> .....	31
<b>2.1.3 - Tratamento de TL</b> .....	32
<b>2.1.4 - Efeitos adversos do tratamento TL</b> .....	33
<b>2.1.5 - TB e a atual pandemia</b> .....	34
<b>2.2 – Intervenção do enfermeiro especialista na erradicação da TB</b> .....	35
<b>2.3 - Sistemas de informação</b> .....	37
<b>2.3.1. - Registos de Enfermagem e Sistemas de Informação em Enfermagem..</b>	38
<b>2.4 - Qualidade e segurança em saúde</b> .....	40
<b>2.4.1. - Indicadores de qualidade</b> .....	43
<b>2.5 - Referencial Teórico de Afaf Meleis – Teoria das Transições</b> .....	44
3 - METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE .....	49
<b>3.1 - Diagnóstico De Situação</b> .....	49
<b>3.1.1 - Diagnóstico de situação no CDP</b> .....	52
<b>3.1.3 - Problemas Identificados</b> .....	56
<b>3.2 - Determinação de Prioridades</b> .....	56
<b>3.3 - Fixação de Objetivos</b> .....	57
<b>3.4 - Seleção de Estratégias</b> .....	59
<b>3.5 - Preparação Operacional e execução do Projeto</b> .....	62
<b>3.6 - Avaliação</b> .....	64
4 - ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS .....	69
5 - CONCLUSÃO.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	77
APÊNDICES.....	91
<b>Apêndice I - Cronograma</b> .....	93
<b>Apêndice II – Diagnóstico de situação: <i>Brainstorming</i> sob a matriz</b> .....	95
<b>Apêndice III - Ação de formação 1 - “Na pista dos PegaDados”</b> .....	103
<b>Apêndice IV - Ação de formação 2 - “Conceitos base para registos de enfermagem em SClínico”</b> .....	111
<b>Apêndice V - Avaliação da satisfação da ação de formação</b> .....	119

---

<b>Apêndice VI – Painel de consenso.....</b>	<b>123</b>
<b>Apêndice VII – Padrão Documental .....</b>	<b>131</b>
<b>Apêndice VIII – Guia de Orientador para os Registos de Enfermagem em SClinico .</b>	<b>139</b>
<b>Apêndice IX – Documento para avaliação da melhoria da qualidade da CE para clientes com TL .....</b>	<b>151</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>159</b>
<b>Anexo I – Certificado curso de “Formação Profissional de Sistemas de Gestão da Qualidade” .....</b>	<b>161</b>
<b>Anexo II – Certificado apresentação de póster.....</b>	<b>163</b>
<b>Anexo III – Publicação de resumo do trabalho intitulado “Intervenções utilizadas para a prevenção de hábitos alcoólicos nos adolescentes” .....</b>	<b>165</b>

---

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide etária dos utentes .....	24
Figura 2 - Esquema da Teoria das Transições .....	46
Figura 3 – Esquema dos subgrupos da população em que o enfermeiro do CDP intervém.....	55
Figura 4 - Matriz SWOT "revistada" .....	60

## ÍNDICE DE QUADRO

<b>Quadro 1</b> - Distribuição das primeiras consultas de acordo com diagnóstico médico e em determinado período de tempo .....	55
<b>Quadro 2</b> - Priorização dos problemas identificados através do Método de Halon .....	57

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Nº de casos, taxa de notificação por ano e quinquénio.....	54
<b>Tabela 2</b> - Nº de casos e não casos de TB notificados distribuídos por ano, sexo e idade, no concelho A.....	54

---

---

## 0 - INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito da unidade curricular *Estágio de Saúde Comunitária: Estágio Final e Relatório* que se integra no 13º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização Enfermagem Comunitária: área de saúde comunitária e saúde pública, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Esta unidade curricular consta de um estágio de natureza profissional do qual resulta este documento que, posteriormente será objeto de discussão pública.

A pretensão do presente documento é descrever o trabalho desenvolvido em estágio, refletindo sobre a aprendizagem e a aquisição das competências gerais do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (EEEC), bem como das competências de mestre.

O estágio foi desenvolvido numa Unidade de Saúde Pública (USP) integrada num Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da área metropolitana de Lisboa (AML), onde foi proposto o desenvolvimento de um projeto de intervenção comunitária sob a metodologia do planeamento em saúde.

Ao analisar a caracterização sociodemográfica e o perfil de saúde da comunidade onde a USP intervém, um dos fenómenos de saúde prioritários que se destacou foi o da tuberculose, pois apresentou uma taxa de incidência de 41,9 casos/100 mil habitantes, entre 2015-2019, sendo um dos três concelhos do distrito de Lisboa com os valores mais elevados (Direcção-Geral da Saúde (DGS), 2020b).

Mesmo com os avanços tecnológicos, há determinantes em saúde que contribuem para que doenças antigas que, apesar de serem bem conhecidas, continuam a ser alarmantes do ponto de vista epidemiológico. Por este motivo a

---

“atuação uniforme e protocolada permite um diagnóstico e tratamento corretos, quebrando a transmissão na comunidade e evitando o aparecimento de formas resistentes” (DGS, 2020a, p. 9). É na concretização destas demandas que a intervenção do EEEC assume uma posição de destaque junto da comunidade.

Ficou patente que a tuberculose (TB), em específico a tuberculose latente (TL), seria a temática alvo do projeto, conjuntamente com a necessidade de identificar em que medida o enfermeiro especialista em saúde comunitária (EESC) consegue traduzir a sua intervenção em ganhos em saúde. Nomeadamente, no controlo da TL e no impacto da consulta de enfermagem ao cliente com TL.

Os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem são possíveis de obter pelos registos de enfermagem (RE), nomeadamente a utilização dos diagnósticos de enfermagem (DE). Consequentemente, o estudo teve de incluir os sistemas de informação (SIE) e de que forma estes se integram na prática do EESC e se articulam com a qualidade e segurança em saúde.

Desta forma, nasceu o projeto de intervenção intitulado: “*Controlo da tuberculose latente: intervenção a grupo de enfermeiros de uma unidade de saúde pública*”.

A pertinência subjacente ao projeto prende-se com o repto que a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou recentemente: reduzir em 95% a taxa de incidência de tuberculose e em 90% o número de mortes até 2035, tendo como base a incidência e número de mortes em 2015 (WHO, 2020b). A este fator junta-se ainda a existência de estudos que relatam a limitação da investigação relativa à perceção da qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo o estudo de Fradique *et al.* (2013) um desses exemplos.

Assim, este projeto tem a finalidade de contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem de uma USP da AML.

Para a construção do presente relatório optou-se por uma estrutura em cinco capítulos. No primeiro, para situar o leitor, procede-se à contextualização do local onde decorreu a prática clínica. O segundo capítulo é composto pelo

---

enquadramento teórico, com a descrição dos conceitos que lhe dão suporte (a tuberculose e qual o papel do enfermeiro, os sistemas de informação e qualidade em saúde) e o referencial teórico de Afaf Meleis que lhe faz a moldura. A metodologia utilizada no projeto de intervenção comunitária constitui o terceiro capítulo, onde se descreve a metodologia do planeamento em saúde, segundo as etapas definidas por António Tavares. A análise das competências adquiridas e desenvolvidas durante o percurso constam no quarto capítulo. Para encerrar o relatório, faz-se uma breve síntese dos pontos-chave do projeto, nomeando as suas implicações para a prática, investigação e formação em enfermagem e menção às suas perspetivas futuras na aplicação das novas competências.

Para salvaguarda de questões éticas, ao longo deste relatório, não há referência à identificação do local de estágio nem de nenhum dos participantes no mencionado projeto de intervenção.

Para a elaboração das referências bibliográficas foram adotadas as normas *American Psychological Association (APA)* na sua 7ª edição.

---

---

## **1 - ENQUADRAMENTO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

Em Portugal, as unidades prestadoras de cuidados de saúde primários, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS), encontram-se integradas em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e em Unidades Locais de Saúde (ULS). A legislação publicada através do Decreto-Lei (DL) nº28/2008 estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos ACeS do SNS, da qual, a principal alteração que emerge é a de que estes serviços passam a ser detentores de autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais (UF), que agrupam um ou mais centros de saúde, tendo como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

Os serviços de saúde pública estão integrados nos cuidados de saúde primários e incluem a vigilância do estado de saúde, a identificação dos seus determinantes, a promoção da saúde, a prevenção de doenças ao nível da comunidade e a avaliação do impacto na saúde (DL nº28/2008). Atendendo à referida legislação, os ACeS podem incorporar as seguintes unidades funcionais: Unidade de saúde familiar (USF); Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP); Unidade de cuidados na comunidade (UCC); Unidade de saúde pública (USP); Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP); outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários, desde que propostos pela respetiva Administração Regional de Saúde, Instituto Público (ARS, IP) e que aprovados por despacho do Ministro da Saúde.

Cada uma destas UF tem na sua composição uma equipa multiprofissional, a qual goza de autonomia organizativa e técnica, mas que atua em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACeS.

A reorganização dos ACeS, integrados na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Instituto Público (ARSLVT, IP), foi realizada pela Portaria n.º 394-B/2012, de 29 de novembro, ficando definida a integração dos quinze

---

ACeS, distribuídos pelo território NUTS III (Grande Lisboa, Península de Setúbal, Oeste, Médio Tejo e Lezíria do Tejo), que corresponde à sua área de influência.

A prática clínica da unidade curricular Estágio Final e Relatório decorreu numa USP de um ACeS da ARSLVT, com 360 horas de contacto, no período compreendido entre 19 de abril e 30 de setembro de 2021 (com interregnos entre 13 de junho a 5 de julho e de 30 de julho a 12 de setembro de 2021).

O ACeS, onde se desenvolveu o estágio, tem sobreponível a área de influência com a área geográfica do concelho onde se insere, estando dividido em seis freguesias. A sua missão é garantir à sua população, o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades, dando cumprimento às políticas e programas de saúde na sua área de intervenção (Peralta Santos, *et al*, 2014; BI-CSP, s.d.).

A sua estrutura é composta pelas seguintes unidades funcionais: 3 UCSP, 6 USF, 1 USP (inclui o Centro de Diagnóstico Pneumológico – CDP), 1 UCC e 1 URAP. No mês de Abril, estavam inscritos, neste ACeS, 171 592 utentes, dos quais cerca de 81% são frequentadores dos seus serviços, mas destes, 21% não têm médico de família atribuído (fonte: Registo Nacional de Utentes - RNU, a 13/04/2021). Na instituição trabalham, no total, 392 profissionais, distribuindo-se da seguinte forma: 85 médicos; 109 enfermeiros; 49 médicos internos; 78 assistentes técnicos; 34 assistentes operacionais; 17 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica; 12 técnicos superiores e 8 técnicos superiores de saúde (fonte: Recursos Humanos ACeS a 14/05/2021).

É importante referir que em cada ACeS existe uma USP e que funciona como observatório de saúde (OS), partilhando a mesma área geodemográfica (DL nº 81/2009). É a USP que elabora informação e planos no domínio da saúde pública, procede à vigilância epidemiológica, gere programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e protecção da saúde da população (em geral ou de grupos específicos), no domínio do seu exercício de autoridade de saúde. A estas responsabilidades acrescem as funções de OS, pelo que estabelece os limites de variação normal para os indicadores e realiza a monitorização periódica da sua

---

evolução. No caso de alterações, também lhe compete informar as entidades responsáveis e ativar as medidas necessárias para que se proceda a uma adequada intervenção (DL nº 28/2008).

A USP em questão tem como missão ajudar os cidadãos do seu município na promoção da saúde e na prevenção de situações de doença, facilitando condições para a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis, usufruindo de saúde e de bem-estar plenos. Para a concretizar, recorre a uma gestão integrada e em parcerias dinâmicas sob a orientação dos planos de saúde com os respetivos programas, de âmbito nacional, regional e local (BI-CSP, s.d.). O Plano Nacional de Saúde (PNS) é *“um elemento basilar das políticas de saúde em Portugal, traçando o rumo estratégico para a intervenção no quadro do Sistema de Saúde”* (DGS, 2015a, p. 4). Aquando da realização da prática clínica, estava ainda a vigorar a revisão e extensão do PNS a 2020.

O perfil de saúde e o Plano Local de Saúde (PLS) alicerçam-se na responsabilidade de planeamento e na atividade ímpar que desempenham, uma vez que têm em vista melhorar o estado da saúde da população, recorrendo, para isso, à análise aprofundada da área geográfica a que respeitam e adequando as estratégias de intervenção em saúde face às particularidades de cada população. (Peralta Santos, *et al.*, 2014). Mas, apesar de centralizarem o foco de atenção nas comunidades, estas também são co-responsabilizadas pelos resultados obtidos (melhores ou piores) no bem comum da saúde (DGS, 2015a).

Tendo como base os dados preliminares dos Censos 2021 (PORDATA, 2021) e comparando-os com dos dados estatísticos da AML, a população que o ACeS abrange, caracteriza-se por ser:

- o município com uma das áreas de maior densidade populacional, sendo também um dos concelhos com maior densidade populacional a nível nacional, possuindo 175.208 habitantes;
- um dos cinco municípios com maior índice de envelhecimento e que tem uma das menores percentagens de adultos em idade ativa;

- um dos municípios com maior longevidade;
- um concelho com saldo natural e saldo migratório positivo, estando respetivamente no top 4 e top 3 da AML;
- um fenómeno de duplo envelhecimento populacional.

Figura 1 - Pirâmide etária dos utentes



Fonte: RNU referente a abril de 2021 disponível pelo SNS BI-CSP

Esta descrição vai ao encontro das idades apresentadas na pirâmide etária dos utentes inscritos no referido ACeS (Figura 1), disponível no *site* do SNS do Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (dados referentes a abril de 2021).

O PLS 2014-2016 (Peralta Santos, *et al.*, 2014) documento ainda em vigência e a informação contida no Planeamento das unidades de saúde de cuidados de saúde primários (ARSLVT, 2015) descrevem que o concelho se destaca pela elevada proporção de migrantes (com cerca de 11 nacionalidades diferentes). Esta característica ainda se mantém, sendo corroborada pela informação obtida nos Censos 2021, pois da AML, é um dos principais municípios com maior percentagem de população estrangeira

(23.458 estrangeiros para um universo 184.812 residentes), tendo tido um aumento de cerca 15,5 %. Os países com maior representatividade são: Cabo Verde, Angola, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Brasil. Embora com valores mais baixos, mas com um aumento muito significativo estão os países asiáticos, sobretudo da Índia e do Nepal (PORDATA, 2021).

---

Do ponto de vista das condições económicas e sociais, em 2020, estavam 6.034 desempregados inscritos nos centros de emprego (média, por mês) e 5,5% dos beneficiários ativos recebiam o rendimento social de inserção (PORDATA, 2021).

Este município caracteriza-se por uma baixa escolaridade, pois, de acordo com os censos de 2011, cerca de 65% do total de residentes com mais de 15 anos, possuíam escolaridade até ao nível básico do 3º ciclo (PORDATA, 2015).

A habitação informal tem elevada expressão, o que também representa um problema, pois tendencialmente, estas habitações têm uma elevada concentração de residentes estrangeiros de classe socioeconómica mais baixa. Em relação ao abastecimento de águas, o concelho tem uma cobertura da área total, sendo superior ao reportado a nível regional e nacional (Peralta Santos, *et al.*, 2014).

De acordo como o descrito, sobre o perfil de saúde, em 2013, do ACeS em causa (Peralta Santos, *et al.*, 2014) e comparativamente com os dados da ARSLVT (DGS, 2015b), há a destacar, para esta população, os seguintes fenómenos:

- aumento do números de nascimentos em mulheres < 20 anos;
- uma maior taxa mortalidade infantil e de recém-nascidos com baixo peso;
- elevada taxa de incidência de Tuberculose (45,4/100.000 ha.);
- aumento da prevalência do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)/Síndrome Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e elevada proporção de diagnósticos tardios (57% de *late-presenters*);
- patologia da diabetes subdiagnosticada;
- taxa de cobertura vacinal do ACeS não garante imunidade de grupo;
- taxa de mortalidade por todas as causas é semelhante à taxa nacional, mas com aumento do número de anos de vida potencialmente perdidos, nas mulheres em idade jovem.

Perante o descrito anteriormente, os parceiros responsáveis pela construção do PLS 2014-2016 do referido ACeS, identificaram onze problemas de saúde e hierarquizaram-nos por ordem decrescente de prioridade: cancro do colo do útero; cancro do colón e recto; cancro da mama; diabetes *mellitus*; tuberculose;

---

VIH/SIDA; saúde da criança; saúde mental; doenças cérebro-vasculares; violência e serviços de saúde nesta população.

No que concerne ao problema prioritário Tuberculose, o PLS, define que tem como objetivo: agir sobre os grupos mais vulneráveis (melhorando a literacia em saúde e hábitos de vida saudável); reduzir o número de novos casos de tuberculose para 35 por 100.000 habitantes; diminuir a janela temporal (pelo menos até aos 40 dias) entre o início dos sintomas até ao diagnóstico (Peralta Santos, *et al.*, 2014).

Não poderia deixar de se salientar outro aspeto que caracterizou este estágio, tendo influenciado o desenvolvimento de competências e, concomitantemente, condicionou a dinâmica habitual das UF do ACeS. O presente estágio decorreu durante a pandemia por SARS-CoV-2, na curva descendente do terceiro pico de casos ativos (o mais elevado, à data) e, em meados de Maio, ocorreu a quarta vaga (atingiu o pico nos últimos dias de julho seguida de curva decrescente até ao final de setembro).

Destacam-se estes acontecimentos pelo impacto que causaram sobre o SNS pois, face às imperiosas necessidades da população, todo o ACeS sofreu alterações a nível da gestão de recursos humanos, na dinâmica das suas atividades e horário de funcionamento, por exemplo, recorrendo à suspensão de algumas das habituais atividades. Acresce-se que os profissionais da USP ainda foram os responsáveis por formar (em curto espaço de tempo) inúmeros profissionais para tarefas específicas relacionadas com inquéritos epidemiológicos, prolongar o horário laboral implicando a suspensão de algumas atividades.

Contudo, para o desenvolvimento do estágio, a pandemia não acarretou apenas condicionantes, trouxe também oportunidades dado que proporcionou uma maior experiência de aprendizagem e consolidação de conhecimentos teórico-científicos, sobretudo da vigilância epidemiológica. A possibilidade de assistir e intervir nas reuniões dos vários grupos de trabalho, definidos pela área específica de intervenção e vigilância epidemiológica do referido vírus, foram momentos de aprendizagem únicos e muito enriquecedores.

---

Outro fenómeno que foi possível de vivenciar foi o impacto que, em concreto, a pandemia teve nos profissionais de saúde da USP. Desde a inevitável e constante reorganização do próprio serviço, à gestão de material e de recursos humanos, em função das demandas que a pandemia ia ditando. E, de não menos importância, a pressão que os profissionais estavam a vivenciar, em grupo e individualmente, nos seus diferentes níveis bio-psico-sociais.

---

---

## 2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os temas abordados, neste capítulo, resultam de uma revisão bibliográfica com base em pesquisa realizada no Google Acadêmico, na EBSCOhost, PubMed e em documentação nacional e internacional de referência sobre os temas que alicerçam teórica e conceptualmente o projeto que foi desenvolvido. Para Fortin concetualizar refere-se a *“um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto em estudo”* (2003, p.39). Assim, este capítulo descreve, de forma sucinta, o estado de arte sobre: a TB (com maior ênfase sobre a TL), os sistemas de informação e a Qualidade e segurança em saúde, finalizando o capítulo com a moldura teórica de Afaf Meleis para esta problemática.

### 2.1 – Tuberculose

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa, tendo como agente etiológico o bacilo *Mycobacterium tuberculosis* ou, também denominado, bacilo de Koch. A sua transmissão ocorre por via aérea e de pessoa para pessoa, tem a particularidade de sobreviver em ar ambiente durante várias horas, sobretudo em locais não ventilados. Geralmente, afeta os pulmões (tuberculose pulmonar) mas, também pode afetar outros órgãos (tuberculose extrapulmonar), embora apenas a tuberculose pulmonar seja a que é transmissível (Stanhope & Lancaster, 2011; Kumar, *et al.*, 2018).

Contudo, há a destacar que o hospedeiro pode reagir de três formas distintas à presença do bacilo:

1. o hospedeiro tem um sistema imunocompetente, pelo que consegue eliminar totalmente o agente bacteriano e permanecer saudável;

- 
2. o hospedeiro tem o sistema imunocomprometido e ocorre o processo doença (TB primária);
  3. o sistema imunitário do hospedeiro não consegue eliminar eficazmente o bacilo, ficando este inativo dentro do organismo (em granulomas) durante anos sem desencadear doença. Ou seja, a pessoa está infetada, mas não está doente nem é contagiante. Esta situação designa-se Tuberculose Latente (TL).

A pessoa com TL está infetada, mas não está em processo de doença, pelo que não tem qualquer sintoma. Está descrito que cerca de 95% das pessoas inicialmente infetadas terão TL. O risco de esta situação ocorrer permanece ao longo da vida e está calculado em cerca de 10%. Porém, verifica-se que a maioria dos casos passam para TB ativa nos cinco primeiros anos após a exposição ou quando há fatores que comprometam o sistema imunitário da pessoa. (Duarte, Villar, & Carvalho, 2010; Stanhope & Lancaster, 2011; Kumar, *et al.*, 2018).

### **2.1.1 - Epidemiologia da TB**

Estima-se que cerca de um quarto da população mundial está infetada por este agente infeccioso. Embora não exista um método preciso para quantificar a TL, pressupõe-se que a sua taxa de prevalência nos países de alta renda é de 28,1% e nos países de baixa ou média renda seja de 51,5% (WHO, 2020a; WHO, 2020b; WHO, 2021).

Ao longo dos anos, tem havido várias medidas de concertação, a nível mundial, para controlar esta infeção que têm resultado numa redução lenta do número de casos. As Estimativas Globais de Saúde (para o período de 2000 a 2019), relativamente às causas de morte, apontavam que a TB tinha descido do 7º lugar para o 13º, correspondendo a uma redução de 30% nas mortes em todo o mundo. Mas, ainda assim, em 2019, cerca de 10 milhões de pessoas, em todo o mundo desenvolveu TB e continua a ser a principal causa de morte provocada por um único agente infeccioso (WHO, 2020c).

Constata-se que a maioria das pessoas com esta doença é adulta, sendo mais prevalente nos homens e está identificada a sua associação a condições de

---

pobreza (relacionadas com problemas financeiros, vulnerabilidade, marginalização, estigma e discriminação). Factos corroborados recentemente, no Relatório Global da Tuberculose (WHO, 2021), onde se descreve que no ano de 2019: os homens (idade  $\geq 15$  anos) representaram 56% de todos os casos de tuberculose, as mulheres 32% e as crianças (idade  $<15$  anos) 12%. Geograficamente, a maioria dos casos localizaram-se no Sudeste Asiático (44%), África (25%) e Pacífico Ocidental (18%), com percentagens mais baixas no Mediterrâneo Oriental (8,2%), Américas (2,9%) e Europa (2,5%).

A TB, para além de ter uma taxa de mortalidade importante, é também uma patologia que causa morbilidade. Em 2019, a tuberculose situava-se na 7ª posição das causas de incapacidade ajustada aos anos vida (WHO, 2020c).

A nível europeu, em 2019, foram notificadas 216.000 pessoas com TB, das quais morreram 25.000. Para além de se estimar que 30.000 não tenham sido notificadas ou diagnosticadas. Dos casos notificados, segue a tendência mundial, pois também na europa, a TB prevalece nos adultos, (atingindo apenas 4% de crianças), sendo a maioria dos casos homens (63%) (WHO, 2021).

Em Portugal, a DGS publicou, em 2020, o relatório de vigilância e monitorização da tuberculose, do qual se evidencia: a desaceleração do decréscimo anual na incidência de TB; a notificação de 1848 casos (em 2019) em que os distritos Lisboa e Porto permanecem como as regiões de maior incidência (26,3 e 28,5 por 100.000 habitantes, respetivamente); a taxa de letalidade atingiu os 7,1% e o sucesso terapêutico os 83%. Também se verifica que a TB afeta mais os homens e pessoas em idade adulta (DGS, 2020b).

De salientar que a população imigrante tem uma taxa de notificação 4 vezes superior à média nacional, o que a coloca como população de risco, sendo a região de Lisboa onde existe a maior proporção (DGS, 2020b).

### **2.1.2 - Rastreio e Diagnóstico**

As pessoas que tiveram contacto com doentes com TB pulmonar ativa estão em risco de infeção e de desenvolver a doença. Por esta razão, o rastreio é um

---

procedimento fulcral por reduzir a transmissão do bacilo. Com este procedimento identificam-se: as pessoas expostas ao bacilo (são as que têm risco acrescido de TL ou de desenvolver TB ativa); casos secundários de TB ativa; casos de TL e identificar a fonte de origem da transmissão (DGS, 2020a; DGS, 2020b; Stanhope & Lancaster, 2011; Kumar, *et al.*, 2018).

Está descrito que, em 2019, a demora mediana entre o início de sintomas e o diagnóstico foi de 74 dias. E que, na última década, o intervalo de tempo até ao diagnóstico tem vindo a aumentar. Este facto mereceu destaque na implementação de medidas descritas no Plano Nacional para a Tuberculose (PNT), por alegadamente estar relacionado com a baixa suspeita de TB quer dos profissionais de saúde, quer por parte da própria população que por isso não recorre aos seus serviços (SNS, 2019; DGS, 2020b). Este período é particularmente importante para o controlo da doença ativa na comunidade, mas também por aumentar a prevalência de TL.

O diagnóstico, dado que não há sintomatologia ou alterações na imagem radiológicas ou na pesquisa microbiológica, é realizado por testes imunológicos. Os testes existentes são: o teste tuberculínico ou prova de Mantoux e os testes *Interferon Gamma Release Assays* (IGRA) (DGS, 2020a; DGS, 2020b).

### **2.1.3 - Tratamento de TL**

Do anteriormente descrito, percebe-se que o tratamento precoce da TL reduz, de forma significativa, a possibilidade de evoluir para doença e reduz (indirectamente) o eventual risco de transmissão para a comunidade. Desta forma, obtém-se a prevenção de novos casos (reduz a incidência) e posteriormente, a redução da prevalência da TB. Getahun *et al.* (2015) citado por Loyens (2020) referem que se houver boa adesão ao tratamento da TL, o risco de reativação desce 90%.

Embora não haja ainda nenhum método de pesquisa que preveja se a TL evolui para TB, estão identificados fatores que aumentam maior risco da reativação do bacilo, sendo eles: infeção por VIH; evidência de lesões antigas de TB não

---

tratada; co-morbilidades (silicose, insuficiência renal crónica, diabetes *mellitus*, neoplasia, artrite reumatóide); tratamento imunossupressor prolongado e necessidade de terapêutica com anti fator de necrose tumoral alfa (terapêutica biológica) (DGS, 2020b; Loyens, 2020).

Para o tratamento da TL estão protocolados, no Manual de Tuberculose e Micobactérias Não Tuberculosas, os vários esquemas possíveis dadas as particularidades que possam existir. Contudo, os fármacos mais utilizados são a Isoniazida e Rifampicina (isoladamente ou em associação) (WHO, 2018; DGS, 2020a).

Ao longo dos anos, o número de pessoas que recebeu tratamento para TL tem vindo a aumentar, tendo sido realizado em 4.1 milhões de pessoas em todo o mundo, em 2019. Num espaço de quatro anos, o número de pessoas a receber tratamento quase que duplicou (WHO, 2021).

No nosso país, em 2019, foram notificados 3.845 casos de TL com decisão para tratamento, tendo sido um valor inferior ao de 2018, em que se registaram 4.037 casos. No ano de 2019, foi a região Norte com mais casos registados de TL em tratamento (60% dos casos), sendo que no distrito de Lisboa foi de 491 casos (DGS, 2020b).

Estas são as principais justificações para o diagnóstico e tratamento da TL, enquanto medida de eliminação da TB. Porém, a OMS frisa que as estratégias de rastreio e tratamento de TL devem ser coadunadas à realidade epidemiológica de cada país. Uma vez que o tratamento preventivo envolve riscos e custos, este deve ser dirigido a determinados grupos populacionais (Tavares e Castro *et al.*, 2015;WHO, 2018).

#### **2.1.4 - Efeitos adversos do tratamento TL**

O tratamento da TL, também é composto pelos mesmos antibacilares da TB primária, diferindo no esquema de duração, associação e dosagem. Sendo que nenhum destes fármacos está isento de efeitos adversos, é pertinente saber identificá-los para intervir atempada e adequadamente. A maioria dos efeitos

---

adversos ocorre nos primeiros 2 meses de tratamento, nos quais se incluem: neuropatia periférica, intolerância gastrointestinal, toxicidade hepática, alterações neurológicas, alterações cutâneas, entre outros (Duarte *et al.*, 2010; Castro *et al.*, 2015; DGS, 2020a; Loyens, 2020).

Há estudos internacionais a demonstrarem que a adesão ao tratamento da TL não é muito alta, tendo como principais causas o facto de o tratamento ser longo e porque as pessoas se apresentam assintomáticas (Sandgre *et al.*, 2016; Stuurman *et al.*, 2016; Loyens, 2020).

O estudo, com população residente em Portugal, realizado por Loyens (2020) identificou a interrupção de tratamento da TL como fator de risco para a progressão de TL para estadio de TB ativa. Para além de que o abandono terapêutico, mesmo em caso de TL, conduz à resistência dos tuberculostáticos (Silva, 2012; Loyens, 2020).

#### **2.1.5 - TB e a atual pandemia**

Perante a presença da pandemia mundial da doença COVID-19, os dados epidemiológicos da TB poderão sofrer alterações negativas, dado o panorama atual ser pouco favorável aos determinantes em saúde, sendo previsível o recuo de metas alcançadas.

A OMS noticiou recentemente (14-10-2021) que já é notório o impacto da pandemia de COVID-19 no progresso contra a TB, por exemplo, em Moçambique pela primeira vez em dez anos o número de mortes por TB aumentou (WHO África, 2021).

A mesma entidade tinha alertado que o impacto económico da pandemia se iria repercutir na incidência e mortalidade por TB, sobretudo devido ao incremento em dois dos seus principais determinantes: a pobreza e a desnutrição. Tendo, nessa altura feito projeção de um pico adicional de 1 milhão de casos de TB, entre 2020-2025. A crescer a esta problemática, há ainda os efeitos negativos da necessidade de gerir recursos humanos e financeiros para dar resposta à COVID-

---

19, recorrendo a realocação dos referidos recursos em detrimento da assistência à tuberculose (WHO, 2021).

## **2.2 – Intervenção do enfermeiro especialista na erradicação da TB**

Para a orientação da prática, a OMS lançou recentemente o documento “*The End TB strategy*” onde constam as diretrizes estratégicas. Nele está definido que, até 2035, se deverá reduzir em 95% o número de mortes por tuberculose e em 90% a taxa de incidência da doença. O mesmo documento, também identifica que a prevenção da progressão da TL para tuberculose ativa como sendo uma das medidas fundamentais para cumprir com esses objetivos (WHO, 2019). Portugal para se manter neste mesmo alinhamento contempla, no PNT, como estratégias essenciais: a identificação precoce dos novos casos e contenção da transmissão na comunidade; a identificação de indivíduos expostos com infeção latente com indicação para tratamento profilático (DGS, 2020a; DGS, 2020b). Seguindo o mesmo alinhamento vertical, a DGS emanou atualizações para a prática de forma a uniformizar procedimentos no rastreio, diagnóstico e tratamento de TB nas suas diferentes apresentações (DGS, 2020a).

A diretora do projeto TB do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), a propósito do papel dos enfermeiros, nesta problemática, reforça que estes têm uma proximidade privilegiada, na qual a sua prestação deve estar ancorada. Assim, podem contribuir com resultados que conduzam à erradicação da doença (ICN, 2019), uma vez que são responsáveis por cumprir com as orientações e recomendações dos documentos acima citados e no cumprimento dos referidos programas.

Assim, a complexidade da TB é um fenómeno de interesse para o EESC pelo que as competências que lhe estão atribuídas são fundamentais para compreender melhor a abrangência da natureza dos cuidados de enfermagem para combater este flagelo na comunidade, em todas as fases de prevenção, face à referida proximidade e transversalidade de atuação (OE, 2013).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) desenvolveu um Guia Orientador de Boa Prática, com o objetivo de atualizar e uniformizar a atuação dos enfermeiros, com vista à

---

efetividade das suas prescrições garantindo a qualidade de cuidados e segurança da comunidade (OE, 2013). Da análise deste documento suportada pelas competências específicas do EESC (Regulamento n.º 428/2018) e pelos padrões de qualidade dos cuidados para o EESC (Regulamento n.º 348/2015), este profissional atua como prestador de cuidados à pessoa, sua respetiva família/conviventes e comunidade, com o intuito de reduzir a prevalência e incidência da doença. Além dos atributos anteriormente relatados, no caso concreto da TL, há ainda a destacar as seguintes capacidades para:

- rastreios e inquéritos epidemiológicos para identificação de casos de TB e seus conviventes para a interrupção de cadeias de contágio, como anteriormente descrito;
- formação e sessão de educação para a saúde (com especial enfoque aos grupos de risco e focos de infeção identificados);
- planejar, incentivar e/ou executar vacinação da BCG atendendo às normas em vigor;
- desenvolver consultas de enfermagem de qualidade, procurando a excelência no seu exercício, recorrendo à prática baseada na evidência e obtendo ganhos em saúde;
- implementar uma gestão, distribuição e administração de medicação tuberculostática que atende à monitorização da gestão do regime medicamentoso quer em relação à identificação e gestão de efeitos adversos, quer na melhor adesão e maior probabilidade de sucesso terapêutico (evitando o risco de multi-resistência);
- ser elemento de referência e de proximidade para estabelecer parcerias.

Sublinha-se ainda, o compromisso e responsabilidade destes profissionais no seu exercício a nível da gestão de vigilância epidemiológica da TB recorrendo aos sistemas de monitorização e avaliação que se encontram alinhados com os programas nacionais de saúde existentes. Acresce ainda, a sua contribuição no desenvolvimento de ferramentas apropriadas de registo e elaboração de relatórios com indicadores padronizados que facilitam a avaliação do desempenho e cumprimento dos programas e projetos.

---

Graça Freitas refere *“a necessidade de otimização das ferramentas de vigilância para maior acuidade dos resultados e o planeamento de estratégias futuras de melhoria da literacia em Tuberculose pela população e pelos profissionais, não esquecendo que a Tuberculose é ainda uma doença atual”* (DGS, 2020b).

Ao descrito, acrescentam-se os desafios, anteriormente mencionados, que a doença COVID-19 irá trazer ao panorama geral da TB, para os quais os enfermeiros (em particular os EESC) têm de estar alerta para monitorizar, planear e adaptar as estratégias de atuação.

### **2.3 - Sistemas de informação**

Considerando o conceito de saúde que OMS lançou em 1947 *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”* (OMS-OPAS, 2018, p.4), percebe-se a influência do modelo holístico do Homem e o destaque para o termo “saúde”. Neste seguimento, tem sido discutido mundialmente, que este conceito só é atingível com a co-responsabilização transversal a todos os sectores, deixando de ser responsabilidade exclusiva do sector da saúde. A prova desta realidade é a discussão e elaboração dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que têm carácter à escala mundial e integram políticas dos diferentes sectores para atingir as metas definidas até 2030 (ONU, 2015).

Por esta razão, os sistemas de informação (SI) são um recurso útil na área da saúde, sendo uma das suas funções nortear o cumprimento das metas estabelecidas. No âmbito concreto da SP, houve necessidade de desenvolver ferramentas que possibilitam a monitorização do estado de saúde das populações (ao longo do tempo) e que identificam o risco de transmissão de qualquer doença (ou outros fenómenos de saúde), na prevenção ou propagação. Em Portugal, um dos SI que está implementado é o sistema de vigilância em saúde pública, que se denomina de Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE). Este SI também contribui para a preparação de planos de contingência para situações de emergência à calamidade pública (Lei nº 81/2009).

---

A lista de doenças que está patente neste SI (onde se inclui a TB) é de notificação obrigatória sob legislação própria. As alterações a esta lista decorrem da epidemiologia, sendo a última a que consta no Despacho n.º 1150/2021, justificada pelo aparecimento da doença COVID-19.

O PNT tem um sistema próprio designado de “SVIG-TB” (Sistema de informação intrínseco ao Programa Nacional para a Tuberculose) que possui indicadores próprios para avaliação do programa, sendo um SI independente do SINAVE.

O recurso a SI advém do facto de a SP ser baseada em evidências. Estas evidências provêm de um crescendo de informação, ou seja, inicia-se com a introdução de dados (unidade primária), que ao serem estudados conduzem a indicadores, que pela sua análise produzem informação e após a sua interpretação surge o conhecimento. Sendo este o motor que conduz à ação pela tomada de decisão em saúde (OMS-OPAS, 2018).

Em função do que a OMS-OPAS (2018) descreve como fonte primária de dados, os registos de enfermagem (RE) enquadram-se nessa definição e os sistemas de informação em saúde no que descreve como fontes secundárias.

### **2.3.1. - Registos de Enfermagem e Sistemas de Informação em Enfermagem**

O objetivo dos RE é permitir cuidados centrados na pessoa, seguros e eficazes através da tomada de decisão clínica informada, comunicação e continuidade de cuidados. Simplificando, escolher um registo é escolher também a representação dos cuidados prestados e a planificação dos mesmos (Delgado & Albuquerque, 1998; Hesbeen, 2001; Melo, 2021).

Para se descrever o fenómeno de enfermagem, recorre-se à elaboração de diagnósticos de enfermagem (DE), sendo estes os “rótulos” que o enfermeiro atribui ao fenómeno (foco de atenção) (ICN, 2016).

Hanson descreve DE como *“o juízo clínico sobre a reação da família ou da comunidade a potenciais ou concretos problemas de saúde ou processos de vida”* (2010, p.443). É a partir dele que surge a ação de intervir [intervenções de

---

enfermagem (IE)] com intuito de produzir um resultado (resultado de enfermagem) imputável ao enfermeiro (Hanson, 2010; ICN, 2016). Assim, os RE englobam todos os DE, as suas intervenções e resultados obtidos decorrentes do exercício do enfermeiro. Por isso, a atividade de diagnóstico em enfermagem pressupõe a obtenção de um conjunto de dados, que é necessário interpretar, organizar, sistematizar e atribuir um significado para que se constituam como informação útil. A consulta de enfermagem com qualidade pressupõe que o enfermeiro tenha consciência do que pretende abordar, suportando-se no processo mental de decisão clínica organizado (Oliveira *et al.*, 2016, Melo, 2021).

Facilmente se percebe que os RE são “fonte viva” de informação. Com o avanço da tecnologia foi impreterível desenvolver ferramentas que permitissem agilizar a documentação e extração de informação neles contidos. Este é um dos exemplos em como os SI se inserem no quotidiano da prática da enfermagem.

Importa também destacar que a evolução dos RE reflete a evolução da disciplina de enfermagem, havendo assim uma transição de uma lógica de execução para uma lógica mais conceptual, deixando para trás registos efetuados, por vezes, em livros de ocorrências (desgregados do processo clínico) e de descrição de atividades isoladas (Leal, 2006; Silva, 2011 cit. Mendes, 2013). Os Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) facilitam o processo de comunicação, a promoção da eficiência e a produtividade (Sousa, 2006; Mendes, 2013; Pereira, 2009; Pereira *et al.*, 2010; OE, 2015b; ICN, 2016; Melo, 2021).

Este passo foi importante, mas percebeu-se que a padronização da linguagem utilizada nos RE seria fulcral (Silva, 2001; Pereira, 2009; ICN, 2016; ICN, 2019).

O ICN foi a entidade responsável pela construção de uma linguagem que se agrega às já existentes, em diferentes contextos e países, de onde surge a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Esta caracteriza-se por ser formal, de abrangência internacional, dinâmica e em evolução contínua, com a qual é possível uniformizar a prática de enfermagem, desde a definição dos DE, à prescrição das intervenções de enfermagem culminando na avaliação dos resultados de enfermagem obtidos (ICN, 2016).

---

Em Portugal, Abel Paiva e Silva (2006) foi o responsável pela implementação de registos com recurso à CIPE®, inicialmente em suporte de papel. Este investigador ainda se mantém nesta área de investigação e à qual se vão juntando outros como Sousa, P.F.S. (2006); Pereira (2009); Petronilho (2009); Pereira *et al* (2010), Mendes (2013); Silva (2014). Todos esses trabalhos contribuíram (e contribuem) para potenciar os SIE após estes terem integrado a linguagem CIPE®. Esta dialética tem de retorno contributos para a investigação e desenvolvimento da própria CIPE® e o conhecimento de diversos fenómenos, entre os quais, a determinação de alocação de recursos e planeamento de cuidados. Com o decorrer do tempo, as potencialidades e os contributos foram aumentando, sendo agora mais facilitador a comparação de dados, a obtenção de indicadores de qualidade, a investigação e a fundamentação para a tomada de decisão política (OE, 2007). Neste seguimento, Pereira *et al.* (2010) identificou três indicadores da prática de enfermagem de qualidade: frequências de diagnósticos de enfermagem; ganhos de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem; indicadores de prevenção de riscos.

Desta forma sintética, enfatiza-se que a tomada de decisão alicerçada em conhecimento baseado em evidência é o que conduz a cuidados de saúde de qualidade.

#### **2.4 - Qualidade e segurança em saúde**

O termo “qualidade” tem vindo a ser exponencialmente explorado em diversas áreas. E, a área da saúde não é exceção, na medida em que os serviços de saúde têm sido confrontados com novos desafios e estes apresentam-se cada vez mais complexos. Os avanços tecnológicos, a literacia em saúde, o aparecimento de novos agentes infecciosos, o aumento de gastos e custos, são alguns dos exemplos (OMS-OPAS, 2018; OMS, 2020; Barroso *et al.*, 2021).

A qualidade é um conceito que depende de fatores como: eficácia, eficiência, qualidade técnico-científica (desempenho ou competência profissional), satisfação, adequação, continuidade e aceitabilidade. Sendo pela procura

---

contínua e exigente de todos estes aspetos que ocorre a melhoria da qualidade (Imperatori, 1994).

A DGS cita Saturno *et al.* (1990) descrevendo a qualidade em saúde como “*a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão*” (DGS, 2015a, p.16).

Donabedian (1988, 1990) sendo o investigador pioneiro da qualidade em saúde, nos seus estudos desenvolveu a tríade “estrutura, processo e resultado” como as categorias a utilizar para a avaliação da qualidade dos cuidados. Sendo a estrutura o cenário onde os cuidados ocorrem, o processo é a própria prestação de cuidados e o resultado é o efeito mensurável sobre o estado de saúde (Sousa, P., 2006).

Hesbeen (2001) identificou sete classes de elementos determinantes para a qualidade:

- métodos de colheita de informação sobre as práticas e os processos de avaliação;
- formação dos profissionais;
- organização concreta das estruturas;
- desempenho e competência dos atores;
- reflexões filosóficas e conhecimentos técnico-científicos;
- pessoa que recebe os cuidados e família;
- aspetos políticos e económicos.

Sobre esta última classe, as entidades nacionais e internacionais emanam diretrizes gerais para a sua implementação. Um dos exemplos é o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, que enumera os objetivos estratégicos e as respetivas metas, cabendo às instituições de saúde a implementação e acompanhamento para promoção da melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados à população. Também

---

no PNS extensão 2020 há a referência de que a qualidade em saúde exige uma *“adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível”* (DGS, 2015a, p.16).

A OE, a este respeito, redigiu os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e uma vez *“definidos os indicadores, importa identificar os dados que deverão estar, sistematicamente, presentes na documentação de enfermagem para efeitos da produção, com fiabilidade, desses indicadores, estabelecendo assim um resumo mínimo de dados nacional”* (2003, p. 157 cit. Pereira, 2009). As tecnologias de informação e comunicação desempenham, neste contexto, uma função estruturante fundamental, tendo também a função de contribuir para orientações e normas nacionais de boa prática profissional (Despacho nº 1400-A/2015).

Assim, uniformizar procedimentos baseados na evidência e a formação adequada são algumas das estratégias a que se pode recorrer para os profissionais adotarem práticas que cumpram critérios científicos. O facto de todos terem uma orientação e base de trabalho comum desencadeia otimização da informação nos SI. Porém, não é suficiente a minimização de perda de informação ou aumentar o número de dados introduzidos nos SI. Urge desenvolver ferramentas que apoiem e facilitem a tomada de decisão (e não apenas o simples registo dos cuidados prestados), devem também permitir monitorizar a qualidade e, tendo de retorno, o desempenho e a avaliação comparativa em função dos padrões, metas ou indicadores. Conhecer melhor o desempenho dos profissionais, dos serviços, do SNS, da saúde da população e dos seus determinantes conflui para identificar, de forma inequívoca, onde intervir para melhorar (Felício & Machado, 2017; OMS, 2020).

O Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária ditou quais os padrões de qualidade dos cuidados especializados, precisamente para ser um *“referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade”* (OE, 2017, p.2). Pretende-se com os esforços e os resultados deste processo se conflua para medidas que garantam a qualidade dos cuidados, objetivando os ganhos em saúde.

---

### 2.4.1. - Indicadores de qualidade

Florence Nightingale, para identificar a importância do papel do enfermeiro, na prestação de cuidados de saúde de qualidade, começou a medir os resultados obtidos nos utentes (Nightingale traduzido por Ferraz & Sousa, 2005).

Atualmente, a reforma dos CSP (Despacho nº 23825/2005), com a contratualização dos serviços ganhou novo ímpeto, por ser o instrumento que incutiu maior responsabilização e exigência. Esta medida tem o intuito de alcançar os melhores resultados em saúde, com maior eficiência, para além de garantir também a transparência, equidade e idoneidade de todo o processo (incluindo os seus intervenientes – os profissionais e os cidadãos). Representando assim, um compromisso social a favor do cidadão, das famílias e das comunidades.

Anualmente, é celebrado com o ACeS, o Contrato-Programa que é o consentimento assinado baseado no documento estratégico “Plano de Desempenho” no qual estão explanados os indicadores populacionais de cariz sociodemográficos e socioeconómicos, bem como os de resultados em saúde (Monteiro *et al.*, 2017; DGS, 2017a; ACSS, 2020). O processo de implementação da contratualização na USP é ainda muito incipiente, sendo que para o biénio 2020-2021, para avaliação da matriz multidimensional estão contratados sete indicadores, sendo um dos quais na dimensão “Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados” (ACSS, 2020).

Ressalva-se o repto do Código Deontológico do Enfermeiro, onde Margarida Vieira relembra que *“para exercer a profissão com qualidade (...) os enfermeiros têm direito (...) à formação para actualização e aperfeiçoamento profissional (...), a informação sobre os aspectos relacionados com o diagnóstico clínico, tratamento e bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades ao seu cuidado (...) e pelo direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade (...)”* (OE, 2003 p.11-12), mas também o dever de atualização (OE, 2015). Neste seguimento, faz todo o sentido a descrição de Hesbeen, ao mencionar que a qualidade *“procede de um encontro e de um acompanhamento com os quais os que cuidam preenchem as suas funções de peritos e conselheiros, utilizando os recursos que possuem”* (2001, p.52). Os enfermeiros especialistas têm a

---

competência e o dever de promover uma liderança que seja adequada e impulsionadora de comportamentos que potenciem a qualidade dos cuidados de enfermagem, a satisfação profissional dos próprios profissionais e de contribuir para uma gestão com eficiência que se irá refletir em ganhos em saúde e satisfação dos utentes (Serapioni, 2009, Fradique *et al.*, 2013; Regulamento nº 428/2018; Regulamento nº 140/2019).

Com todos os avanços descritos, para garantir a segurança e as melhores práticas (baseadas na melhor evidência), os serviços de saúde sentiram necessidade de progredir com a padronização de processos de trabalho. A padronização pode ser constituída por normas, protocolos, *guidelines*, entre outros. As normas resultam de consensos porque a sua finalidade é definir uma ordem para determina atividade e, eventualmente podem estar mais dirigidas para a garantia da segurança dos utentes. Os protocolos focam-se na organização de trabalho dos profissionais (podem apresentar-se sob a forma de normas de orientação clínica). As medidas mencionadas pretendem reduzir a variabilidade das práticas clínicas e permitir a tomada de decisões baseadas na melhor evidência disponível (Sousa, 2006; Santos, P. *et al.*, 2015; IPQ, 2015).

*“A estratégia de qualidade é uma ponte que ajuda um sistema de saúde a acelerar a consecução dos objetivos e prioridades da saúde, usando princípios de gestão da qualidade que incorporam o planeamento, o controlo e a melhoria da qualidade”* (OMS, 2020, p.11). Neste domínio, o EESC pode ser um ator chave por possuir no seu *core* de competências as habilidades necessárias para intervir e, concomitantemente, contribuir para a prática de uma enfermagem avançada.

## **2.5 - Referencial Teórico de Afaf Meleis – Teoria das Transições**

O avanço da ciência e da tecnologia contribui para que, diariamente, se seja confrontado com inúmeras mudanças nas orientações de boas práticas e novas informações baseadas na evidência, como já foi referido. Esta realidade conduz a que os enfermeiros estejam sempre em “alerta” e sujeitos a constantes transições. Parafraseando José Carlos Gomes, relativamente à TB *“numa*

---

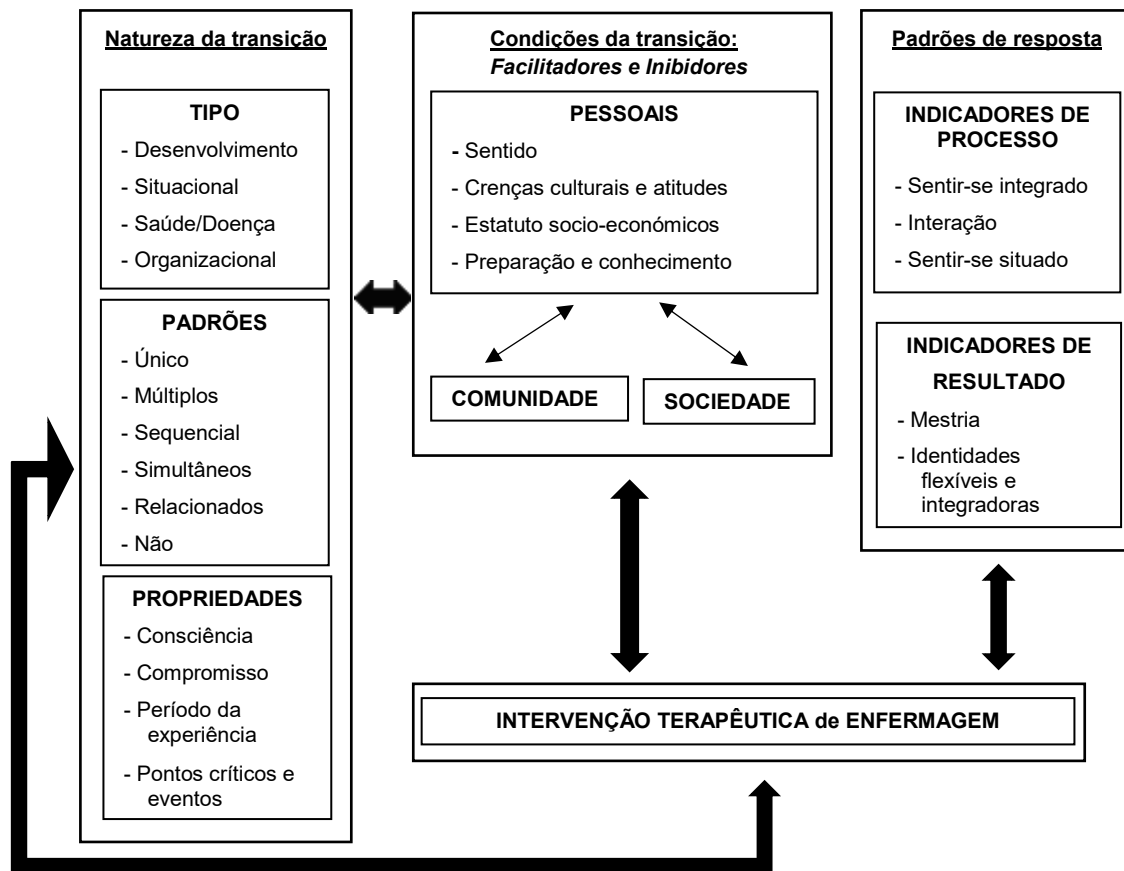
*sociedade em que muito se faz in time e online, novos desafios em saúde emergem e, nesses, as doenças infecciosas têm vindo a reassumir uma relevância crescente a nível europeu e mundial”* (OE, 2013, p.7). Considerando esta realidade, como ponto de partida para ação, seria essencial sustentar o projeto de intervenção numa teoria de enfermagem. Pois, será através desta que se faz a articulação e conceptualização da realidade, com o propósito de descrever, explicar, prever ou prescrever cuidados de enfermagem (Meleis, 2018), permitindo a autonomia do enfermeiro e o alinhamento entre a prática, o ensino e a investigação (Tomey & Alligood, 2004). A relação simbiótica entre a teoria, a investigação e a prática é fulcral para o contínuo desenvolvimento da enfermagem como profissão e como ciência. Dado que se a prática se basear nas teorias que, por sua vez, são validadas pela investigação, a tríade é “alimentada” de forma recíproca e contínua. Meleis (2012 cit. Tomaz, 2018) afirma que a disciplina de enfermagem evoluiu quando o enfermeiro se baseia e inclui o seu papel nas seguintes seis etapas: prática, educação, gestão, pesquisa, teoria e integração.

Tendo em consideração o descrito, optou-se pelo referencial teórico de autoria de Afaf Meleis, designado por Teoria da Transições. Esta é uma teoria de médio alcance, pois o foco são fenómenos que refletem e emergem da prática (Tomey & Alligood, 2004). E, que se pode enquadrar na corrente de pensamento do paradigma da transformação (Santos, E. *et al.*, 2015).

Meleis define transição como a instabilidade que dista entre dois pontos no tempo considerados estáveis. É nessa distância que a pessoa se vai movendo por diferentes fases dinâmicas. Sendo neste período, em que a pessoa está mais vulnerável, o momento de o enfermeiro intervir enquanto agente facilitador. Por esta razão, a premissa desta teoria é de que a transição é um conceito central para a enfermagem (Meleis, 2000, 2015, 2016, 2018).

Os três constructos basilares são a natureza da transição, as condições da transição e os padrões de resposta (Santos, E. *et al.*, 2015). A natureza das transições pode ser classificada quanto ao seu tipo, ao seu padrão e às propriedades. A Figura 2 esquematiza estes conceitos.

Figura 2 - Esquema da Teoria das Transições



Fonte: Meleis (2018, p. 425)

A transição requer que a pessoa agregue novos conhecimentos, habilidades, altere o comportamento, se consiga situar no seu contexto social e contexto saúde/doença (Meleis cit. Costa, 2016).

A autora enfatiza que, no seu modelo, a mudança não é sinónimo de transição. Em virtude de quando há mudança de comportamento, e apesar de poder ocorrer mudança de comportamento, ele é passageiro. Pois, a pessoa não está consciente dos motivos e não se apropria dessa modificação de comportamento.

Nos diferentes estudos, que foram sendo realizados pela pesquisadora, percebeu que há determinadas condições que podem desencadear um processo de transição, mais ou menos facilitador. Um dos fatores facilitadores é a preparação prévia para a mudança. Pois assim, a pessoa gere a transição. Exemplo de

---

condições facilitadoras são apoio da comunidade e informações relevantes (Meleis, 2015, 2016).

Os padrões de resposta podem ser indicadores de processo ou indicadores de resultado.

Para os enfermeiros, a transição deve ser encarada por si só motivo de apreensão, ou seja, é um alerta para estar atento e intervir. Sendo que a autora defende que, para estes casos, as intervenções mais adequadas são: avaliação de enfermagem, a reminiscência, suplementação de papel, criação de ambiente saudável e mobilização de recursos. Porém, estas intervenções de enfermagem tanto podem ser preventivas/antecipatórias como terapêuticas.

Benner (2005) também advoga que a intervenção de enfermagem passa pela educação e orientação, por alavancar a pessoa para uma transição saudável.

Apesar da intervenção se mostrar ser oportuna e adequada às necessidades, não é expectável que os indicadores de resultado sejam identificáveis, no início de uma experiência de transição.

Na elaboração deste projeto de intervenção foi necessário atender às premissas do referencial teórico que o suporta. Como tal, pretendeu-se que fosse de participação comunitária para estar em concordância com o mesmo, mas respeitando a individualidade de cada elemento que compõe a comunidade alvo. A descrição do projeto está explanada no próximo capítulo.

---

---

### **3 - METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE**

A rede e sistemas de saúde têm de acompanhar o ritmo da evolução científica e tecnológica. Para essa concretização, a prática de planeamento reveste-se de suma importância ao lhe ser reconhecida a sua necessidade. (Teixeira *et al.*, 2010 cit. Pereira, R. 2011, Fernandes & Tareco, 2016). O planeamento em saúde foi definido como *“a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores socioeconómicos.”* (Imperatori & Giraldes, 1993, p. 6). Ou seja, o planeamento é a aplicação lógica de tomadas de decisão que transformam a realidade numa mais eficiente (Imperatori *in* Tavares,1990). O planeamento é algo mais do que um conjunto de técnicas ou apenas uma metodologia, pois pretende chegar a determinado estado de saúde socorrendo-se *“da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações (...) tal como (...) procura um estado de conhecimento através de um processo de ensino/aprendizagem”* (Tavares,1990, p.37).

Para a apresentação deste relatório e na elaboração do projeto, em contexto de estágio, foram seguidas as etapas do planeamento em saúde mencionadas por Tavares (1990), sendo elas: diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional e avaliação. Para o cumprimento das mesmas, foi necessário desenhar um cronograma de atividades que se encontra em apêndice (Apêndice I).

#### **3.1 - Diagnóstico De Situação**

O diagnóstico de situação destaca-se pela importância em identificar o problema de saúde e determinar as necessidades. Sendo que a pertinência dos projetos, programas ou planos depende da concordância entre o diagnóstico e as

---

necessidades identificadas na população (Tavares, 1990). Em que “a *necessidade exprime a diferença entre o estado actual e aquele que se pretende atingir*” (Tavares, 1990, p.51).

Sabendo que esta fase é fundamental mas que pode ser morosa foi determinante contrabalançar com o período estipulado para a duração do estágio, de forma a garantir que fosse possível realizar diagnóstico de situação mas sem perder a noção da necessidade de um planeamento adequado para concretizar as etapas subsequentes. Para além desta premissa, também foi tido em consideração, a transição que a USP enquanto organização atravessava e a transição que cada um dos profissionais vivenciava perante as exigências da pandemia. Assim, nesta fase inicial, optou-se por adquirir a informação necessária através de entrevistas de carácter exploratório junto de informadores chave (enfermeiros orientadores da USP), por estes serem peritos e conhecedores do contexto onde decorria o estágio. Foi importante recolher informação relativamente ao serviço, à equipa e população que cuidam, nomeadamente no que respeita à dinâmica do serviço e equipa, das necessidades e das limitações existentes, incluindo as acrescentadas pela pandemia pelo condicionamento da atividade normal da USP.

Ambos os enfermeiros orientadores expressaram como necessidade sentida a prioridade em: implementar (ou melhorar) os registos de enfermagem em SClínico, em todas as valências da USP. Segundo eles, sobretudo por ser uma necessidade anteriormente sentida, mas que com o surgimento da pandemia lhe deu maior destaque, tornando-se prioritária.

Após a identificação desta problemática, impunha-se validar se esta necessidade sentida coincidia com as necessidades da realidade do contexto (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990). Em virtude, de que a transição que o próprio serviço estava a vivenciar poderia conduzir a novas necessidades face às atuais circunstâncias (Meleis, 2018). Tal como, se impunha aprofundar melhor a necessidade relatada, sendo indispensável identificar as áreas em que equipa de enfermagem atua, em quais necessita de realizar registos em SClínico, em que fase se encontrava a implementação dos registos em cada uma das áreas e as dificuldades práticas relatadas pelos enfermeiros.

---

Por conseguinte, para se obter a referida informação foi agendada uma reunião com todos os enfermeiros da USP, de acordo com a sua disponibilidade. O formato da reunião foi virtual, para garantir a participação de todos e envolvê-los na tomada de decisão. Esta atividade também iria possibilitar perceber a dinâmica da equipa, a forma dela comunicar e promover a reflexão conjunta acerca da problemática identificada pelos informadores chave.

A reunião teve como pano de fundo a técnica de “*Brainstorming*”, sendo esta uma das técnicas mais utilizadas para identificar problemas e necessidades (Tavares, 1990). Esta técnica consiste num processo criativo, em que os participantes produzem ideias sem crítica e sem avaliação, a partir de uma questão central (Tavares, 1990; Mão-de-Ferro, 1999; Nunes *et al.*, 2010).

Neste caso concreto, foi pedido à equipa para “**Analisar a implementação dos registos de Enfermagem em SClínico, na USP**”.

Decidiu-se que o *Brainstorming* seria estruturado numa análise com matriz SWOT [*Strenghts* (forças), *Weakness* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades), *Threats* (ameaças)], por sintetizar os principais fatores internos e externos averiguando de que forma os pontos fracos e fortes, se comportam perante as forças e fraquezas do fenómeno em estudo (Pearce, 2007; Nunes *et al.*, 2010; Costa & Hoffmann, 2015; Mendes *et al.*, 2016).

A análise SWOT teve como objectivo: Identificar os recursos da equipa de enfermagem para a implementação dos seus registos em SClínico, na USP.

O processo aplicado na reunião encontra-se no Apêndice II e onde consta a informação transmitida pela equipa para preenchimento de cada quadrante da matriz SWOT.

Estas informações obtidas foram agrupadas em duas categorias: organizacionais (ao nível da USP ou do ACeS) e pessoais (da equipa de enfermagem da USP). Sendo que se enquadram nas “*organizacionais*”: existência de um computador por enfermeiro; a inoperabilidade entre os servidores dentro do mesmo ACeS e com serviços de saúde fora do ACeS; a não parametrização nem padronização em algumas das áreas da USP; não estar definido um elemento dinamizador

---

pelos RE na USP; as reuniões suspensas entre os ACeS e a ARSLVT; o equipamento informático não permite reuniões à distância; inexistência de norma de procedimento ou padrão de atuação para RE; recursos humanos escassos; inexistência de um elemento responsável e com acesso à parametrização; invisibilidade dos ganhos em saúde.

Na categoria “*peçoais*” descreveram: a motivação da equipa apesar de exprimirem, por mais de uma vez, os seus conhecimentos insuficientes no RE face ao fraco domínio do programa SClinico.

Desta reunião resulta a confirmação de que a necessidade sentida pelos elementos chave coincidia com a necessidade expressa e real.

Contudo, em virtude da problemática identificada se apresentar de elevada complexidade e ser transversal em todas as áreas de atividade da USP ficou determinado que se faria uma análise comparativa para priorizar para cada uma delas, recorrendo ao método de Halon (Apêndice II). Com o qual se concluiu, de forma fundamentada, que a área alvo para implementação do projeto de intervenção comunitária seria o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e a população, seria a equipa de enfermeiros.

A equipa de enfermeiros pode ser considerada uma comunidade, na medida em que tem: base num local, um sistema de organização formal e ter necessidades colectivas e interesses comuns (ICN, 2010; Stanhop & Lancaster, 2011).

### **3.1.1 - Diagnóstico de situação no CDP**

O termo diagnóstico significa “através do conhecimento”, sendo que transformar os dados recolhidos em conhecimento é a linha condutora para o planeamento e que resulta em ação (Campos *et al.*, 2018). Tendo em consideração este aspeto foi necessário obter mais informação para obter um conhecimento mais específico, ou seja, o diagnóstico de situação no CDP.

Para este feito, recorreu-se a entrevistas de carácter exploratório a elementos chave (enfermeiro do CDP, médico da USP e enfermeiros orientadores), para

---

obter informações da população que esta UF cuida e da dinâmica do próprio serviço, de que forma se integram os cuidados a prestar, como se encontram os RE em SClínico sistematizados.

Sabendo que para a realização do diagnóstico de saúde de uma comunidade há necessidade de ter acesso ou de produzir informação de qualidade, sendo que a habilidade em manejar e entender sistemas de informação, base de dados, construção de indicadores são alguns dos exemplos que o EESC deve adquirir ou desenvolver (Campos *et al.*, 2018; Regulamento nº 428/2018). Pelo que também estes recursos foram mobilizados, de acordo com os que estavam acessíveis, nomeadamente, os relacionados com a vigilância epidemiológica.

De acordo com a informação obtida, percebeu-se que muito recentemente, o CDP depende funcionalmente da USP. Sendo uma unidade de saúde diferenciada na área da tuberculose, tem como objetivo gerir o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento dos doentes com esta patologia e seus respetivos conviventes. Para proceder ao cumprimento destes objetivos, estabelece parcerias de atuação com os cuidados de saúde primários, com instituições hospitalares e recorre também a diferentes estruturas comunitárias (DGS, s.d.).

Há outro aspeto relevante, do ponto de vista orgânico, é que este CDP para além de servir a população do seu concelho geográfico (concelho A) é também responsável pelos utentes que pertencem a outra área geográfica de outro ACeS (concelho B), mas que necessitam deste serviço. Assim, esta UF abrange um total de mais de 550.000 habitantes (de acordo com informação dos Censos de 2021).

Nesta UF estão adstritos: 1 médico pneumologista; 1 enfermeiro; 1 médico da USP (realiza apenas consulta de rastreio de conviventes), 2 assistentes técnicos, 1 técnico de diagnóstico e terapêutica da área da radiologia, sendo que este, na altura do estágio, tinha sido alocado a uma das equipas de vigilância COVID.

Com base nos dados publicados, no “Relatório de vigilância e monitorização da tuberculose” (DGS, 2020b), com o intuito de dimensionar a problemática da TB,

nestas áreas geográficas, foi construída a Tabela 1. Nela estão descritos dados partindo da perspetiva nacional para a concelhia.

Tabela 1 - Nº de casos, taxa de notificação por ano e quinquénio

Zona	Nº Casos TB 2019	Taxa de notificação 2019	Casos 2015-2019	Taxa de incidência 2015-2019
Portugal	1848	18,0	-	-
Região ARS LVT	884	28,5	-	-
Distrito de Lisboa	603	26,5	2964	26,3
Concelho A	75	40,7	377	41,9
Concelho B	93	-	526	27,3

Fonte: SVIG-TB 2020

Mas, ao confrontar estes valores com os obtidos através da consulta do SINAVE percebe-se que diferem, como se pode observar na Tabela 2.

Tabela 2 - Nº de casos e não casos de TB notificados distribuídos por ano, sexo e idade, no concelho A

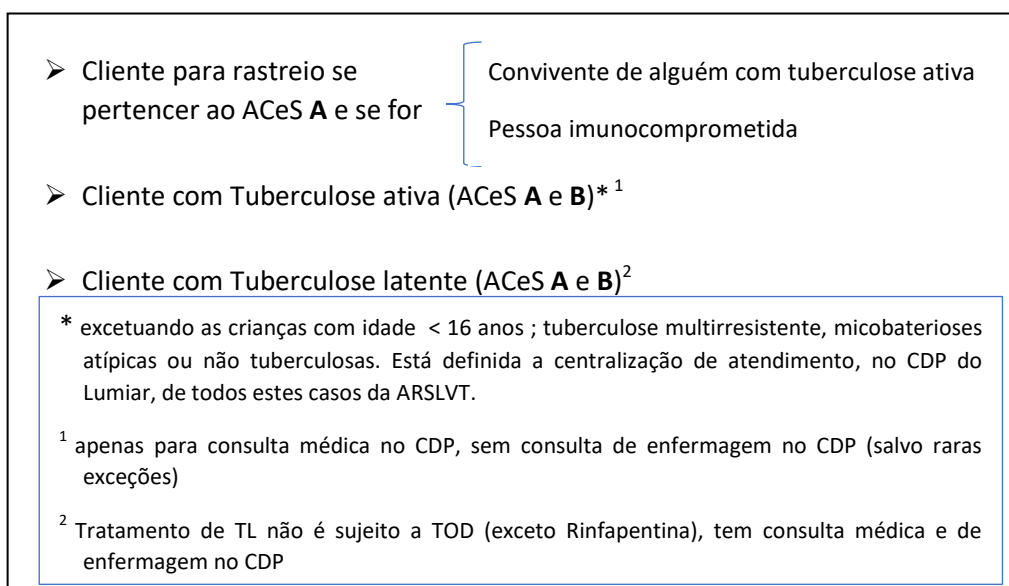
Ano	Não casos	Casos	Sexo	Idade (anos)			
				Média idade	Idade mediana	Idade Máx	Idade mín
2019	9	63	Feminino= 28	32,64	42	81	8
			Masculino= 35	41,31	47	81	25
2020	1	11	Feminino= 4	33,00	24	52	4
			Masculino= 7	33,29	40	61	1

Fonte: SINAVE

Esta diferença de números pode estar relacionada com o facto de o SINAVE e o SVIG-TB serem sistemas independentes e, aparentemente, sem interoperabilidade (Loyens, 2020; Carvalho, 2021; Leite, 2021).

Este CDP recebe as pessoas que são referenciados pelo hospital, médico/enfermeiro das UF do ACeS A e do ACeS de B por se encontrarem infetadas com TB ou em caso de ser convivente de pessoa com tuberculose ativa. Assim, a atuação do enfermeiro do CDP distingue-se pela população na qual intervém e está esquematizada na Figura 3.

Figura 3 – Esquema dos subgrupos da população em que o enfermeiro do CDP intervém



Esta atividade foi fundamental para posteriormente, se avaliar a área de intervenção face à sua exequibilidade.

Para perceção da magnitude dos fenómenos de saúde tão específicos desta UF recorreu-se à base de dados própria do serviço, para conhecer os diagnósticos médicos da população que o CDP assiste, selecionando os casos de “Primeira consulta” (ver Quadro 1), dado que esta UF ainda não ter indicadores no SIARS (Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde).

Quadro 1 - Distribuição das primeiras consultas de acordo com diagnóstico médico e em determinado período de tempo

Diagnóstico / Período	TP	Meningite Tuberculosa	TB	TL	QP	Micobactéria Atípica	TP + TB	Sem diagnóstico
1.1. a 31.12.2020	85	1	62	106	4	3	1	1
<b>Análise comparativa para período homólogo</b>								
1.1 a 31.5.2021	19	0	19	45	1	0	0	0
1.1 a 31.5.2020	48	0	30	57	3	2	0	0

Fonte: Base de dados própria do CDP

Nota – não se fez análise para o ano de 2019 porque os dados disponíveis eram apenas os do último trimestre desse ano.

---

### 3.1.3 - Problemas Identificados

Tavares (1990) descreve o conceito de problema de saúde como um estado considerado deficiente, independentemente de quem faça o julgamento, podendo ser o indivíduo, o médico ou a comunidade. Este passo corresponde à última etapa do diagnóstico de situação.

A problemática mantém-se a que foi descrita no diagnóstico de situação, ou seja, otimizar os registos de enfermagem em SClínico, na CE realizadas no CDP. Tendo em consideração as CE realizadas no CDP, apresentam-se os diagnósticos de enfermagem, elaborados através de linguagem CIPE®:

Problema 1 - Melhorar potencial de conhecimento dos enfermeiros da USP para os RE em SClínico na CE ao cliente com TB.

Problema 2 - Melhorar potencial de conhecimento dos enfermeiros da USP para os RE em SClínico na CE ao cliente para rastreio.

Problema 3 - Melhorar potencial de conhecimento dos enfermeiros da USP para os RE em SClínico na CE ao cliente com TL.

### 3.2 - Determinação de Prioridades

Esta etapa corresponde ao processo de tomada de decisão onde se escolhem os critérios e se faz a sua ponderação (Tavares, 1990).

Por se perceber que a realidade, para cada uma das áreas, era muito díspar houve a necessidade de proceder à priorização dos problemas identificados. Esta priorização foi realizada pela aplicação do método de Halon. Este método determinada a prioridade segundo a magnitude, a gravidade, a eficácia e a exequibilidade, através da seguinte fórmula:

**(Magnitude + Gravidade) x Eficácia x Exequibilidade**

O que corresponde respetivamente a  $(A + B) \times C \times D$ .

Quadro 2- Priorização dos problemas identificados através do Método de Halon

	Melhorar potencial de conhecimento dos enfermeiros da USP para os RE em SClínico na CE ao cliente...		
	Com TB (Problema 1)	Para rastreio (Problema 2)	Com TL (Problema 3)
A	5	8	10
B	10	8	9
C	0.5	1	1.5
D	0	1	1

A partir da análise do Quadro 2, identifica-se que o Problema 3 - “Melhorar potencial de conhecimento dos enfermeiros da USP para os RE em SClínico na CE ao cliente com TL” é o problema com maior prioridade.

Este problema insere-se na gestão programática da TL e pode colaborar para a descrição do fenómeno para análise local mas também nacional.

Estes parâmetros foram discutidos em reunião com os enfermeiros orientadores e com o enfermeiro do CDP.

### 3.3 - Fixação de Objetivos

A fixação dos objetivos corresponde à terceira etapa do processo de planeamento. Em que a sua descrição deve conter de que forma se conduz a tomada de decisão para o decurso do planeamento e a gestão do próprio projeto (Tavares, 1990). O mesmo autor indica que o objetivo geral corresponde ao que “*se pretende atingir, mas formulado de uma maneira genérica*” e que os objetivos específicos “*detalham, particularizam, os aspetos dessa situação*” (Tavares, 1990, p. 117). Acrescenta-se que a implementação de um projeto também necessita de metas bem definidas e indicadores apropriados ao que se pretende medir (Tavares, 1990).

Como tal, para este projeto, delineou-se um objetivo geral, quatro específicos e as respetivas metas, os quais estão descritos abaixo.

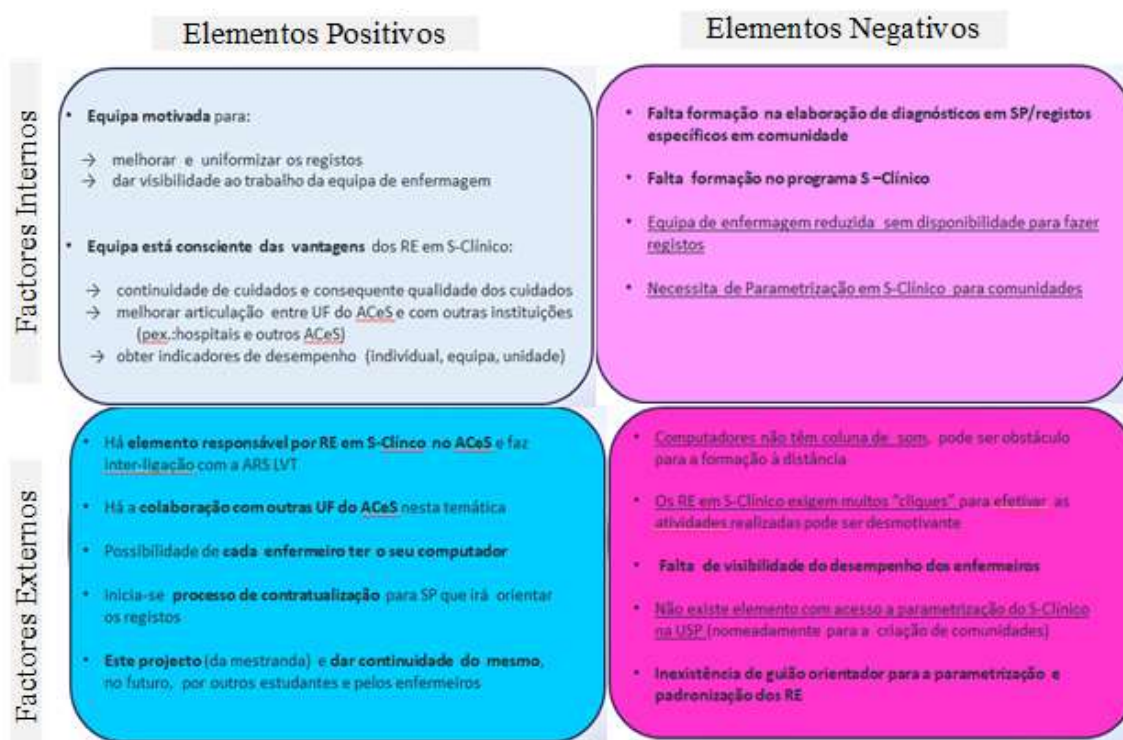
<p><b>⇒ Objetivo Geral</b></p> <p>Melhorar potencial de conhecimento para realizar RE em SClínico, na consulta de enfermagem ao cliente com TL, que decorre no CDP.</p>			
<p><b>→ Objetivos específicos</b></p>			
<p>Sensibilizar para a importância do projeto face à sua finalidade na USP</p>	<p>Criar padrão documental com as Intervenções de diagnóstico para a CE ao cliente com TL</p>	<p>Elaborar guia orientador para os RE em SClínico, no CDP da USP</p>	<p>Propor processo de melhoria contínua da qualidade da CE ao cliente com TL</p>
<p><b>→ Objetivos operacionais</b></p>			
<p><b>1.</b> Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância da vigilância do DE e em que medida este projeto se insere</p>	<p>Construir o padrão documental com as Intervenções de diagnóstico para a CE ao cliente com TL</p>	<p>Elaborar guia orientador para os RE em SClínico, no CDP da USP</p>	<p>Elaborar documento com a descrição do processo de melhoria contínua da qualidade da CE ao cliente com TL</p>
<p><b>2.</b> Sensibilizar a equipa de enfermagem do CDP para os conceitos básicos dos RE em SClínico</p>			

• <u>Metas</u>			
1. Que 50% da equipa multidisciplinar participe no momento formativo “ <i>Journal Club</i> ”	Ter o padrão documental com as Intervenções de diagnóstico a implementar na CE ao cliente com TL, disponível para a equipa de enfermagem da USP, em formato digital	Ter o documento que serve de guia redigido, em suporte digital	Que se definam indicadores para a visibilidade dos ganhos em saúde obtidos através dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, no âmbito da CE ao cliente com TL, reunidos em documento digital
2. Que 80% da equipa de enfermagem participe na acção de formação sobre os conceitos base para RE em SClínico.			

### 3.4 - Seleção de Estratégias

As estratégias são o “conjunto de procedimentos a adoptar, com consistência interna e que represente, acima de tudo, uma atitude face a um futuro possível, devendo resultar de uma acção colectiva em que os diversos actores aprendam conjuntamente” (Brissos, 2004, p.47). Por esta razão, foi-se “revisitar” as ideias obtidas no diagnóstico, nomeadamente, as descritas na matriz SWOT. Por isso, fez-se uma síntese com as ideias-chave (Figura 4) que permitiu a reflexão sobre a abordagem da problemática tendo em atenção a diminuição das ameaças e das fraquezas mencionadas bem como a potenciação das forças e das oportunidades.

Figura 4 - Matriz SWOT "revistada"



Um das estratégias utilizadas foi o acompanhamento do enfermeiro que está adstrito a esta UF e que é o responsável por todas as CE, para perceber os seguintes aspetos:

- os DE mais utilizados nos RE em SClínico;
- os DE disponíveis no SClínico;
- os DE identificados, mas não registados em SClínico;
- os fatores facilitadores e os dificultadores para a realização dos DE;
- os fatores facilitadores/dificultadores para a realização dos RE.

Nesta fase do projeto decidiu-se que seria pertinente atribuir-lhe um nome, para que a equipa se apropria-se do mesmo e das mudanças que estavam a acontecer. O projeto ficou com o nome de **"Registo, logo existo"** aludindo que apenas o que se regista é que existe materialmente. Conseqüentemente, só esses dados são passíveis de ser analisados para obter e medir os resultados das intervenções de enfermagem decorrentes da tomada de decisão.

---

A finalidade desta etapa é a preparação da comunidade para a transição saudável (Meleis, 2018; Tavares, 1990). Como tal, optou-se por sustentar a implementação do projeto no descrito sobre a teoria das Transições, balizando-a com os fatores facilitadores e dificultadores de transição cruzando com os achados descritos na imagem anterior.

Seguindo esta linha de pensamento, foi tido em consideração as propriedades da natureza das transições, pensando em intervenções de enfermagem que permitissem promover a preparação antecipatória, aumentar a consciencialização, o envolvimento e as mudanças durante as transições, bem como facilitar a aquisição de conhecimento e habilidades da comunidade alvo (enfermeiros) (Meleis, 2018).

Com estratégia foi também utilizar os diferentes momentos de contacto com a equipa como oportunidades para:

- incentivar a discussão para verbalização dos fatores condicionante e/ ou facilitador da transição e da identificação da(s) respetiva(s) atitude (s) (correção ou promoção) (Tavares, 1990; Meleis, 2018);
- o reforço positivo da capacidade de adaptação encontrada perante gestão de uma pandemia e a utilização de meios tecnológicos (Tavares, 1990; Meleis, 2018);
- promover o envolvimento da equipa multidisciplinar e da comunidade alvo através da divulgação do projeto e da pertinência dos DE para a determinação e análise de fenómenos em saúde (Tavares, 1990; MacArthur, 2002; Santos, E. *et al* 2015; DGS, 2015a; Meleis, 2018; Melo, 2020);
- formação contínua no âmbito dos RE em SClinico na CE para obtenção de ganhos em saúde (Tavares, 1990; OE, 2001,2003, 2015a; Meleis, 2018);
- estabelecer e/ou fortalecer parcerias (DGS, 2015a; OE, 2017; Melo, 2020, 2021);
- produção de documentos informativos atendendo às suas necessidades expressas, sentidas e reais (OE, 2017; Meleis, 2018).

---

### 3.5 - Preparação Operacional e execução do Projeto

Tavares (1990) refere que “cada actividade contribui para a obtenção de um objectivo específico, por sua vez contribuindo para a consecução de um objectivo geral. O conjunto total das actividades permite assim atingir plenamente o objectivo geral do projeto” (Tavares, 1990, p. 134). Portanto, esta fase consiste num “conjunto de actividades (tarefas) que decorrem num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um Programa” (Tavares, 1990, p. 39).

O conjunto de actividades delineadas está, seguidamente, descrito e associado ao respetivo objetivo que as engloba, seguido dos indicadores de avaliação.

#### **Objetivo Operacional 1**

- Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância da vigilância do DE e em que medida este projeto se insere
- Sensibilizar a equipa de enfermagem do CDP para os conceitos básicos dos RE em SClínico

#### **Atividades desenvolvidas:**

- Pesquisa bibliográfica de prática baseada na evidência, documentos normativos nacionais e internacionais;
- Discussão de estratégias que possam minimizar as dificuldades operacionais/organizacionais, nomeadamente designação de um elemento da USP com perfil de parametrizador e de um elemento dinamizador no âmbito dos RE em SClínico;
- Implementação de todos os procedimentos necessários para apresentação da ação de formação 1 - “Na pista dos pegaDados”, inserida no *Journal Club* e dirigida à equipa multidisciplinar da USP (Apêndice III);
- Explanação da importância da vigilância epidemiológica dos DE e apresentação do projeto “Registo, logo existo” incluída na ação de formação 1;
- Realização de todos os procedimentos necessários para a concretização da ação de formação 2 - “Conceitos base para RE em SClínico” (Apêndice IV).

<p><b>Indicadores de processo ou atividade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Taxa de concretização de ações de formação</li> <li>✓ Taxa de adesão à formação 1 e taxa de adesão à formação 2</li> </ul>
<p><b>Indicadores de Resultado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Taxa de satisfação da formação 2 (Apêndice V)</li> </ul>

<p><b><u>Objetivo Operacional 2</u></b></p> <p>Construir o padrão documental com as Intervenções de diagnóstico para a CE ao cliente com TL</p>
<p><b>Atividades desenvolvidas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesquisa bibliográfica de práticas baseadas na evidência, documentos normativos nacionais e internacionais;</li> <li>- Discussão com a equipa das informações encontradas e com o elo de ligação do ACeS para este domínio;</li> <li>- Calendarização, com enfermeiro do CDP, para dias de estágios nessa UF;</li> <li>- Proceder aos requisitos necessários para formar o painel de consenso, utilizando a técnica de Delphi em formato digital;</li> <li>- Apresentação, em ação de formação, do resultado obtido sobre as intervenções de diagnóstico, a ser submetido a painel de consenso, pela técnica de Delphi, antes do envio para os peritos;</li> <li>- Realização painel de consenso com a técnica de Delphi em formato digital (Apêndice VI);</li> <li>- Construção do padrão documental com os resultados obtidos painel de consenso (Apêndice VII).</li> </ul>
<p><b>Indicadores de processo ou atividade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Taxa de concretização painel de consenso</li> <li>✓ Taxa de concretização do documento</li> </ul>

---

### **Objetivo Operacional 3**

Elaborar guia orientador para os RE em SClínico, no CDP da USP

#### **Atividades desenvolvidas:**

- Pesquisa bibliográfica em práticas baseada na evidência, documentos normativos nacionais e internacionais;
- Discussão com a equipa das informações encontradas;
- Construção de Guia de registo orientador para os RE em SClínico, no CDP da USP (Apêndice VIII).

#### **Indicadores de processo ou atividade**

- ✓ Taxa de concretização das atividades
- ✓ Taxa de concretização do documento

### **Objetivo Operacional 4**

Elaborar documento com a descrição do processo de melhoria contínua da qualidade da CE ao cliente com TL

#### **Atividades desenvolvidas:**

- Pesquisa bibliográfica em práticas baseada na evidência, documentos normativos nacionais e internacionais;
- Discussão com a equipa das informações encontradas;
- Construção de documento implementar na USP com base no normativo da ACSS (Apêndice IX).

#### **Indicadores de processo ou atividade**

- ✓ Taxa de concretização das atividades
- ✓ Taxa de concretização do documento

### **3.6 - Avaliação**

A função desta etapa do planeamento é determinar o grau de sucesso na concretização de um objetivo, confrontando-o com critérios ou normas para lhe atribuir um julgamento (Tavares, 1990).

Esquematiza-se a avaliação do projeto para cada objetivo operacional definido de acordo com resultado de indicador de atividade e respectiva meta final.

<b>Objetivo Operacional</b>	<b>Indicador de Atividade</b>	<b>Resultado do indicador de Atividade</b>	<b>Meta proposta</b>	<b>Meta final</b>
<b>Objetivo 1</b>	Taxa de concretização da ação de formação	100%	Que 50% da equipa multidisciplinar participe no momento formativo “ <i>Journal Club</i> ”	100% Atingido
	Taxa de adesão à formação 1	70%		
	Taxa de concretização da ação de formação	100%	Que 80% da equipa de enfermagem participe na ação de formação sobre os conceitos base para RE em SClínico	100% Atingido
	Taxa de adesão à formação 2	100%		
<b>Objetivo 2</b>	Taxa de concretização painel de consenso	100%	Ter o padrão documental com as intervenções de diagnóstico que obtenham concordância $\geq 80\%$ com valor $\geq 4$ na escala, no painel de consenso, em formato digital	100% Atingido
	Taxa de concretização do documento	100%		

Objetivo Operacional	Indicador de Atividade	Resultado do indicador de Atividade	Meta proposta	Meta final
Objetivo 3	Taxa de concretização das actividades	100%	Ter o documento que serve de guia orientador, em suporte digital	100% Atingido
	Taxa de concretização do documento	100%		
Objetivo 4	Taxa de concretização das actividades	100%	Que se definam indicadores para a visibilidade dos ganhos em saúde obtidos através dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, no âmbito da CE ao cliente com TL, reunidos em documento digital	100% Atingido
	Taxa de concretização do documento	100%		

A avaliação do projeto incide sobretudo nos indicadores de atividade, em virtude da limitação de tempo do estágio. Assim, importa referir no que concerne ao objetivo 1, apesar da ação de formação 1 não contemplar avaliação de satisfação dos participantes, devido ao regular funcionamento do *Journal Club* da USP, há a

---

mencionar o facto de que os participantes manifestaram interesse na temática apresentada e por esta ter desencadeado discussão.

Na ação de formação 2, foi solicitado aos participantes desta atividade que procedessem à avaliação da satisfação da mesma. Esta avaliação teve o intuito de contribuir para o planeamento das próximas ações de formação sobre os RE em SClínico, uma vez que estava presente o elemento com perfil de parametrizador que estará responsável por dar apoio à USP. Destaca-se que dos resultados obtidos desta avaliação que, apesar do elevado grau de satisfação dos participantes, manifestaram necessidade de mais formação na componente prática e de mais sessões de formações para aumentar domínio da temática. Estes resultados estão descritos no Apêndice V.

Relativamente ao objetivo 2, foi definido previamente que o critério de inclusão que o documento do padrão documental seria composto apenas com as intervenções de diagnóstico que obtivessem *score*  $\geq 80\%$  de concordância e com valor  $\geq 4$  na escala de Likert, no painel de consenso de peritos. Estes critérios estão fundamentados na pesquisa realizada e pela limitação do recurso temporal. Por estas circunstâncias, sugere-se que a equipa continue com a construção e atualização contínua do documento para que este reflita as melhores práticas.

O documento que serve de guia de orientador para os RE em SClínico foi elaborado e ficará disponível em suporte digital para toda a equipa de enfermagem da USP, concretizando-se o objetivo 3. Este documento tem como finalidade facilitar a uniformização dos RE e, quando necessário, contribuir para a integração de novos profissionais. A sua elaboração atendeu aos passos básicos dos RE no aplicativo SClínico que, na sua maioria, são comuns a qualquer área de intervenção do enfermeiro na USP possibilitando que todos os elementos da equipa o possam utilizar, nas suas áreas de intervenção.

Relativamente aos indicadores de impacto, estes não são passíveis de avaliar devido ao facto do projeto não estar implementado. Porém, deixa-se a sugestão de os avaliar no prazo de 6 e 12 meses após a implementação, estando descritos no Apêndice IX. Este documento corresponde ao que se elaborou para dar cumprimento ao objetivo 4. Ressalva-se que este foi construído cumprindo as

---

indicações da ACSS (2020), pelo que poderá ser, futuramente, submetido à apreciação do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS.

À luz da teoria de Meleis, há a referir que durante o estágio foi possível observar alterações organizacionais e de comportamento positivas para a transição. Nomeadamente, no número de DE registados na CE (embora não tenha sido possível explorar mais esta evidência, por limitação de tempo); o entusiasmo da equipa na participação das atividades; a designação do acima referido elemento com perfil de parametrizador, com o qual o enfermeiro em funções de gestão já reuniu e delinearão algumas estratégias, nomeadamente formativas e a escolha do enfermeiro que terá a função de elo de ligação da equipa e na equipa. Estes aspetos podem ser preditores de a comunidade alvo estar no curso de uma transição saudável.

Futuramente pretende-se que a comunidade (enfermeiros da USP) tenha como padrão de resposta a realização de RE em SClínico mas que esta seja feita com sentido no propósito e de forma consciente para uma causa maior, os ganhos em saúde e a qualidade dos cuidados. Contrariando a mudança normativa, desprovida de significado e rotulada por uma tarefa árdua a acrescer ao seu desempenho diário.

---

#### 4 - ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Ao chegar à elaboração deste capítulo e após a descrição de todo o percurso desenvolvido, a reflexão surge como que de forma inevitável ou indissociável. Relembrar as aprendizagens feitas nesta jornada acadêmica, as imensas oportunidades de instigar o conhecimento em áreas até agora desconhecidas, tomar consciência do aperfeiçoamento e da aquisição de novas competências foi acontecendo gradualmente mas sentindo fundamento das mesmas. Como justifica Lucília Nunes (2011, p. 57) “*o cuidado na ação decorre da obrigação profissional assumida de determinado modo*”.

Este relatório espelha como se foram aplicando as competências gerais de especialista, quer as que pertencem ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade; as competências do domínio da gestão dos cuidados e as competências do domínio das aprendizagens profissionais, que constam no Regulamento nº 140/2019. Porém, há a clarificar que se deu cumprimento às questões ético-legais necessárias à aplicação do projeto de intervenção comunitária, em virtude de se garantir o anonimato da instituição e dos seus profissionais por se ter obtido autorização e o próprio instrumento utilizado para a recolha de dados obedecia ao critério de anonimato. Também se garantiu a informação necessária e o respetivo pedido de consentimento informado a cada um dos intervenientes da comunidade alvo (enfermeiros da USP), respeitando assim a sua individualidade. A consulta de dados em saúde foi realizada no âmbito regular do exercício profissional do enfermeiro orientador ou do elemento chave.

A procura de informação com base nas melhores evidências científicas e em documentos normativos de orientação estratégica *top-down* são o reflexo da autoaprendizagem auto-orientada.

No âmbito da formação, há a salientar que a USP organiza, quinzenalmente, formação em serviço de carácter multidisciplinar, denominado de “*Journal Club*”,

---

para estimular a reflexão e debate de temáticas do âmbito da SP. Nesse contexto, houve a oportunidade de assistir e participar em várias dessas sessões. Conforme mencionado anteriormente, teve a responsabilidade de apresentar duas formações, uma de âmbito multidisciplinar e outra restrita à equipa de enfermeiros. Salienta-se a frequência no curso de “*Formação Profissional de Sistemas de Gestão da Qualidade*” (Anexo I) que deu contributos para a consolidação de conhecimentos, com os quais se espera alavancar práticas de qualidade.

Na produção e divulgação científica há a referir a co-autoria de um póster intitulado “*Intervenções utilizadas para a prevenção de hábitos alcoólicos nos adolescentes*”, apresentado no III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem - Enfermagem Especializada: Protagonista no presente inovadora no futuro, no dia 27-11-2020 (Anexo II) e a publicação do resumo deste mesmo trabalho (Anexo III).

Em virtude do estágio ter decorrido numa USP e ao desafio emergente da pandemia, houve a oportunidade de realizar e cooperar na vigilância epidemiológica.

A elaboração do projeto de intervenção comunitária, com base na metodologia do planeamento em saúde, contribuiu para o empoderamento dos enfermeiros, comunidade alvo do projeto. Tendo como resultado a otimização as suas práticas (recorrendo às intervenções de enfermagem autónomas) e, conseqüentemente, na qualidade dos cuidados com vista à obtenção de ganhos em saúde na população em que intervêm (clientes com TL). Com isto pretendeu-se dar visibilidade aos dados sensíveis, desde o nível micro (cliente) até ao nível macro (cumprimento do PNT e do PNSD).

É com a enfermagem avançada que se faz caminho para a precursão dos objetivos estabelecidos mundialmente, pois, os enfermeiros especialistas têm “*maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal – baseado em teorias de enfermagem que têm por “Core” o diagnóstico e assistência em face das respostas humanas às*

---

*transições vividas; e mais competência de tomada de decisão” (Paiva e Silva, 2007, p.18).*

A investigação em enfermagem produz conhecimento mas, este deve ser conduzido para a prática baseada na evidência, contribuindo para a melhoria dos cuidados e otimizar dos resultados em saúde (Vieira, 2015).

No que concerne ao domínio do conjunto de competências correspondentes ao final do segundo ciclo de qualificação, ou seja, do mestrado há a referir que preconizam competências gerais – instrumentais, interpessoais e sistémicas – e de natureza específica associadas à área de formação e onde as componentes de projeto desempenham um papel importante (DL nº 74/2006), as quais também foram desenvolvidas.

---

---

## 5 - CONCLUSÃO

Ao longo do relatório, a palavra “informação” foi uma das mais utilizadas, pois dela provêm “dados” que, no âmbito do exercício do EEEC, são uma das suas principais ferramentas. É com o contributo deles que se consegue fazer a caracterização do perfil de saúde a uma comunidade ou para a construção dos DE, após a observação da pessoa para a qual se planeiam cuidados personalizados, se intervém e se esperam determinados resultados. Portanto, percebe-se que a qualidade da informação que é introduzida nos SIE contribui para a decisão autónoma do EESC.

Acredita-se que com o projeto desenvolvido, a comunidade dos enfermeiros ficou com mais estratégias para melhorar os seus conhecimentos para efetuar RE em SClínico, promovendo o empoderamento e uma maior visibilidade na sua intervenção ao cliente com TL

Como referido, a equipa foi mostrando indícios de comportamentos característicos de uma transição saudável, mesmo estando numa fase inicial. Espera-se que no final da transição, a atuação do enfermeiro na CE para o cliente com TL, documente nos RE em SClínico, a sua prática no âmbito da prevenção da doença (TB) e/ou complicações (da quimioprofilaxia). Recorrendo (sobretudo) às intervenções autónomas dos enfermeiros por permitirem dar mais visibilidade ao seu trabalho, assegurando a qualidade dos cuidados que prestam e podendo mensurar os ganhos em saúde.

Para dar continuação a este processo, foi-lhes sugerido que reflectissem sobre:

- Definir um elemento da equipa da USP para ser dinamizador na área dos RE;
- Dar continuidade à elaboração do padrão documental e, eventualmente, do painel de consenso;

- 
- Elaborar norma de procedimento para os RE (para posteriormente ser facilitador em caso de auditoria e avaliação de desempenho);
  - Implementar auditoria aos registos aplicando o ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act);
  - Sugerir à ARSLVT, aquando da retoma das reuniões sobre parametrização, que esta área fosse sujeita a um consenso mais abrangente.

Considera-se que este projeto pode ser um pequeno contributo para a visão macroscópica do sistema, mas, aparentemente, acrescentou manancial de conhecimento, ferramentas e reforço positivo em dar continuidade a esta transição de pensar e agir por parte da comunidade dos enfermeiros da USP.

Acresce reforçar que o EEEEC tem responsabilidade de responder às demandas da OMS e de outros organismos, através da sua intervenção na operacionalização das políticas, independentemente do nível em que estas se situam, por ser detentor de competências únicas. Estas são fundamentais para (ajudar) desenvolver ferramentas apropriadas para a visibilidade da sua atividade (ao demonstrar os ganhos em saúde) e contribuir para o estudo dos fenómenos de enfermagem, na sua área de atuação. Só através da relação recíproca entre a prática e a investigação, se consegue ir mais além (enfermagem avançada), sendo estes produtos, contributos fortes para alavancar a análise global dos programas de saúde e promover a cultura da qualidade e segurança dos cuidados.

O trabalho apresentado foi fruto de alguns condicionalismos que foram ditando a trajetória do mesmo. Pelo que se assume haver espaço para investigar e intervir mais e melhor nesta temática, que se pode justificar pela parca bibliografia que incidisse em DE ao cliente infectado com o bacilo de Koch em contexto comunitário, pelas circunstâncias particulares nas quais o projeto foi desenhado; porém foi o possível face aos recursos disponíveis.

---

As descrições anteriores revestem a justificação pela continuidade deste projeto pois, como refere Hesbeen *“o processo que conduzirá a uma maior qualidade decorre num caminho sem fim”* (2001, p.177).

Com o percurso construído e aqui relatado, pode-se afirmar que foram desenvolvidas as competências comuns de EE e as específicas na área de SCSP, tal como as competências de mestre.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde (2020). Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários Biénio 2020 / 2021. [https%3A%2F%2Fbicsp.min-saude.pt%2Fpt%2Fbiblioteca%2FBiblioteca%2FACSS-Operacionalizacao\\_CSP\\_2021\\_2020-VFINAL.pdf&clen=1640812&chunk=true](https%3A%2F%2Fbicsp.min-saude.pt%2Fpt%2Fbiblioteca%2FBiblioteca%2FACSS-Operacionalizacao_CSP_2021_2020-VFINAL.pdf&clen=1640812&chunk=true)

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde (s.d.). Qualidade na Saúde. <https://www2.acss.min-saude.pt>

ARSLVT (2015). ACeS ██████████ PLANEAMENTO DAS UNIDADES DE SAÚDE DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS. Núcleo de Estudos e Planeamento. dezembro 2015

American Psychological Association. (2020). APA style blog. <https://apastyle.apa.org/blog>

Barroso, F., Sales, L., Ramos, S. (2021). Guia prático para a segurança do doente. Lidel. ISBN: 978-989-752-414-1.

Benner, P. (2005). De Iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de Enfermagem. Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X.

Bibliotecas do Politécnico de Leiria (12.maio.2021). *Guia para a elaboração de citações e referências bibliográficas – Normas APA 7.ª Edição*. [https://www.ipleiria.pt/sdoc/wp-content/uploads/sites/10/2021/05/Guia\\_APA\\_7%C2%AAEd.\\_v1.pdf](https://www.ipleiria.pt/sdoc/wp-content/uploads/sites/10/2021/05/Guia_APA_7%C2%AAEd._v1.pdf)

BI-CSP – Bilhete de Identidade dos Cuidados de saúde Primários (s.d.). <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30014/3113303/Pages/default.aspx>

Brissos, M. (2004). O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol.22, N.º1. p. 43-55. <http://hdl.handle.net/10362/100125>

Campos, F., Faria, H., & Santos, A. (2018). Planeamento, avaliação e programação das ações de saúde. Belo Horizonte: NESCON/UFMG.

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>.

Carvalho, C., Sardenberg, C., Matos, A., Cendoroglo Neto, M., & Santos, B. (2004). Qualidade em Saúde: Conceitos, Desafios e Perspectivas. *Brazilian Journal of Nephrology*, 26(4), 216-222. [https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn\\_v26n4a05.pdf](https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v26n4a05.pdf)

Carvalho C. (2021, Julho 22-23). *Sistemas de informação e vigilância epidemiológica em saúde pública* [Paper apresentado em conferência]. 3<sup>rd</sup> Statistics on Health Decision Making, Universidade de Aveiro, Portugal. <https://www.ua.pt/pt/estatisticamedica/3rd-statistics-on-health-decision-making>

Castro, A., Mendes, M., Freitas, S., & Roxo, P. (2015). Incidence and risk factors of major toxicity associated to first-line antituberculosis drugs for latent and active tuberculosis during a period of 10 years. *Revista portuguesa de pneumologia*, 21(3), 144–150. <https://doi.org/10.1016/j.rppnen.2014.08.004>

Costa, L. e Hoffmann, A. (2015) - Proposta de metodologia de planejamento estratégico para uma empresa de serviços. Comunicação apresentada no Congresso Nacional de Excelência em Gestão. Rio de Janeiro. ISSN 1984-9354. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/proposta-metodologia-hoffmann.pdf> consultado a 8.5.2021

Costa, L. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>

Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República: I-A Série* (Nº 60 de 24-03-2006), 2242-2257. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>

Decreto-Lei nº28/2008 (2008). Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde. *Diário da República: I Série* (Nº 38 de 22-02-2008), 1182-1189. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

Decreto-Lei n.º 81/2009 (2009). Reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos

de centros de saúde. *Diário da República*: I Série (Nº 65 de 02-04-2009), 2058-2062. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/81-2009-603228>

Decreto-Lei n.º 253/2012 (2012). Procede à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, relativo à criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, no que respeita ao critério geodemográfico da sua implantação, à designação dos diretores executivos e à composição dos conselhos clínicos e de saúde. *Diário da República*: I Série (Nº 229 de 27-11-2012), 6757-6767. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/253-2012-191138>

Delgado, R. & Albuquerque, A. (1998). Guia orientador sobre registos de enfermagem. *Revista Referência*. N.º1. p. 83-84

Despacho nº 23825/2005 (2005). Materialização da gestão participada e a descentralização do Serviço Nacional de Saúde, através da introdução de uma cultura de contratualização no sistema de saúde. *Diário da República*: II Série (Nº 224 de 22-11-2016), 16258. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/23825-2005-1959840>

Despacho n.º 1400-A/2015 (2015). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*: II Série (Nº 28 de 10-02-2015), 3882(2)- 3882(10). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

Despacho n.º 1150/2021 (2021) Doenças de notificação obrigatória a notificar na plataforma de apoio ao SINAVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica) ou no SI-Vida (Sistema de informação VIH/SIDA). *Diário da República*: II Série (Nº 19 de 28-01-2021), 137-190. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1150-2021-155575942>

DGS - Direcção-Geral da Saúde (s.d.). Tuberculose: Centros de Diagnóstico Pneumológico. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/tuberculose1/centros-de-diagnostico-pneumologico.aspx>

DGS - Direcção-Geral da Saúde (2015a). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. Lisboa. Maio 2015. <http%3A%2F%2Fpns.dgs.pt%2Ffiles%2F2015%2F06%2FPlano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf&clen=1362473&chunk=true>

- DGS - Direcção-Geral da Saúde (2015b). Resenha dos Planos de Saúde: Nacional - Regionais – Locais: plano nacional de saúde e estratégias locais de saúde. Lisboa. Novembro 2015.  
<http%3A%2F%2F1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com%2Ffiles%2F2015%2F12%2FResenhaPlanosSa%25C3%25BAdeNacionalRegionaisLocais1.pdf&clem=3958849&chunk=true>
- DGS - Direcção-Geral da Saúde (2017a) - Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional. Contratualização dos Serviços de Saúde Pública Locais. <https://www.sns.gov.pt/2017/10/09/consulta-publica-reforma-da-saude-publica-nacional/>
- DGS - Direcção-Geral da Saúde (2017b). Manual de Standards: Unidades de Gestão Clínica. *Estratégia Nacional Para a Qualidade Na Saúde*, 1–170. <https://pt.scribd.com/document/475305603/Manual-de-standads-DGS-pdf>
- DGS - Direcção-Geral da Saúde (2020a). Manual de Tuberculose e Micobactérias não tuberculosas. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Julho 2020. ISBN: 978-972-675-308-7. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-tuberculose-e-micobacterias-nao-tuberculosas-recomendacoes-pdf.aspx>
- DGS - Direcção-Geral da Saúde (2020b). Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Dezembro 2020. ISBN: 978-972-675-314-8. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/tuberculose1/relatorios.aspx>
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 260(12). <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Donabedian A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of pathology & laboratory medicine*, 114(11), 1115–1118.
- Duarte, R., Carvalho, A., Ferreira, D., Saleiro, S., Lima, R., Mota, M., Raymundo, E., Villar, M., & Correia, A. (2010). Abordagem terapêutica da tuberculose e resolução de alguns problemas associados à medicação. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 16(4), 559–572. [https://doi.org/10.1016/S0873-2159\(15\)30052-0](https://doi.org/10.1016/S0873-2159(15)30052-0)
- Duarte, R., Villar, M., & Carvalho, A. (2010). Tratamento da tuberculose de infecção latente. As recomendações actuais. *Revista Portuguesa de*

*Pneumologia*, 16(5), 809–814. [https://doi.org/10.1016/S0873-2159\(15\)30073-8](https://doi.org/10.1016/S0873-2159(15)30073-8)

Felício, M. & Machado, V. (2017). INDICA BEM – Uma Ferramenta para a Apreciação Crítica de Indicadores em Saúde – Guia Orientador (documento em progresso). Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/IndicaBem.pdf>.

Fernandes, S., & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde. Uma revisão de níveis de abordagem. *RISTI – Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*. 19, 34–45. <https://doi.org/10.17013/risti.19.32-45>

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. (3ª ed.). Outubro de 2003. Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X

Fradique, M., Mendes, L. & Silva, A. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, série III (10), 45-53. <https://doi.org/10.12707/RIII12133>

Hanson, S. (2010). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família* (2ª ed.). Lusociência. ISBN: 972-8383-83-5

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Lusociência. ISBN: 972-8383-20-7

ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros (2010). *CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-92-95094-35-2

ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). *CIPE versão 2015: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. ISBN Nacional: 978-989-8444-35-6. ISBN Internacional: 978-92-95099-35-7

ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros (2019, março). *It's time to end TB*. ICN. <https://www.icn.ch/news/its-time-end-tb>

- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde. (E. N. de S. Pública, Ed.) (3ª ed.). Lisboa.
- Imperatori, E. (1994). Qualidade dos cuidados de saúde: uma necessidade. Qualidade dos cuidados, uma necessidade ou seja, porquê qualidade?. Enfermagem em Foco. 15, 19-21
- Instituto Português da Qualidade. (2015). *Módulo 1 O que são Normas e o que é a Normalização? Formação sobre Normalização para Comissões Técnicas*. [https://www.anacom.pt/streaming/Modulo1\\_Normalizacao.pdf?contentId=1347370&field=ATTACHED\\_FILE](https://www.anacom.pt/streaming/Modulo1_Normalizacao.pdf?contentId=1347370&field=ATTACHED_FILE)
- Kumar, V.; Abbas, A. & Aster, J. (2018). Robbins & Cotran basic pathology. (10ª ed.). Elsevier Sanders, cop. XIV, 935 p. ISBN 978-0-323-35317-5
- Leal, M. (2006). A CIPE e a Visibilidade da Enfermagem - Mitos e realidades. Lusociência. 218p. ISBN: 978-9-728-93020-2
- Lei n.º 81/2009 (2009). Institui um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, actualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública. *Diário da República*: II Série (Nº 162 de 21-08-2009), 5491-5495. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/81-2009-488301>
- Leite, A. (2021, Julho 22). *From data to action: the role of statistics in surveillance, monitoring and evaluation in Public Health*. [Paper apresentado em conferência]. 3<sup>rd</sup> Statistics on Health Decision Making, Universidade de Aveiro, Portugal. <https://www.ua.pt/pt/estatisticamedica/3rd-statistics-on-health-decision-making>
- Loyens, D. (2020). *FATORES DE RISCO PARA A PROGRESSÃO DA TUBERCULOSE LATENTE PARA TUBERCULOSE ATIVA EM INDIVÍDUOS QUE REALIZARAM TRATAMENTO PARA A TUBERCULOSE LATENTE ENTRE 2008 E 2016 EM PORTUGAL*. (Dissertação de Mestrado). <https://hdl.handle.net/10216/128478>
- MacArthur, I. (2002). Local environmental health planning: guidance for local and national authorities. *WHO Regional Publications*. vol. 95. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/98412/E76436.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98412/E76436.pdf)

Mão-de-Ferro, A. (1999). Na rota da pedagogia. Colibri. ISBN – 972-772-069-2

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.

Meleis, A., Angelo, M., Loureiro, H., Camarneiro, A., Silva, M., Pedreiro, A., & Mendes, A., Fonseca, A., Rodrigues, R., Carvalho, M., Fernandes, A. & Veríssimo, M. (2015). *Transição para a Reforma: Um programa a implementar em Cuidados de Saúde Primários (1ª ed.)*. ISBN 978-989-20-5903-7. [https://www.researchgate.net/profile/Ana-Pedreiro/publication/283667090\\_Transicao\\_para\\_a\\_Reforma\\_Um\\_programa\\_a\\_a\\_implementar\\_em\\_Cuidados\\_de\\_Saude\\_Primarios/links/56430e0908aeacfd8938a906/Transicao-para-a-Reforma-Um-programa-a-implementar-em-Cuidados-de-Saude-Primarios.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ana-Pedreiro/publication/283667090_Transicao_para_a_Reforma_Um_programa_a_a_implementar_em_Cuidados_de_Saude_Primarios/links/56430e0908aeacfd8938a906/Transicao-para-a-Reforma-Um-programa-a-implementar-em-Cuidados-de-Saude-Primarios.pdf)

Meleis A. (2016). The undeaning transition: Toward becoming a former dean. *Nursing outlook*, 64(2), 186–196. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2015.11.013>

Meleis, AI (2018). *Theoretical nursing: Development and Progress (6ª ed.)*. Wolters Kluwer.

Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (1ª ed.)*. Lidel. ISBN 978-989-752-477-6.

Melo, P. (2021). *Consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários. Guia de decisão clínica (1ª ed.)*. Lidel. ISBN 978-989-752-689-3.

Mendes, O. (2013). *MODELO CLÍNICO DE DADOS DE ENFERMAGEM - A PESSOA DEPENDENTE PARA SE ERGUER, VIRAR OU TRANSFERIR (Dissertação de Mestrado)*. <http://hdl.handle.net/10400.26/9383>

Mendes, V., Santos, E., Santos, I., Silva, I., Silva, L. & Silva, C. (2016). *Matriz*

SWOT como ferramenta estratégica no gerenciamento da assistência de enfermagem: um relato de experiência em um hospital de ensino. *Revista Gestão & Saúde*, 7 (3), p. 1236–1243.

<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3643> consultado a 8.5.2021

Monteiro, B.; Pisco, A.; Cadoso, F.; Bastos, S.; & Reis, M. (2017). Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), p. 725-736. DOI: 10.1590/1413-81232017223.33462016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33462016>

Nightingale, F. *Notes on nursing: what it is and what it is not.* (Carla Ferraz & Germano Sousa, Trads.) (2005). Lusociência. ISBN: 972-8383-92-4

Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes.* Lusociência. ISBN 978-972-8930-67-7

Nunes et al (2010). *Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. Percursos.* N.º 15. p. 3-37. ISSN 1646-5067

Oliveira, C., Bastos, F., e Cruz, I. (2016). Dados para o processo de diagnóstico em enfermagem centrados no autocuidado - gerir regime medicamentoso: uma revisão integrativa da literatura. IN *Jornadas Internacionais de Enfermagem Comunitária 2016*, 21. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/35646>

OE - Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos.* <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

OE - Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários.* Ordem dos Enfermeiros.

OE - Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde.* Outubro de 2007  
chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.ordemenfermeiros.pt%2Farquivo%2Fdocumentosoficiais%2

FDocuments%2FRMDE\_Indicadores-  
VFOut2007.pdf&clen=192970&chunk=true

OE - Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática. Ordem dos Enfermeiros. Maio de 2013. ISBN – 978-989-8444-21-9.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/guia-orientador-de-boas-pr%C3%A1ticas-da-tuberculose-dispon%C3%ADvel-na-%C3%A1rea-das-publica%C3%A7%C3%B5es/>.

OE - Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Código Deontológico do Enfermeiro. Anexo à Lei N.º 156. Diário da República. 1.ª Série, N.º 181, de setembro de 2015.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

OE - Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Enfermagem Comunitária: Um projecto partilhado com o governo escocês e o Serviço Nacional de Saúde da Escócia – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CatalogoCIPE\\_web\\_julho2015.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CatalogoCIPE_web_julho2015.pdf)

OE - Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem comunitária*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto2\\_padroesqualidadece\\_ecomun\\_sfamiliar\\_sp%C3%BAblica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5680/ponto2_padroesqualidadece_ecomun_sfamiliar_sp%C3%BAblica.pdf)

OMS - Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

OMS-OPAS - Organização Mundial da Saúde-Organização Pan-Americana da Saúde (2018). Indicadores de saúde. Elementos conceituais e práticos. Washington, D.C.: OPAS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49057>

ONU - Organização das Nações Unidas. (2015). Transformando nosso mundo: Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nova York.  
<https://unric.org/pt/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/>

- Paiva e Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Formasau. ISBN: 978-972-848-576-4
- Paiva e Silva, A. (2007). *Enfermagem Avançada: Um Sentido Para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina*; *Revista Servir* nº 55 Jan./Fev. p. 11 a 19
- Paiva e Silva, A.; Cardoso, A.; Sequeira, C.; Morais, E.; Bastos, F.; Pereira, F., Padilha, J.; Cruz, I.; Oliveira, M.; Brito, M.; Silva, M.; Machado, N.; Sousa, P.; Sousa, P.; & Paulo Marques, P. (2014). *Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE® - Relatório em 7 volumes*. Ed. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/31982>
- Pearce, C. (2007). Ten steps to carrying out a SWOT analysis: Chris Pearce offers a guide to help nursing leaders analyse their activities. *Nursing anagement [Harrow]*, 14(2), 25. <https://link.gale.com/apps/doc/A163198035/AONE?u=googlescholar&sid=b00kmark-AONE&xid=75e5dd4f>
- Peralta Santos A, Leite A, Silva A (coord.) (2014). *Plano Local de Saúde da [redacted] 2014-2016. (1ª ed.)*. [redacted]: Agrupamento de Centros de Saúde da [redacted] e Câmara Municipal da [redacted], Abril de 2014. ISBN 978-972-8284-78-7
- Pereira, F. (2009). *INFORMAÇÃO E QUALIDADE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS-ESTUDO EMPÍRICO SOBRE UM RESUMO MÍNIMO DE DADOS DE ENFERMAGEM* (Tese de Doutoramento). <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7182>
- Pereira, F., Silva, A., Mendonça, D., & Delaney, C. (2010). Towards a Uniform Nursing Minimum Data Set in Portugal. *Online Journal of Nursing Informatics OJNI*, 14 (2), 1 – 19. [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fojni.org%2F14\\_2%2FPereira.pdf&clen=245834&chunk=true](chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fojni.org%2F14_2%2FPereira.pdf&clen=245834&chunk=true)
- Pereira, R. (2011). *METODOLOGIA DA DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES NO PLANEAMENTO REGIONAL DE SAÚDE: uma proposta* (Dissertação de Mestrado). <http://hdl.handle.net/10362/9583>
- Petronilho, F. (2009). *Produção de indicadores de qualidade: a enfermagem*

que queremos evidenciar. *Revista Sinais Vitais*, 82, 35–43.  
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/63461>

Pezaro, S. & Clyne, W. (2015). Achieving Consensus in the Development of an Online Intervention Designed to Effectively Support Midwives in Work-Related Psychological Distress: Protocol for a Delphi Study. *JMIR RESEARCH PROTOCOLS*, 4(3):e107.  
<http://www.researchprotocols.org/2015/3/e107/>

PORDATA (2015). População residente com 15 e mais anos segundo os Censos: total e por nível de escolaridade completo mais elevado.  
<https://www.pordata.pt>

PORDATA (2021). Município da [REDACTED]. Censos 2021: Resultados Preliminares. Disponível em:  
[https://www.cm\[REDACTED\].pt/images/TERRITORIO/INFORMACAO\\_GEOGRAFICA/PDF/ESTATISTICAS/censos\\_2021\\_resultados\\_preliminares.pdf](https://www.cm[REDACTED].pt/images/TERRITORIO/INFORMACAO_GEOGRAFICA/PDF/ESTATISTICAS/censos_2021_resultados_preliminares.pdf)

Portaria n.º 394-B/2012 (2012). Reorganiza os Agrupamentos de Centros de Saúde integrados na Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo, I. P. I Série,, (N.º 231 de 29-11-2012), 6831 (5)–6832 (11). <https://chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Ffiles.dre.pt%2F1s%2F2012%2F11%2F23101%2F0000500011.pdf&cflen=181932&chunk=true>

Regulamento n.º 348/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário Da República*: II Série (N.º 118 de 19-06-2015), 16481–16486. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/348-2015-67540266>

Regulamento nº 428/2018 (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. *Diário da República*: II série. (N.º 135 de 16 de julho), 19354-19359. <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>

Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista., *Diário da República*. II série. (N.º 26 de 6 de fevereiro), 4744-4750. <https://dre.pt/application/file/a/119189160>

- Sandgren, A., Vonk Noordegraaf-Schouten, M., van Kessel, F., Stuurman, A., Oordt-Speets, A., & van der Werf, M. (2016). Initiation and completion rates for latent tuberculosis infection treatment: A systematic review. *BMC Infectious Diseases*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12879-016-1550-y>
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E. & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE ®. *Millenium*, 49, 153-171. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8083/5685>.
- Santos, P., Nazaré, I., Martins, C., Sá, L., Couto, L., & HESPANHOL, A. (2015). As Normas de Orientação Clínica em Portugal e os Valores dos Doentes. *Acta Med Port.* Nov-Dec; 28(6), 754-759. <https://www.actamedicaportuguesa.com>
- Scarpato, A., Laus, A., Azevedo, A., Freitas, M., Gabriel, C., Chaves, L. (2012). Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Rev Rene*. 13(1):242-251. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027980026>
- Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85. <https://doi.org/10.4000/rccs.343>
- SNS - Serviço Nacional de Saúde (2019). Relatório anual acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas em 2019. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio\\_Anuar\\_Acesso\\_2019.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio_Anuar_Acesso_2019.pdf)
- Silva, A. (2001). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Porto
- Silva, A. (2014). *ATIVIDADE DIAGNÓSTICA DOS ENFERMEIROS NUMA EQUIPA DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIÁRIOS: ESTUDO DE CASO* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/10743>
- Silva, M. (2012). *DEMORA DESDE O APARECIMENTO DOS PRIMEIROS SINTOMAS ATÉ AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE PULMONAR EM PORTUGAL : ANÁLISE DE SOBREVIVÊNCIA* (Dissertação de Mestrado).

Escola Nacional de Saúde Pública.

[https://www.academia.edu/68556215/Demora\\_desde\\_o\\_aparecimento\\_dos\\_primeiros\\_sintomas\\_at%C3%A9\\_ao\\_diagn%C3%B3stico\\_da\\_tuberculose\\_pulmonar\\_em\\_Portugal\\_an%C3%A1lise\\_de\\_sobreviv%C3%Aancia](https://www.academia.edu/68556215/Demora_desde_o_aparecimento_dos_primeiros_sintomas_at%C3%A9_ao_diagn%C3%B3stico_da_tuberculose_pulmonar_em_Portugal_an%C3%A1lise_de_sobreviv%C3%Aancia)

Sousa, P. (2006). Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*. ISSN 1646-0758. N.º 19. p. 309-318

Sousa, P. F.S. (2006). Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem Entre Contextos de Cuidados de Saúde. Um modelo explicativo. (1ª ed.). Formasau. ISBN 972-8485-75-1

SPMS –Serviços Partilhados do ministério da saúde (agosto 2017). SClínico – Processo de Enfermagem: manual de utilizador. disponível no aplicativo SClínico

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade, centrados na população. (7ª ed). Lusodidacta

Stuurman, A., Vonk Noordegraaf-Schouten, M., van Kessel, F., Oordt- Speets, A., Sandgren, A., & van der Werf, M. (2016). Interventions for improving adherence to treatment for latent tuberculosis infection: A systematic review. *BMC Infectious Diseases*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12879-016-1549-4>

Tavares, A. (1990). Métodos e técnicas de planeamento em saúde. Caderno de Formação, n.º 2. Lisboa: Ministério da Saúde. DRHS.

Tavares e Castro, A.; Mendes, M.; Freitas, S.; Roxo, P. (2015). Incidência e fatores de risco de toxicidade importante associada a drogas antituberculose de primeira linha para latentes e tuberculose ativa durante um período de 10 anos. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 21(3), p. 144-150. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169737162007>

Tomaz, A. (2019). OLHARES DOS ENFERMEIROS SOBRE A QUALIDADE ASSISTENCIAL NUM CENTRO MATERNO INFANTIL. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/28022>

Tomey, A. M., e Alligood, M. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra – Modelos e Teorias de Enfermagem. (5ª ed.). Lusociência

- Vieira, J. (2015). A investigação em enfermagem. *Revista Clínica do Hospital Dr. Fernando da Fonseca* 3(1): 5-5.
- WHO - World Health Organization. (2018). *Latent tuberculosis infection: updated and consolidated guidelines for programmatic management*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260233>
- WHO - World Health Organization. (2019). *Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability*. The Global Health Observatory. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>
- WHO - World Health Organization. (2020a). *GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT 2020*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf>
- WHO - World Health Organization. (2020b). Global Tuberculosis Report: Executive Summary 2020. *World Health Organization*. Geneva. Vol. 1, Issue 1. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2020>
- WHO - World Health Organization. (2020c). *Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability*. [who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates](https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates)
- WHO - World Health Organization. (2021). *Global Tuberculosis Report 2021*. Geneva ISBN 978-92-4-003702-1. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240037021>
- WHO - World Health Organization Africa. (2021). As mortes por tuberculose aumentam pela primeira vez em mais de uma década devido à pandemia da COVID-19. 14-outubro-2021. <https://www.afro.who.int/node/15351>
- Wright, J. & Giovinazzo, R. (2000). DELPHI - uma ferramenta de apoio ao planeamento prospetivo. *Caderno de Pesquisas em Administração*, 1(abr./ju 2000), 54-65

## APÊNDICES



## **Apêndice I - Cronograma**

Cronograma	1ª sem.	2ª sem.	3ª sem.	4ª sem.	5ª sem.	6ª sem.	7ª sem.	8ª sem.	9ª sem.	10ª sem.	11ª sem.	12ª sem.	13ª sem.	14ª sem.	15ª sem.
Revisão Bibliográfica															
Diagnóstico de situação															
Definição de prioridades															
Fixação de <u>Objetivos</u>															
Seleção de <u>estratégias</u>															
Elaboração <u>Projeto</u>															
Preparação da execução															
Implementação															
Avaliação															

**Apêndice II – Diagnóstico de situação: *Brainstorming* sob a matriz**

## Diagnóstico de Situação

### *Brainstorming sob a matriz SWOT*

Ambos os enfermeiros orientadores, enquanto informadores chave, expressaram como necessidade sentida a prioridade em: implementar (ou melhorar) os registos de enfermagem em SClínico, em todas as valências da USP. Também realçaram que esta era uma necessidade anteriormente sentida, mas que o surgimento da pandemia lhe deu maior destaque, tornando-se prioritária.

Para aprofundar melhor esta necessidade expressa pelos informadores chave, foi agendada uma reunião virtual com todos os enfermeiros da US, para garantir a participação de todos e envolvê-los na tomada de decisão. E, em simultâneo, perceber a dinâmica da equipa, a forma dela comunicar e promover a reflexão conjunta acerca da problemática identificada pelos informadores chave. Esta estratégia de envolver a comunidade (equipa) foi propositada por esta ser uma mais-valia. Está descrito que incentivar a participação da comunidade, envolvendo-a desde o início do planeamento, reduz os obstáculos relativos à sua atitude no momento da intervenção e os resultados são mais tangíveis e positivos (MacArthur, 2002; Santos, E. *et al* 2015, Meleis, 2018). Contribuindo assim, para uma transição de indicadores de resultado e de processo positivos.

A reunião alicerçou-se na técnica de *“Brainstorming* com vista a identificar problemas e necessidades através do processo criativo, em que os participantes produzem ideias sem crítica e sem avaliação, a partir da premissa:

***“Analisar a implementação dos registos de Enfermagem em SClínico, na USP”.***

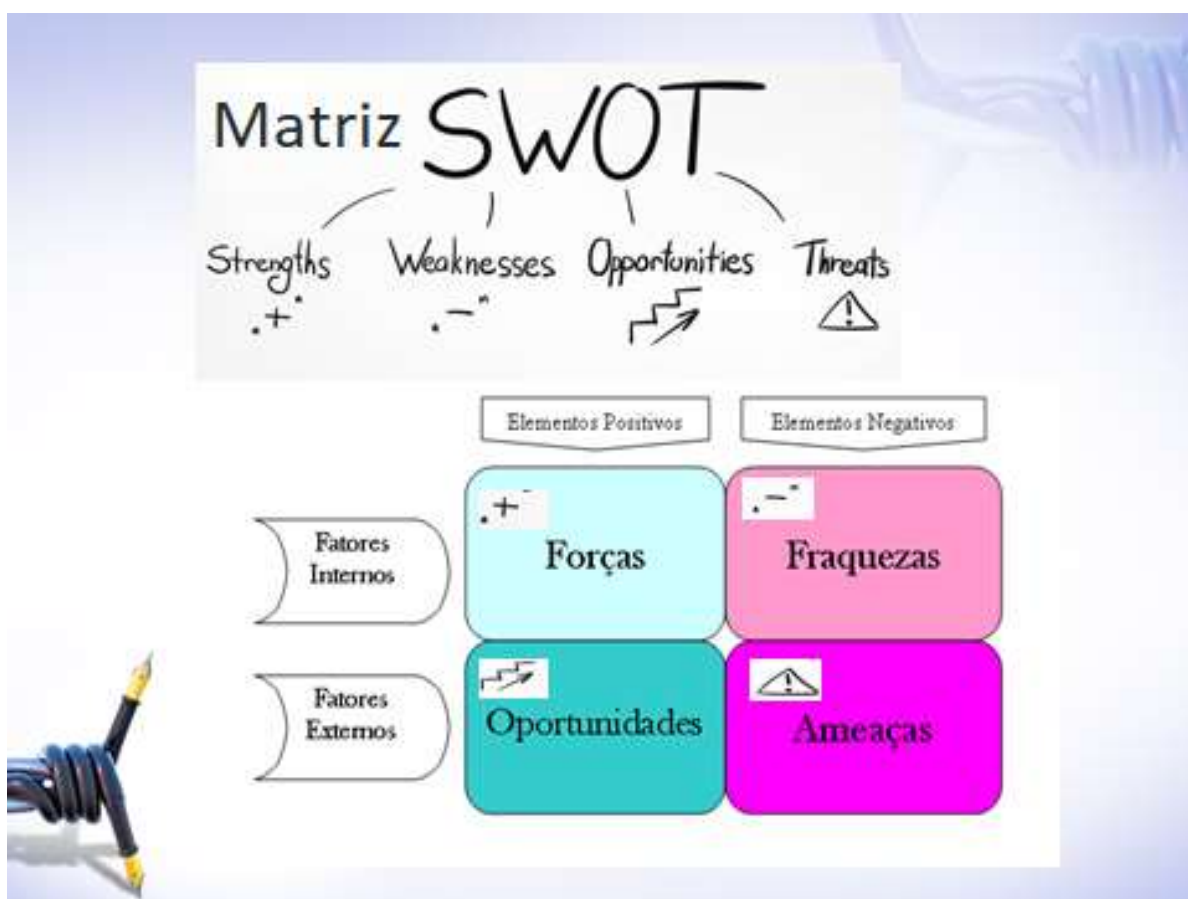
Optou-se pela matriz SWOT (*Strengths, Weakness, Opportunities, Threats*), para facilmente se estruturar as ideias e identificar quais os recursos da equipa e posteriormente, em conjunto fazer a análise dos achados.

Nessa reunião esteve presente a totalidade dos enfermeiros (seis) que constituíam a equipa, àquela data. A estes, no início da reunião, foi apresentada a

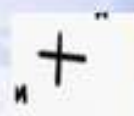
pertinência, a finalidade, o objetivo e uma breve síntese dos conceitos e das técnicas que iriam ser utilizadas.

No decorrer da reunião, o preenchimento de cada um dos quadrantes do quadro SWOT foi sendo feito a par e passo com cada uma das intervenções e validada a informação escrita com a pessoa que a proferiu.

As imagens seguintes retratam o resultado das intervenções para cada um dos quadrantes da matriz SWOT.



# Matriz SWOT



## Elementos Positivos

### Fatores Internos

- Força de vontade em melhorar os registos »» Uniformização dos registos
- Dar visibilidade ao trabalho da eq enfermagem
- Permitir elaboração diagnósticos de enfermagem , em SP em todas as suas áreas de intervenção
- Consultar diagnósticos de enfermagem anteriormente identificados
- Importante na continuidade de cuidados»»» qualidade dos cuidados
- Aumenta a visibilidade dos cuidados que foram realizados para as outras equipas»»»» melhorar articulação entre UF do ACeS e com outras instituições (pex.: hospitais e outro ACeS)
- Obter indicadores de desempenho (individual, equipa, unidade)



# Matriz SWOT



## Elementos Negativos

### Fatores Internos

- Falta formação na elaboração de diagnósticos em SP/registos específicos em comunidade
- Falta formação no programa Scínico
- Equipa de enfermagem reduzida sem disponibilidade para fazer registos d
- Necessita conhecimentos em adequar os registos
- Parametrização em Scínico para comunidades



# Matriz SWOT



## Elementos Positivos

### Fatores Externos

- Elemento de representativo do Sclínico que existe no ACeS e faz inter-ligação com a ARSLVT
- Partilha dúvidas com outras UF do ACeS nesta temática
- Possibilidade de cada elemento ter computador
- Iniciar processo de contratualização para SP que irá orientar os registos
- Receber estudantes da especialidade em Enfermagem SC e SP
- Este projecto atual da estudante e dar continuidade ao projecto, no futuro, quer por outros estudantes/ quer pelos enfermeiros



# Matriz SWOT



## Elementos Negativos

### Fatores Externos

- Computadores não têm coluna de som, pode ser obstáculo para a formação
- Os registos em Sclínico exigem muitos "cliques" para efetivar as atividades realizadas
- falta de consideração/visibilidade dos enfermeiros
- Não existe elemento com acesso a parametrização do Sclínico na USP (nomeadamente para a criação de comunidades)
- Inexistência de Guião orientador para a parametrização e registos dos diagnósticos de enfermagem em saúde pública



Para finalizar a reunião, foram revistos e validados os dados que constavam no quadro matriz e toda a equipa concordou que a implementação de RE na USP era uma necessidade sentida, expressa e real.

Fazendo a análise cruzada entre a informação obtida sobre o ponto de situação da implementação dos RE na USP e os pontos-chave da análise SWOT, ficou patente que a necessidade sentida (***implementação dos registos de Enfermagem em SClínico, na USP***) era concomitantemente uma necessidade expressa e real, porém de elevada complexidade de resolução para o tempo de estágio. Contudo, por esta problemática se apresentar muito pertinente e se pretender potenciar a motivação e a consciência da necessidade de mudar comportamentos por parte de toda a comunidade (demonstrada pela verbalização dessa mesma necessidade), foi feita uma nova reflexão da qual resultou a ideia de “fragmentar” a complexidade da problemática. Assim, determinou-se fazer uma análise comparativa para cada uma das áreas de intervenção/atividade da equipa de enfermagem na USP. Esta análise comparativa foi realizada com base na magnitude da população em que cada uma dessas áreas atua, tendo em conta também a sua gravidade, a eficácia e a exequibilidade (face ao factor temporal de estágio e as atividades suspensas pela pandemia).

Este procedimento foi importante para se determinar qual a área que se impunha com maior premência para atuar e está ilustrado na imagem seguinte.

## Método de Halon

(Magnitude + Gravidade) x Eficácia x Exequibilidade --->>> (A +B) x C x D

Dados utilizados são referentes ao número de utentes que recebeu cuidados, nas diferentes áreas de intervenção da USP, no ano de 2019 (por ser anterior à pandemia).

\* dados a set-dez.2019 \* dados referentes a 2020

	Vacinação de utentes em instituições	CDP	PPCIRA	Vacinação Internacional	EPVA	Saúde Escolar	Vigilância Epidemiologica	Saúde Ocupacional Externa	Acidentes de trabalho dos residentes
A	1000	2543 * 605*	392	607	82	18 823	200	0	2
B	5	2	10	0	5	10	2	10	10
C	0,5	1,5	0,5	1,5	0,5	0,5	1,5	0,5	1
D	0	1	0	1	0	0	0	0	0

Da interpretação dos dados da imagem anterior, há a salientar a diferença tão significativa nos números de utentes que receberam cuidados no CDP, que se justifica por, em fevereiro de 2020, se ter iniciado a implementação de um projeto-piloto de proximidade para a Toma Observada Direta, naquele ACeS.

Há também a referir que a atividade da vacinação internacional, naquela data se encontrava suspensa resultado dos condicionamentos que a pandemia impôs em determinados serviços e instituições.

Concluiu-se, de forma fundamentada, que a área alvo para implementação do projeto de intervenção comunitária seria o Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP) e a população, seria a equipa de enfermeiros. A equipa de enfermeiros pode ser considerada uma comunidade, na medida em que tem: base num local, um sistema de organização formal e ter necessidades colectivas e interesses comuns (ICN, 2010; Stanhop & Lancaster, 2011).

Importa também referir que, durante a fase de diagnóstico de situação, na narrativa dos enfermeiros, foi possível identificar, à luz da Teoria das Transições que estavam a ocorrer vários tipos de transição, pois as transições não são exclusivas (Meleis, 2018), sendo possível identificar sobretudo transições do tipo organizacionais, situacionais e saúde/doença.

As transições do tipo organizacional observadas prendem-se com a alteração no serviço de cuidados e o acesso a eles, quer por parte dos profissionais quer por parte dos clientes/família/comunidade; as constantes atualizações de orientações e recomendações para a prática; alteração da dinâmica funcional da USP e das outras UF do ACeS.

As transições situacionais estavam presentes através da inovação tecnológica, por exemplo: da falta de recursos materiais para exercer as funções com bom desempenho (ex.: reuniões virtuais); da necessidade de habilidades na partilha de ficheiros informáticos *on-line* e *on-time*; da introdução de novos programas de vigilância epidemiológica e base de dados específicas para monitorização da COVID-19. Estes exemplos espelham a exigência a que a equipa de enfermagem estava sujeita e pressionada para adquirir mais e novas habilidades.

As transições do tipo saúde/doença foram identificadas ao observar a forma como cada enfermeiro (isoladamente) e a comunidade (equipa de enfermagem da USP) inserida e em interação com estrutura do ACeS, se comportavam perante a ameaça e/ou exposição a agentes infecciosos (por exemplo SARS-CoV-2 ou *Mycobacterium tuberculosis*), em virtude de trabalharem na área da SP.

Estes dados serão vantajosos para as seguintes fases do planeamento, de forma a ajustar as intervenções de enfermagem à comunidade permitindo-lhe uma transição saudável.

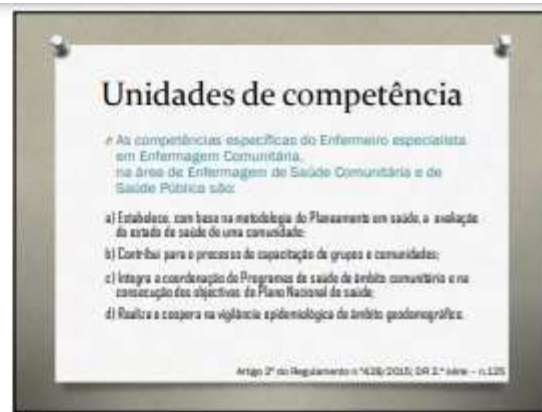
### **Apêndice III - Ação de formação 1 - “Na pista dos PegaDados”**

### PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO

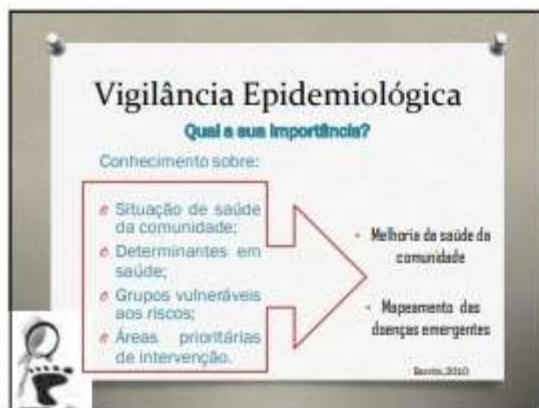
Temática	Métodos/Técnicas	Recursos didáticos	Tempo
Introdução	Expositivo	Projetor de Vídeo	2 minutos
Enquadramento			4 minutos
Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem			4 minutos
Projeto de intervenção “ <i>Registo, logo existo</i> ”			15 minutos
Conclusão			3 minutos
Discussão e esclarecimento de dúvidas	Expositivo e interrogativo	-----	20 minutos
<b>AVALIAÇÃO:</b> não está preconizada nenhum tipo de avaliação, de acordo com o normal funcionamento <i>Journal Club</i> que está sobre a responsabilidade da USP			



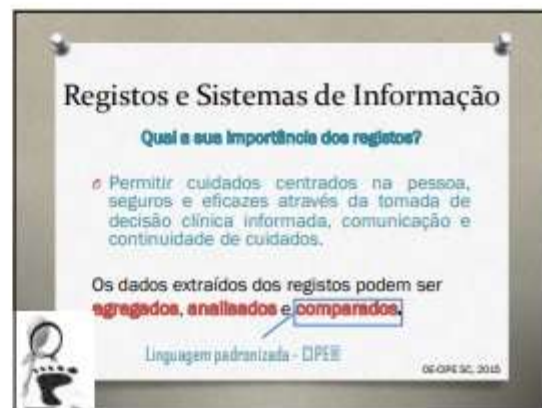
1



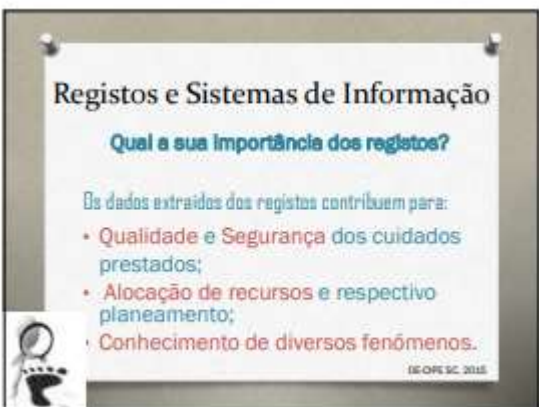
2



3



4



5



6

**healthcare**

**Assessing Community Empowerment for an Innovative Epidemiologic Approach**

*For example, related to the result of the insistence of organizational structures in ACeS focused on epidemiological surveillance on nursing diagnosis, it was presented the creation of those that were called nursing diagnosis observatories (NDO). There is now an NDO in each of the ACeS that participated in the study, to promote epidemiological surveillance of nursing diagnoses and to improve the empowerment levels of these communities to develop it.*

7

**Registros e Sistemas de Informação**

**Qual o caminho nas USP's?**

**Projeto de CDS para a criação de Observatórios das Diagnósticas de Enfermagem**

Este projeto visa a implementação de observatórios das diagnósticas de enfermagem em unidades de saúde comunitárias (USP's) para promover a melhoria da qualidade da assistência e a capacitação dos profissionais de saúde.

Este projeto visa a implementação de observatórios das diagnósticas de enfermagem em unidades de saúde comunitárias (USP's) para promover a melhoria da qualidade da assistência e a capacitação dos profissionais de saúde.

8

**Registros e Sistemas de Informação**

**Contratualização**

<p><b>PROCESSO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Taxa de execução diagnóstica por área de responsabilidade;</li> <li>Taxa de priorização articulada por unidade funcional.</li> </ul>	<p><b>RESULTADO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Melhoria dos diagnósticos por áreas de responsabilidade;</li> <li>Melhoria da gestão comunitária da ACeS.</li> </ul>
--	---

ABRIL de 2016, 2016

9

**Projeto de intervenção**

Logo for CDS (CDS) and SNS (Serviço Nacional de Saúde) are visible at the top.

The main content area is a large, light-colored rectangle, possibly representing a diagram or a placeholder for a specific intervention plan.

10

**Metodologia de Planejamento em Saúde**

**Elaboração do plano**

Diagram showing the process of plan elaboration. It includes boxes for 'Diagnóstico de situação', 'Análise de situação', 'Definição de prioridades', 'Elaboração de estratégias', and 'Elaboração do plano'. Below these, it lists 'Entrevistas a peritos' and 'Observação direta' leading to 'Registros de Enfermagem'. A central box contains the text: 'Necessidade sentida, expressa e real'.

11

**Metodologia de Planejamento em Saúde**

**Elaboração do plano**

Diagram showing the SWOT analysis for plan elaboration. It features a central 'Matriz SWOT' with 'Fatores Internos' and 'Fatores Externos' on the left, and 'Estratégias Positivas' and 'Estratégias Negativas' on the right. The matrix cells contain: 'Equipe motivada e consciente das vantagens', 'Falta de formação', 'Existência sentimento responsável na ACeS e colaboração com as UP', and 'Falta de habilidade de reconhecer recursos humanos comunitários e necessidade de priorização e implementação das UP's'.

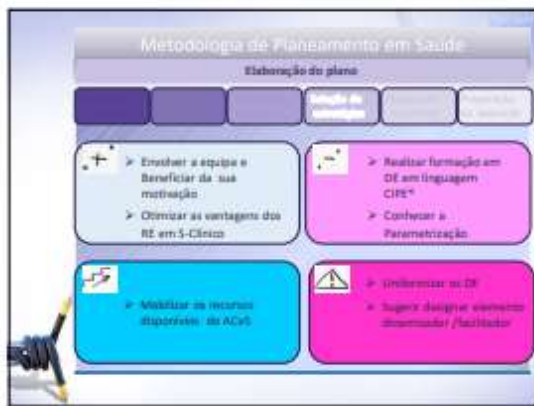
12



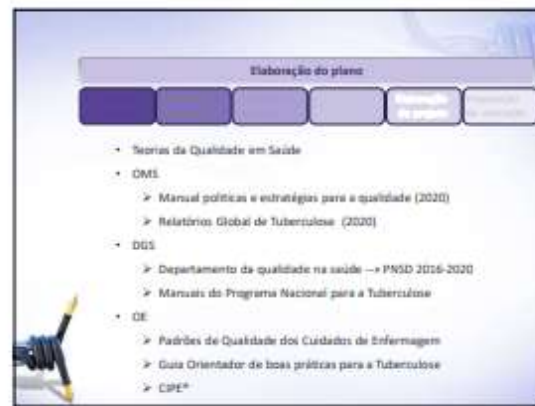
13



14



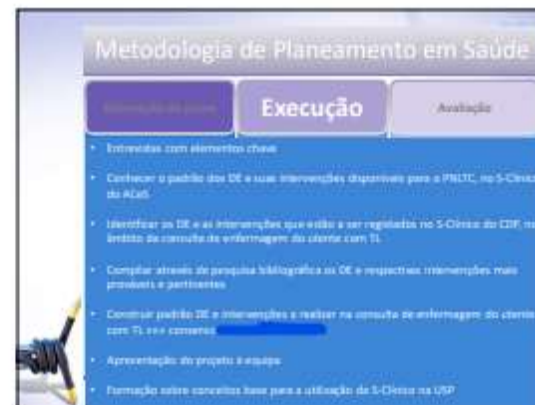
15



16



17



18



19



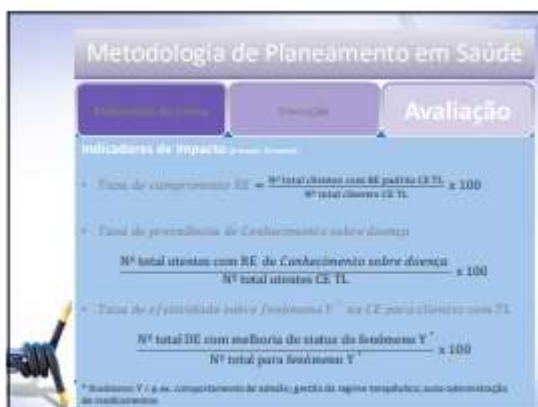
20



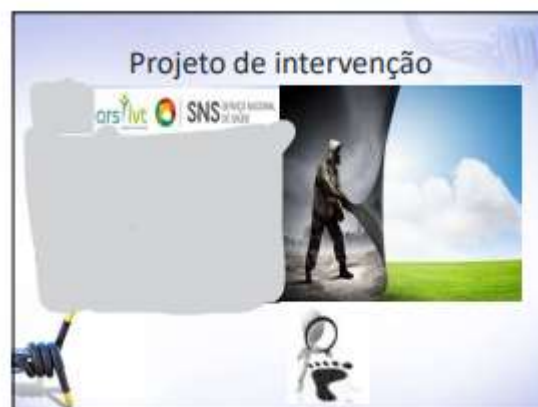
19



20



21



22


**Mudar a narrativa da Enfermagem**

Por Dra. Bárbara Wilson, Diretora Executiva Conselho Global Nursing Now

"Como profissão, os enfermeiros devem comprometer-se com os dados - o que é recolhido, o que é medido e como os resultados são utilizados - para demonstrar o valor do seu trabalho e, principalmente, os resultados em saúde alcançados com os cuidados prestados à pessoa como um todo.

Os enfermeiros também precisam divulgar as notícias sobre o seu potencial impacto."

Dr. 023



23



24



**Apêndice IV - Ação de formação 2 - “Conceitos base para registos de enfermagem em SClínico”**

## PLANO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO

**FORMADOR:** Kátia Fortunato

**DATA E LOCAL:** 30 de Setembro de 2021, em formato presencial e *on-line*

**DURAÇÃO PREVISTA:** 70 minutos

**TEMA:** Conceitos base para registos de enfermagem em SClínico

**PÚBLICO ALVO:** Enfermeiros da USP

**Nº PARTICIPANTES CONVOCADOS:** 7 (5 enfermeiros da USP + enf. Orientadora+ Enf elo ligação do ACeS)

**Nº PARTICIPANTES PRESENTES:** 7 (5 enfermeiros da USP + enf. Orientador + Enf. elo ligação do ACeS)

**OBJETIVO GERAL:** Capacitar os enfermeiros da USP para a elaboração de RE em SClínico

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

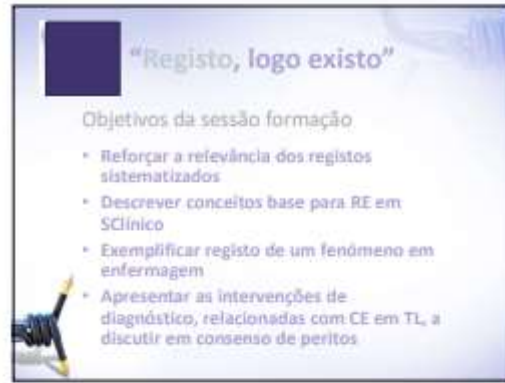
- Reforçar a relevância dos registos sistematizados
- Descrever conceitos base para RE em SClínico
- Exemplificar registo de um fenómeno em enfermagem
- Apresentar as intervenções de diagnóstico, relacionadas com CE em TL, a discutir em consenso de peritos

Temática	Métodos/Técnicas	Recursos didáticos	Tempo
Introdução	Expositivo	Projeto de Vídeo	3 minutos
Enquadramento			2 minutos
Descrição dos conceitos base para RE em SClínico			25 minutos
Exemplificação de registo de um fenómeno em enfermagem	Expositivo e demonstrativo		15 minutos
Apresentação das intervenções de diagnóstico sugeridas para implementação na CE em TL	Expositivo e interrogativo		5 minutos
Conclusão	Expositivo		5 minutos
Discussão e esclarecimento de dúvidas	Expositivo e interrogativo	-----	15 minutos

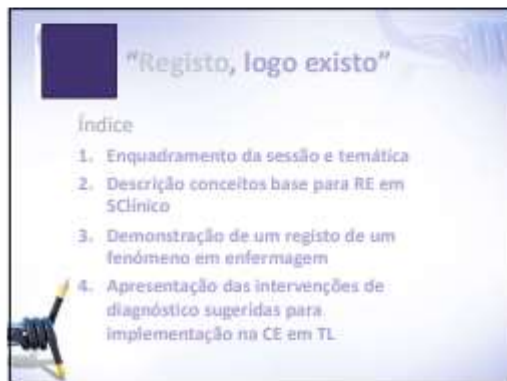
**AValiação:** apenas está preconizada a **avaliação da satisfação da formação por parte dos participantes**. Será enviado após a formação, por correio electrónico, um questionário construído através da ferramenta Google Forms®, para garantir anonimato das respostas.



1



2



3



4



5



6

## "Registo, logo existo"

- Consulta = a atividade de um profissional de saúde relacionada com um utente, de onde resulta um diagnóstico e um plano.
- A consulta pode ser
  - Com presença do utente (ou Direta)
  - Sem presença do utente (ou Indireta)\*

\* É necessário assinalar a checkbox (contacto não presencial) e em dos seguintes itens em (Método de realização não presencial):

- Email, chat, SMS ou outros canais digitais de texto
- Telefone ou telemedicina
- Videochamada

7

## "Registo, logo existo"

NUNCA REGISTAR! Realização: Base Padrão de Consultas

121

### Códigos CPE específicos de determinados tipos de consulta de enfermagem

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil</li> <li>• Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Materna</li> <li>• Consulta de Enfermagem de Vigilância no Parto</li> <li>• Consulta de Enfermagem de Vigilância em Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar</li> <li>• Consulta de Enfermagem de Vigilância em Diabetes Mellitus</li> <li>• Consulta de Enfermagem de Vigilância em Hipertensão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de Enfermagem de Vigilância Relacionada com Tabagismo</li> <li>• Consulta de Enfermagem de Vigilância Relacionada com Consumo Excessivo de Álcool</li> <li>• Consulta de Enfermagem de Vigilância Relacionada com Obesidade</li> <li>• Consulta de Enfermagem de Vigilância em outras áreas</li> <li>• Consulta de enfermagem de âmbito comunitária (direta)</li> </ul>
--	---

8



9

## "Registo, logo existo"

### C006.99 | Consulta de Enfermagem de Vigilância em outras áreas

**TIPO DE CÓDIGO PROGNÓSTICO**  
Não existem códigos específicos de tipo "Prognóstico" para este tipo de consulta.

**TIPO DE CÓDIGO DIAGNÓSTICO**  
Não existem códigos específicos de tipo "Diagnóstico" para este tipo de consulta.

**TIPO DE CÓDIGO INTERVENÇÃO**  
Não existem códigos específicos de tipo "Intervenção" para este tipo de consulta.

10

## "Registo, logo existo"

### Consulta de enfermagem de vigilância em outras áreas

Para que seja contabilizada, a condição (NC e/ou C006.1 ou C006.2) e/ou (C006.3 ou C006.4) deverá ser verdadeira:

NC - Consulta não classificada em nenhum dos conceitos entre C006.1 e C006.4;  
 C006.1 - Estatística de um contacto classificado como (consulta de enfermagem), (presença) e (intervenção) (ver notas 1, 2 e 3);  
 C006.2 - Estatística de um contacto classificado como (consulta de enfermagem), (não-presença) e (intervenção) (ver notas 1, 2 e 3);

**Notas:**

1. As consultas de vigilância podem ser registadas como (intervenção) ou como (não-presença).
2. Ver em cima como se classifica uma (consulta de enfermagem) como (presença) e como (não-presença).
3. As consultas com código C006.99 são um subconjunto das consultas com código C006.

11

## "Registo, logo existo"

### Consulta de enfermagem de vigilância em outras áreas

Para que seja contabilizada, a condição (NC e/ou C006.1 ou C006.2) e/ou (C006.3 ou C006.4) deverá ser verdadeira:

DIAG - Pelo menos um novo registo de (diagnóstico de enfermagem) codificado pela CPE (notas 4 e 6);  
 INT - Registo de pelo menos uma (intervenção de enfermagem) codificada pela CPE (notas 4, 5 e 6).

**Notas:**

1. Os códigos CPE associados a (diagnóstico de enfermagem) e (intervenção de enfermagem) são de específicos de qualquer programa. Estes 2 condições devem-se a garantir que apenas se contabiliza uma consulta associada a um programa de saúde como de "vigilância", caso tenha ocorrido um novo registo de (diagnóstico de enfermagem) (qualquer que ele seja) ou pelo menos uma (intervenção de enfermagem) (qualquer que ela seja).
2. A (intervenção de enfermagem) inclui as intervenções diagnósticas e intervenções de enfermagem e não inclui (medicação) nem (atitudes terapêuticas) (prescrições de outros profissionais).
3. Apenas se contabilizam os registos em (diagnóstico de enfermagem) e (intervenção de enfermagem), independentemente de qual o tipo de consulta, a não ser que a consulta seja agendada.
4. Para consulta agendada no dia 5-7-2024 (NC), os registos devem ser efectuados até 16-7-2024 (9h-12h).

12



13

### "Registo, logo existo"

SNS INSTITUCIONAL DE SAÚDE

Dezembro 2007

#### O QUE SÃO INDICADORES?

Os indicadores são instrumentos de medida – no campo da saúde, eles podem medir, entre outros, o estado de saúde e bem-estar da população e seus determinantes, podem medir o desempenho dos serviços de saúde e dos seus unidades funcionais, o impacto destes na saúde da população ou a sua qualidade.

As três funções básicas de um indicador são **COMPREENDER**, **COMPARAR** e **MELHORAR**, que atuam no domínio da saúde da população/grupos da população, que atuam no domínio dos serviços ou sistema de saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em conjunto com a Organização Internacional de Estatística (OIE) para a operacionalização de indicadores em Saúde – Guia Operacional, Operacionalização

14

### "Registo, logo existo"

#### Operacionalização

#### INDICADORES - atuais

Nº indicador	Designação do indicador	Indicador (Formulário)	em Decretos 2007 e 2008
001	Taxa de utilização anual de consultas de enfermagem	Assess / Consultas de Enfermagem	Dez 2007 - atualizado
002	Taxa de utilização consultiva de enfermagem - 24 horas	Assess / Consultas de Enfermagem	27, 88%
003	Porcentagem de consultas de enfermagem realizadas no dia de atendimento	Assess / Consultas de Enfermagem	200, 80%
004	Taxa de resolução de solicitações/consultas de enfermagem	Estado de Saúde / Atendimento e Outras Funções de Enfermagem	100, 88%
005	Tempo médio de resposta de consultas de enfermagem	Atendimento / Resposta de Consultas de Enfermagem	Não está descrito
006	Porcentagem de consultas de enfermagem realizadas no dia de atendimento	Assess / Consultas de Enfermagem	200, 80%

\* Indicador para USF com recurso ao SIUS

Operacionalização da Centralização nos Cuidados de Saúde Primários - Anexo 2007 - 2008

15

### "Registo, logo existo"

#### Operacionalização

#### INDICADORES sugeridos

- **Porcentagem de consultas TL com registo de USF** =  $\frac{N^{\circ} \text{ total consultas realizadas com TL, registadas no SIUS}}{N^{\circ} \text{ total consultas realizadas no TL}}$
- **Taxa de prevalência de Consultas de Enfermagem** =  $\frac{N^{\circ} \text{ total consultas para EE de Consultas de Enfermagem}}{N^{\circ} \text{ total estados CE TL}} \times 100$
- **Taxa de efetividade sobre fenómenos Y** =  $\frac{N^{\circ} \text{ total EE com melhoria do estado de Saúde Y}}{N^{\circ} \text{ total para fenómeno Y}} \times 100$

Indicador TL e de acompanhamento de estado de saúde registados em administração de medicamentos

16

### "Registo, logo existo"

#### Responsabilidades

- **Informação** - Registo rigoroso e imediato das intervenções realizadas
- **Exatidão técnica** - fidelidade dos registos realizados no SIUS
- **Operacionalização do SIUS** - Exatidão das informações transmitidas

Decreto de Regio 2007

**Legenda:**

1. Elemento discriminador em PE em SIUS no SIUS
2. Informação no contexto técnico para gestão de qualidade
3. Informação no contexto para operacionalização

17

### "Registo, logo existo"

#### Operacionalização

Exemplificação de um fenómeno de enfermagem, em contexto de consulta, a utente com TL

18

**"Registo, logo existo"**  
Operacionalização

1. Definir Programa de Saúde:  
PNLCT Acompanhamento de doentes com Tuberculose  
+  
Saúde Adulto / PN Saúde Idoso/ Saúde Jovem
2. Avaliação Inicial
3. Intervenção Diagnóstica: Avaliar, Vigiar, Monitorizar
4. Definir Foco de Atenção/Diagnóstico de Enfermagem
5. Intervenção de Enfermagem: Executar, Ensinar, Instruir, Treinar

19

**"Registo, logo existo"**  
Operacionalização

The screenshot shows a software interface with a patient record. Section A is a large text area on the left. Section B is a table with columns for dates and status. Section C is a form with various input fields and buttons.

20

**"Registo, logo existo"**  
Operacionalização

The screenshot shows a software interface with a patient record. A section of the interface is highlighted in blue, showing a list of items or a table.

21

**"Registo, logo existo"**  
Operacionalização

The screenshot shows a software interface with a patient record. A section of the interface is highlighted in blue, showing a list of items or a table.

22

**"Registo, logo existo"**  
Operacionalização

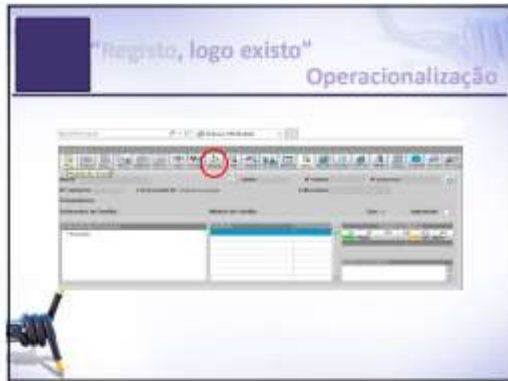
The screenshot shows a software interface with a patient record. A section of the interface is highlighted in blue, showing a list of items or a table.

23

**"Registo, logo existo"**  
Operacionalização

The screenshot shows a software interface with a patient record. A section of the interface is highlighted in blue. A callout box with a speech bubble contains the text "Revisar este procedimento!".

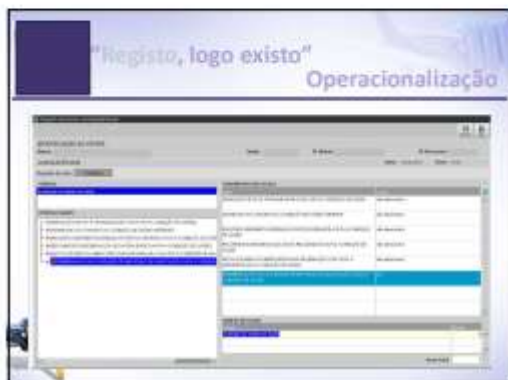
24



25



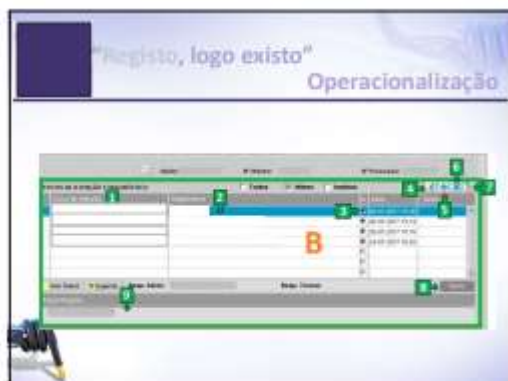
26



27



28



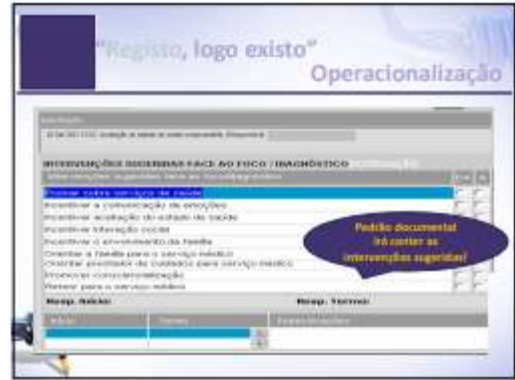
29



30



31



32



33



34



35



36



37

**Apêndice V** - Avaliação da satisfação da ação de formação  
*“Conceitos base para registos de enfermagem em SClinico”*

**Resultados da avaliação da satisfação dos participantes  
relativamente à ação de formação  
“Conceitos base para registos de enfermagem em SClínico”**

	Média	Moda	Mediana
<b>CONTEÚDO PROGRAMÁTICO E MÉTODOS</b>			
Conteúdos da ação de formação	5,72	6	6
Estrutura dos conteúdos	5,72	6	6
Interesse/utilidade dos conteúdos	5,86	6	6
Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados	5,72	6	6
<b>Equilíbrio entre a exposição teórica/prática</b>	<b>4,86</b>	5	5
Duração da ação de formação	5,43	6	6
<b>FORMADORA</b>			
Domínio e clareza na exposição da matéria tratada na ação de formação	5,57	6	6
Estímulo à participação dos/as formandos/as	6	6	6
Relacionamento com os/as formandos/as	6	6	6
Capacidade de motivar para as matérias leccionadas	5,86	6	6
Documentação e bibliografia suficiente e adequada	5,72	6	6
Pontualidade / cumprimento do horário da sessão	5,86	6	6
<b>AVALIAÇÃO GLOBAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO</b>			
Concretização dos objetivos propostos	5,86	6	6
<b>Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos</b>	<b>5</b>	5	5
<b>O nível das matérias tratadas foi adequado ao seu nível de conhecimento</b>	<b>5,43</b>	6	6
<b>Satisfação das suas expetativas</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>Sugestões, críticas e comentários dos participantes</b>			
Só 1 dos participantes utilizou este campo, fazendo uso dos dois tipos de categoria: -- categoria “Crítica/Comentário” - bom equilíbrio tempo/conteúdo e esclarecedor; -- categoria “Sugestão”: <b>existir parte prática.</b>			

**Observações da análise dos resultados:**

- Taxa de resposta da avaliação da ação de formação foi de 100%.
- **Destaca-se a necessidade manifestada pela componente prática dos conteúdos temáticos e mais formações para aumentar domínio da temática.**
- Como dois dos participantes têm experiência de RE em SClínico, os valores obtidos nas questões relacionadas com aquisição de novos conhecimentos e expetativas, pode estar influenciado pela população tão baixa.
- A média da totalidade dos itens avaliados foi de 5,6 num a escala com mínimo de 1 e máximo de 6.

# Questionário de avaliação da ação de formação "Conceitos base para registos de enfermagem em SClínico"

Com este questionário pretende-se conhecer a sua opinião sobre a ação de formação em que participou a 30.9.2021, com o título "Conceitos base para registos de enfermagem em SClínico".

A sua opinião é importante para a melhoria da qualidade da formação e ajustar às necessidades reais dos profissionais.

Por favor, seleccione o número que corresponde à sua opinião para cada um dos seguintes aspetos, sendo que: o número 1 corresponde ao valor mínimo e o 6 ao valor máximo de satisfação.

As suas respostas são anónimas e confidenciais.

Obrigada pela sua colaboração!

\*Obrigatório

## 1. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO E MÉTODOS \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5	6
Conteúdos da ação de formação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estrutura dos conteúdos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interesse/utilidade dos conteúdos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Equilíbrio entre a exposição teórica/prática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duração da ação de formação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 2. FORMADORA \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5	6
Domínio e clareza na exposição da matéria tratada na ação de formação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estímulo à participação dos/as formandos/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relacionamento com os/as formandos/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidade de motivar para as matérias lecionadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Documentação e bibliografia suficiente e adequada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pontualidade / cumprimento do horário da sessão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 3. AVALIAÇÃO GLOBAL DA AÇÃO DE FORMAÇÃO \*

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5	6
Concretização dos objetivos propostos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O nível das matérias tratadas foi adequado ao seu nível de conhecimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Satisfação das suas expectativas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 4. Deixe a sua sugestão, crítica ou comentário que julgue pertinente sobre esta ação de formação

---

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários



## **Apêndice VI – Painel de consenso**

---

## PAINEL DE CONSENSO

---

**Objetivo:** Identificar as intervenções diagnósticas a implementar na CE à pessoa com TL, no CDP .

**Critério seleção de Peritos:** quatro peritos disponíveis com conhecimento no domínio da TB e/ou RE em SClinico; de fácil e rápido acesso para contato; com diferentes funções no exercício profissional.

**Técnica utilizada:** Técnica de Delphi em formato digital.

Fortin<sup>1</sup> descreve a técnica de Delphi como *"método que diz respeito à colheita de informação junto a um grupo de peritos, no quadro de uma investigação, sem que estes tenham que se deslocar"* (2003, p.375).

**Caraterísticas básicas**<sup>1,2,3,4</sup>: o anonimato, a representação estatística da distribuição dos resultados e o feedback de respostas do grupo.

**Definição de critérios para consenso:** as intervenções diagnósticas com score  $\geq$  a 80%<sup>2</sup> e que tenham obtido valor  $\geq$  4 na escala Likert<sup>3,4</sup>, correspondem às intervenções diagnósticas a implementar na CE à pessoa com TL, nesta fase.

### Construção do Questionário

O questionário é composto por três partes.

1ª parte – lista das possíveis Intervenções de diagnóstico a instituir na CE à pessoa com TL. Utilizada escala de Likert, em que o número 1 corresponde ao valor mínimo e o 6 ao valor máximo de concordância.

2ª parte – Pergunta aberta<sup>3,4</sup> para o perito ter oportunidade para expressar alguma sugestão ou comentário.

3ª parte – Pergunta aberta<sup>3,4</sup> para uniformizar procedimento no contacto com a pessoa para ser validado como CE.<sup>3</sup>

### Observações

Foi realizado pré-teste antes do envio do questionário para os peritos e não houve necessidade de alterar nada à construção inicial<sup>2,4</sup>.

Os peritos tiveram conhecimento da problemática e acesso à lista das intervenções antes do envio do questionário, durante ação de formação designada de *"Conceitos base para RE em SClinico"* e na qual todos os peritos estiveram presentes<sup>2,4</sup>.

---

O questionário foi construído e enviado através da ferramenta Google Forms®, por correio eletrónico, para garantir o anonimato das respostas<sup>1,2,3,4</sup>.

A acompanhar o questionário seguiam as informações sobre a finalidade do estudo, indicações de preenchimento e o consentimento informado<sup>3,4</sup>.

<sup>1</sup> Fortin, M. (2003). O Processo de Investigação: Da concepção à realização. (3ª ed.). Outubro de 2003. Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X

<sup>2</sup> Scarparo, A., Laus, A., Azevedo, A., Freitas, M., Gabriel, C., Chaves, L. (2012). Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. Rev Rene. 13(1):242-251. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027980026>

<sup>3</sup> Pezaro, S. & Clyne, W. (2015). Achieving Consensus in the Development of an Online Intervention Designed to Effectively Support Midwives in Work-Related Psychological Distress: Protocol for a Delphi Study. JMIR RESEARCH PROTOCOLS, 4(3):e107. <http://www.researchprotocols.org/2015/3/e107/>

<sup>4</sup> Wright, J. & Giovinazzo, R. (2000). DELPHI - uma ferramenta de apoio ao planeamento prospectivo. Caderno de Pesquisas em Administração, 1( abr./ju 2000), 54-65

---

## Questionário Enviado

### Consenso para os registos de enfermagem na consulta de enfermagem ao utente com Tuberculose Latente

Com este documento pretende-se a sua colaboração para uniformização de registos de enfermagem no sistema de informação SClínico, nomeadamente na Consulta de Enfermagem aos utentes com Tuberculose Latente (TL), que se realiza no Centro de Diagnóstico Pneumológico d [REDACTED]

O documento está dividido em três partes:

1ª parte - lista das possíveis Intervenções de diagnóstico a instituir;

2ª parte - solicita-se que partilhe as suas sugestões e/ou comentários relativamente às intervenções de diagnóstico, que julgue pertinentes;

3ª parte - é-lhe solicitado que sugira qual o novo diagnóstico de enfermagem E qual a intervenção de enfermagem a utilizar para cada consulta de enfermagem.

As suas respostas são anónimas e confidenciais.

Obrigada pela sua colaboração!

**1. Intervenções de diagnóstico \***

Apresentam-se as possíveis Intervenções de diagnóstico a instituir na Consulta de Enfermagem aos utentes com Tuberculose Latente. Indique o seu grau de concordância para cada intervenção de diagnóstico apresentada, sendo que: o número 1 corresponde ao valor mínimo e o 6 ao valor máximo de concordância .

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5	6
Avaliar aceitação do estado de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar adesão à vacinação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar adesão ao regime terapêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar comportamento de procura de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar gestão do regime terapêutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar conhecimento sobre a doença	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar crença da saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar apetite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar sinais de desidratação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avaliar náusea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar vômito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar diarreia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar pele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitorizar índice de massa corporal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monitorizar dor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar capacidade do prestador para tomar conta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avaliar capacidade do prestador de cuidados para administração de medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**2. Indique as suas sugestões e/ou comentários relativamente às intervenções de diagnóstico que julgue pertinente. Por exemplo, introdução de outra intervenção de diagnóstico.**

---

---

---

---

---

**3. Na sua opinião, qual deve ser o novo diagnóstico de enfermagem E qual a intervenção de enfermagem a utilizar para que o contacto com o utente seja considerado consulta de enfermagem? \***

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

---

## Resultados

---

- + Taxa de resposta de 100% =  $\frac{4 \text{ questionários enviados}}{4 \text{ questionários recebidos}}$
- + Não há informação da caracterização da amostra para garantir anonimato das respostas.
- + Na Tabela 1 corresponde à distribuição das frequências acumuladas da escala de concordância que se obteve para cada intervenção de diagnóstico sugerida. Constata-se que houve 4 intervenções de diagnóstico com concordância forte resultante da frequência acumulada n=4.
- + Na Tabela 2 contém o score de concordância do painel de peritos para cada uma das intervenções de diagnóstico. Sendo que das intervenções de diagnóstico sugeridas houve quatro com score  $\geq$  a 80% e que tenham obtido valor  $\geq$  4 na escala Likert. Estas correspondem às intervenções diagnósticas a incluir no padrão documental da CE para o cliente com TL (na opinião destes peritos).

Os resultados obtidos nas tabelas 1 e 2 contêm informações úteis para o futuro, nomeadamente na fase de avaliação da implementação da CE ao cliente com TL. Na medida em que podem ser preditores da utilização das intervenções de diagnóstico relacionando-a com o *score* de concordância obtido pelo que se sugere que o elemento dinamizador esteja atento a este facto e desenvolva estratégias para a integração (gradual) das intervenções de diagnóstico necessárias.

- + Para a 1ª pergunta aberta, as respostas recebidas foram agrupadas por tipo de categoria “Sugestão” ou “Comentário”, como se indica no Quadro 1 e realizada reflexão da análise de conteúdo e sugestão para intervenção futura.
- + Para a 2ª pergunta aberta, as respostas recebidas foram agrupadas de acordo com a frequência acumulada encontrada, como se indica na Tabela 3.  
No entanto, há a salientar a resposta obtida como “*Avaliar capacidade do prestador para tomar conta*” sugere que o enfermeiro não percebeu o procedimento de registo que valida o contacto com o cliente enquanto CE. Por esse motivo, sugere-se que seja assunto a reforçar na próxima formação ou informação a transmitir pelo elemento dinamizador ou parametrizador.

**Tabela 1** – Tabela de frequências acumuladas da escala de concordância obtida para cada intervenção de diagnóstico sugerida

Intervenção de diagnóstico sugerida	Frequência Escala de concordância					
	1 nível mínimo de concordância	2	3	4	5	6 nível máximo de concordância
Avaliar aceitação do estado de saúde	1	0	0	0	0	3
Avaliar adesão à vacinação	0	1	1	0	0	2
Avaliar adesão ao regime terapêutico	0	0	0	0	0	4
Avaliar comportamento de procura de saúde	0	0	0	0	0	4
Avaliar gestão do regime terapêutico	0	0	0	0	0	4
Avaliar conhecimento sobre a doença	0	0	0	0	0	4
Avaliar crença da saúde	1	1	1	0	0	1
Avaliar apetite	1	0	1	0	0	2
Avaliar sinais de desidratação	1	1	1	0	0	1
Avaliar náusea	1	0	0	1	0	2
Avaliar vômito	1	0	1	0	0	2
Avaliar diarreia	1	0	1	0	0	2
Avaliar pele	1	0	0	1	0	2
Monitorizar índice de massa corporal	1	1	1	0	0	1
Monitorizar dor	0	1	0	0	1	2
Avaliar capacidade do prestador para tomar conta	0	0	1	0	1	2
Avaliar capacidade do prestador de cuidados para administração de medicamentos	0	0	1	0	1	2

**Tabela 2** – Intervenções de diagnóstico sugeridas com respectivo score de concordância

<b>Intervenção de diagnóstico</b>	<b>Score de concordância (%)</b>
Avaliar aceitação do estado de saúde	75
Avaliar adesão à vacinação	50
Avaliar adesão ao regime terapêutico	100
Avaliar comportamento de procura de saúde	100
Avaliar gestão do regime terapêutico	100
Avaliar conhecimento sobre a doença	100
Avaliar crença da saúde	25
Avaliar apetite	50
Avaliar sinais de desidratação	25
Avaliar náusea	75
Avaliar vômito	50
Avaliar diarreia	50
Avaliar pele	75
Monitorizar índice de massa corporal	25
Monitorizar dor	75
Avaliar capacidade do prestador para tomar conta	75
Avaliar capacidade do prestador de cuidados para administração de medicamentos	75

**Quadro 1** – Análise de conteúdo das respostas às questões abertas

<b>Categoria</b>	<b>Identificação da resposta</b>	<b>Reflexão da análise de conteúdo</b>	<b>Intervenção para futuro</b>
Sugestão	R1 <i>“relativamente às intervenções de diagnóstico acima com valores de concordância baixos, penso que é importante estarem referidas no padrão documental para conhecimento, mas só seriam levantadas em caso de necessidade, isto é, quando são detectadas alterações”</i>	A frase dá indícios de que o profissional não percebeu qual é a finalidade da intervenção de diagnóstico nos RE.	Medida correctiva: assunto a reforçar na próxima formação ou oportunidade pelo elemento dinamizador ou pelo parametrizador dos RE.
Comentário	R 1 <i>“dúvida sobre a adesão à vacinação dado a CE se dirigir a utentes jovens / adultos/ idosos”</i>	<p>Pode indicar que a mensagem sobre a promoção da vacinação não foi bem transmitida ou recebida.</p> <p>Esta intervenção de diagnóstico tem carácter normativo pela DGS. Está determinado que esta intervenção de diagnóstico seja realizada em qualquer contacto com o cliente.</p> <p>Este pode ser um indicador do para avaliar adesão do cliente ao regime terapêutico.</p>	Medida correctiva: assunto a reforçar na próxima formação ou oportunidade pelo elemento dinamizador ou pelo parametrizador dos RE.

**Tabela 3** – Tabela de frequências acumuladas à 2ª questão aberta

<b>Intervenção de diagnóstico sugerida</b>	<b>Frequência acumulada</b>
Avaliar adesão ao regime terapêutico	3
Avaliar capacidade do prestador para tomar conta	1

---

## **Apêndice VII – Padrão Documental**

---

# Consulta de Enfermagem

## Padrão Documental

### Intervenções de Diagnósticos

# Para clientes com Tuberculose Latente



Documento realizado no âmbito do estágio de Saúde Comunitária do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Enfermagem Comunitária da UCP por:

Kátia Fortunato (mestranda)  
Enfª [REDACTED] e Enfª [REDACTED] (orientadores de estágio)  
Profª Drª Cândida Durão (orientador académico)

[REDACTED], 2021

---

Este documento é o resultado do painel de consenso, realizado através da Técnica de Delphi, a quatro peritos deste ACeS sobre a temática de registos de enfermagem no aplicativo SClínico, em específico sobre as intervenções de diagnóstico a realizar durante a consulta de enfermagem a clientes com tuberculose latente, que ocorrem no CDP.

Foi definido como critério de inclusão prévio à elaboração do documento, que este incluiria apenas as intervenções de diagnóstico que obtivessem 80% de concordância e com valor  $\geq 4$  na escala de Likert. Motivo pelo qual, se pode e se sugere que seja um documento em construção e atualização contínua para refletir as melhores práticas.

As intervenções de diagnóstico que obedeceram aos critérios foram:

- Avaliar comportamento de procura de saúde;
- Avaliar adesão ao regime terapêutico;
- Avaliar gestão do regime terapêutico;
- Avaliar conhecimento sobre a doença.

Para relembrar os conceitos que compõem as intervenções de diagnóstico, recorre-se à linguagem CIPE® que sustenta o processo de enfermagem no aplicativo SClínico, onde constam as seguintes definições que se transcrevem:

- *“**Avaliar** um tipo de Observar com as características específicas: Estimar a dimensão, qualidade ou significado de alguma coisa*
- ***Comportamento de Procura de Saúde** é um tipo de Autocuidado com as seguintes características específicas: maneira previsível de identificar, usar, gerir e assegurar recursos de cuidados de saúde, expectativas relacionadas com formas aceitáveis de requerer e conseguir assistência de outros.*  
Neste fenómeno está incluído o *“Comportamento de Adesão é um tipo de Comportamento de Procura de Saúde com as seguintes características específicas: acção auto-iniciada para promover o bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos.*
- ***Gestão do Regime Terapêutico** é um tipo de Comportamento de Adesão com as seguintes características específicas: executar as actividades cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária.*
- ***Conhecimento** é um tipo de Pensamento com as seguintes características específicas: Conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação.”*

**INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO**

**Avaliar potencial para melhorar o conhecimento**

**Selecionar resposta Sim/Não:**

- \* Capacidade cognitiva
- \* Consciencialização das mudanças no seu estado de saúde
- \* Força de vontade expressa na aprendizagem
- \* Envolvimento no processo de ensino/aprendizagem

**FOCO**

**DIAGNÓSTICO**

**INTERVENÇÕES**

**Horário**

**CONHECIMENTO**

**Avaliar conhecimento**

- Avaliar potencial para melhorar o conhecimento
- Educar para a saúde
- Ensinar sobre comportamento de procura de saúde
- Ensinar sobre doença
- => Avaliar conhecimento sobre a doença
- => Ensinar sobre comportamento de procura de saúde
- => Ensinar sobre processo patológico
- => Educar para a saúde

Neste contacto ou todos os contactos

**Observações:** Durante a evolução, ir actualizando o *Status* do foco sem lhe dar termo. Quando já não apresentar qualquer alteração do foco, seleccionar a opção **ausente/demonstrado** (para se monitorizar a evolução)

**INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO**

**Avaliar conhecimento sobre a doença**

**Selecionar resposta Não demonstra/Demonstra/Não aplicável:**

- \* Familiaridade com o nome da doença
- \* Descrição do processo da doença
- \* Descrição de sinais e sintomas
- \* Descrição do curso da doença
- \* Descrição das complicações.

**FOCO**

**DIAGNÓSTICO**

**INTERVENÇÕES**

**Horário**

**CONHECIMENTO**

**Potencial para melhorar o conhecimento sobre a doença**

- Avaliar conhecimento sobre a doença
- Ensinar sobre as complicações da doença
- Ensinar sobre condição do doente
- Ensinar sobre a doença

Neste contacto ou todos os contactos

**Observações:** Durante a evolução, ir actualizando o *Status* do foco sem lhe dar termo. Quando já não apresentar qualquer alteração do foco, seleccionar a opção **ausente/demonstrado** (para se monitorizar a evolução)

## INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO

<b>Avaliar comportamento de procura de saúde</b>		<b>Selecionar resposta</b> <b>Não demonstra/Demonstra/Não aplicável:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Familiaridade com o nome da doença</li> <li>* Descrição do processo da doença</li> <li>* Descrição de sinais e sintomas</li> <li>* Descrição do curso da doença</li> <li>* Descrição das complicações</li> </ul>	
FOCO	DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES	Horário
<b>COMPORTAMENTO de PROCURA de SAÚDE</b>	<b>Potencial para melhorar o comportamento de procura de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar comportamento de procura de saúde</li> <li>- Ensinar sobre comportamento de procura de saúde</li> <li>- Ensinar o exame</li> <li>- Ensinar sobre recursos de comunidade</li> <li>- Ensinar sobre serviços de saúde</li> <li>- Incentivar adesão a comportamento de procura de saúde</li> <li>- Incentivar comportamento de procura de saúde</li> <li>- Incentivar iniciativa</li> <li>- Incentivar tomada de decisão</li> <li>- Orientar a família para o serviço comunitário</li> <li>- Orientar para o enfermeiro de família</li> <li>- Orientar para o serviço de saúde</li> <li>- Orientar pessoa para exame</li> <li>- Orientar prestador de cuidados para grupos de suporte</li> <li>- Planear actividade</li> </ul>	Neste contacto ou todos os contactos
<p><b>Observações:</b> Durante a evolução, ir actualizando o Status do foco sem lhe dar termo. Quando já não apresentar qualquer alteração do foco, seleccionar a opção <u>ausente/demonstrado</u> (para se monitorizar a evolução).</p>			

**INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO**

<b>Avaliar a adesão ao regime terapêutico</b>		<b>Selecionar resposta</b> <b>Não demonstra/Demonstra/Não aplicável:</b> * Validar conhecimento sobre adesão ao regime terapêutico * Validar conhecimento: Adesão ao Regime terapêutico	
FOCO	DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES	Horário
<b>ADESÃO ao REGIME TERAPÊUTICO</b>	<b>Comportamentos relacionados com a alimentação, o exercício físico e a toma de medicação</b>	- Ensinar sobre hábitos de saúde; - Avaliar comportamento de adesão: conhecimento sobre hábitos de saúde - Vigiar cumprimento do regime medicamentoso - Avaliar tomada de decisão	Neste contacto ou todos os contactos
	<b>Observações:</b> Durante a evolução, ir actualizando o Status do foco sem lhe dar termo. Quando já não apresentar qualquer alteração do foco, seleccionar a opção <b>ausente/demonstrado</b> (para se monitorizar a evolução)		

## INTERVENÇÃO DE DIAGNÓSTICO

**Avaliar Gestão de regime terapêutico**

**Gestão de regime terapêutico**

**Selecionar resposta Sim/Não:**

- \*Capacidade física
- \*Consciencialização das mudanças no estado de saúde
- \*Força de vontade expressa para a aprendizagem
- \*Envolvimento no processo de ensino/aprendizagem

FOCO	DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES	Horário
<b>GESTÃO do REGIME TERAPÊUTICO</b>	<b>Gestão do regime terapêutico comprometido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoiar na tomada de decisão</li> <li>- Assistir a identificar crença de saúde dificultadora da gestão do regime terapêutico</li> <li>- Assistir a identificar significado dificultadora da gestão do regime terapêutico</li> <li>- Assistir na gestão do regime terapêutico</li> <li>- Avaliar gestão do regime terapêutico</li> <li>- Encorajar tomada de decisão</li> <li>- Encorajar tomada de decisão para comportamento de adesão</li> <li>- Ensinar sobre autovigilância</li> <li>- Ensinar sobre complicações</li> <li>- Ensinar sobre complicações da gestão de regime terapêutico ineficaz</li> <li>- Ensinar sobre gestão do regime terapêutico</li> <li>- Ensinar sobre o uso de substâncias</li> <li>- Ensinar sobre padrão alimentar</li> <li>- Ensinar sobre padrão de exercício</li> <li>- Ensinar sobre padrão de repouso</li> <li>- Ensinar sobre recursos da comunidade</li> <li>- Ensinar sobre regime medicamentoso</li> <li>- Gerir grupo de apoio/suporte</li> <li>- Gerir regime medicamentoso</li> <li>- Incentivar adesão ao regime terapêutico</li> <li>- Incentivar aprendizagem de habilidades para otimizar gestão do regime terapêutico</li> <li>- Incentivar atividade</li> <li>- Incentivar atividade física</li> <li>- Incentivar autovigilância</li> <li>- Incentivar envolvimento do prestador de cuidados</li> <li>- Incentivar progressos</li> <li>- Incentivar relação dinâmica com</li> </ul>	Neste contacto ou todos os contactos

---

		<p>           pessoas com gestão do regime terapêutico eficaz            - Incentivar tomada de decisão            - Negociar um contrato de saúde            - Orientar para o serviço de saúde            - Planear atividade            - Planear consulta            - Planear dieta            - Providenciar material de leitura sobre gestão do regime terapêutico            - Providenciar material de leitura sobre regime medicamentoso         </p>	
		<p> <b>Observações:</b> Durante a evolução, ir actualizando o Status do foco sem lhe dar termo. Quando já não apresentar qualquer alteração do foco, seleccionar a opção <b>ausente/demonstrado</b> (para se monitorizar a evolução)         </p>	

---

**Apêndice VIII – Guia de Orientador para os Registos de Enfermagem em  
SClínico**

# Consulta de Enfermagem



## **GUIA ORIENTADOR** **para os registos em** **SClínico**



Documento realizado no âmbito do estágio de Saúde Comunitária do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Enfermagem Comunitária da UCP 2021.

Kátia Fortunato (mestranda)  
Eduardo [redacted] e Eduarda [redacted] (orientadores de estágio)  
Prof.ª Dr.ª Cândida Durão (orientador académico)

[redacted], 2021

---

## 1 - Pertinência do documento

- Uniformizar e sistematizar os Registos de Enfermagem em SClínico
- Permitir cuidados centrados na pessoa, seguros e eficazes através da tomada de decisão clínica informada, comunicação e continuidade de cuidados

## 2 - Codificação de consulta de enfermagem e ato de enfermagem

A CIPE é uma linguagem que permite padronizar a documentação de Enfermagem no momento da prestação de cuidados.

Sendo que alguns dos códigos permitem classificar diagnósticos, fenómenos e intervenções que são específicos de determinados tipos de consulta de enfermagem e nesses termos podem ser úteis para identificar especificamente a realização das mesmas.

### ➤ 2.1 - Codificação acto de enfermagem

Para registos de actividades de enfermagem que envolvem apenas prescrições:

intervenção interdependente (p.ex. medicação anti-tuberculostática)  
**e/ou**  
intervenção autónoma.

Para proceder ao registo do ato de enfermagem deve **conter pelo menos**:

- uma intervenção de enfermagem autónoma
- OU**
- uma "medicação"
- OU**
- uma "atitude terapêutica"

### ➤ 2.2 - Codificação de consulta de enfermagem

Consulta é a actividade de um profissional de saúde relacionada com um utente, de onde resulta um diagnóstico e um plano.

Para que os RE sejam considerados CE necessita de **pelo menos**:

- **dados de avaliação + um novo diagnóstico de enfermagem+ registo de pelo menos uma intervenção de enfermagem**
- OU**
- . conter pelo menos **um diagnóstico de enfermagem ativo +pelo menos um novo registo de intervenção de enfermagem.**

A consulta pode ser

- Com a presença do doente (ou Directa)
- Sem presença (ou Indirecta) --» **assinalar** na *Checkbox*

Se o **[contacto não presencial] + um dos itens em [Meios de realização não presencial]:**  
*Email, chat, SMS ou outros canais digitais de texto ou*

Telefone ou telemóvel **ou**  
Videochamada

### 3 - Definir Programa de Saúde

Para a CE de TL será obrigatoriamente necessário ativar:

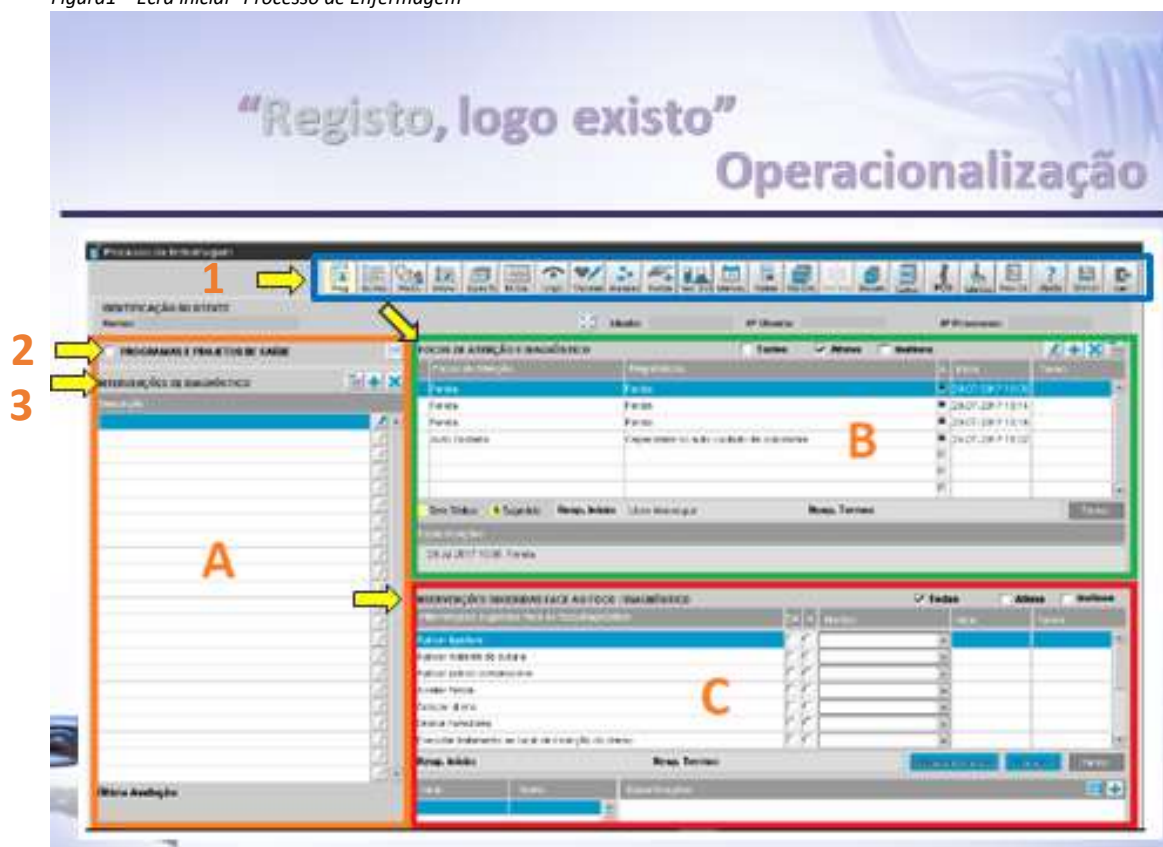
PNLCT Acompanhamento de doentes com Tuberculose + Programa em função da idade da pessoa (Saúde Adulto / PN Saúde Idoso / PN Juvenil)

### 4- Operacionalização dos RE

As seguintes figuras são *printscreen's* adaptados do manual de utilizador do SClínico-Processo de Enfermagem (SPMS, agosto 2017) e de *printscreen's* retiradas do próprio aplicativo durante consultas de enfermagem realizadas, salvaguardando-se a omissão de quaisquer dados sensíveis. Segue a descrição por passos e com as respectivas feridas ilustrações do procedimento a para efectivar e realizar os RE.

→ Passo 1 - Ecrã Inicial do Processo de Enfermagem

Figura1 – Ecrã inicial “Processo de Enfermagem”



Nesta Figura 1 constam as três grandes áreas do Processo de Enfermagem correspondem às letras:

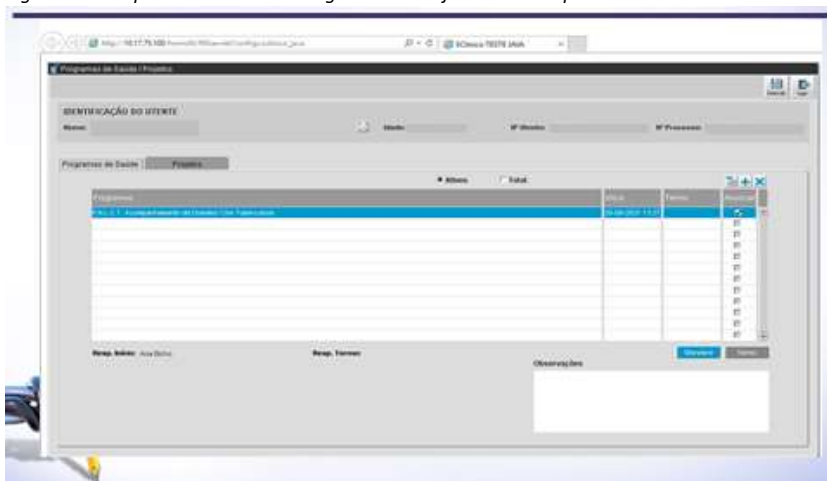
- A- Intervenções de diagnóstico;
- B- Foco/diagnósticos de enfermagem;
- C- Intervenções sugeridas face ao Foco/Diagnóstico.

Os algoritmos correspondem aos ícone que dão acesso a:

- 1- Barra de ferramentas
- 2- Identificação dos Programas e Projetos de saúde
- 3- Intervenções de Diagnóstico

→ Passo 2 – Ativar Identificação dos Programas e Projetos de saúde

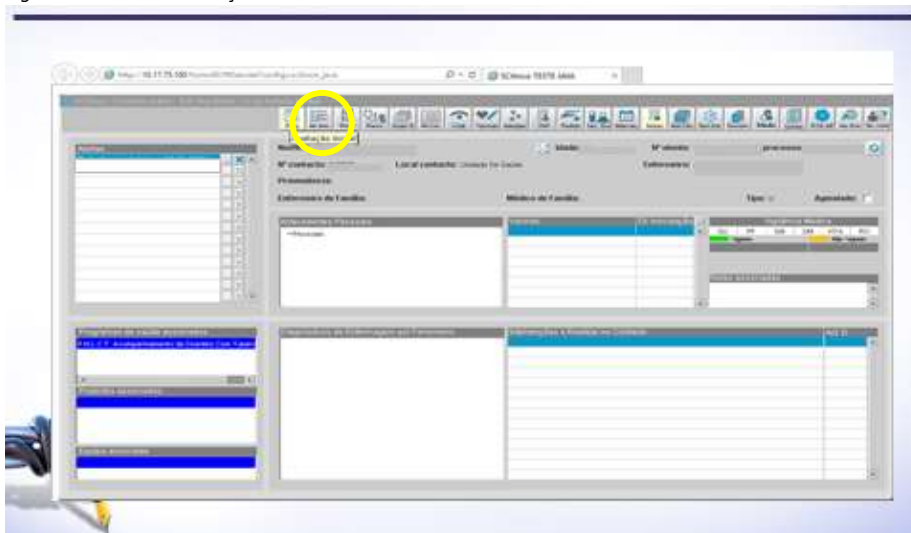
Figura1 – Ecrã para seleccionar o Programa ou Projeto de saúde pretendido



→ Passo 3 – Avaliação inicial

Na barra superior do ecrã principal do painel do processo de enfermagem (figura 1) clicar na opção “Avaliação inicial” como demonstra a Figura 3

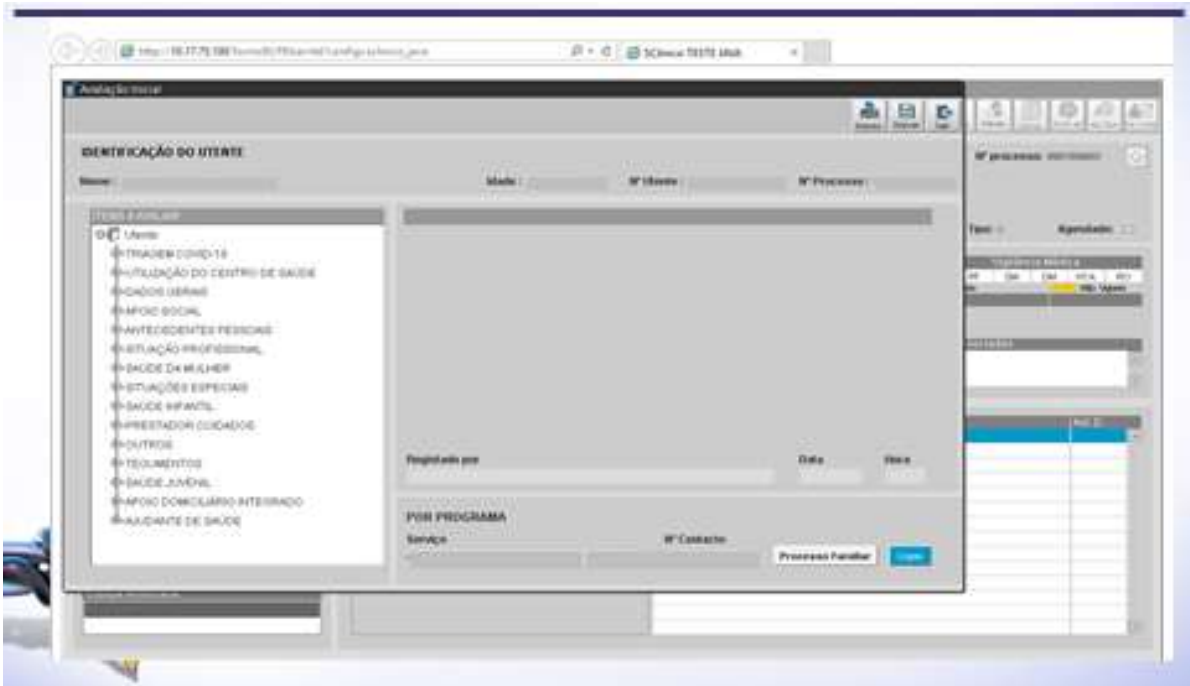
Figura3 – Acesso à avaliação inicial



→ Passo 4 – Preenchimento da Avaliação inicial

Depois de clicar no ícone “Avaliação inicial” abre uma nova janela com várias opções que correspondem a diferentes campos de preenchimento (Figura 4) e que se fará de acordo com o que se pretender.

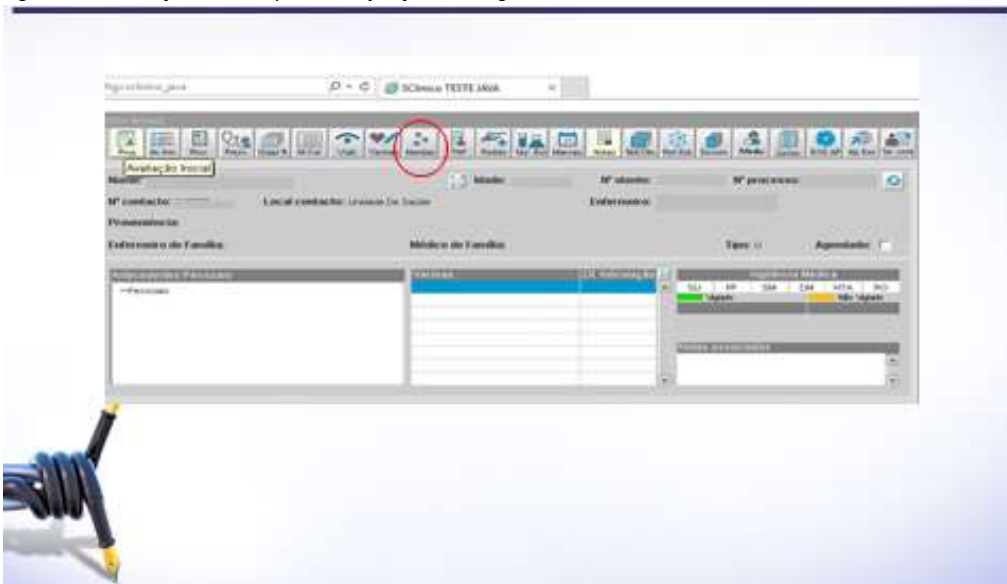
Figura 4 – Preenchimento da avaliação inicial



→ Passo 5– Preenchimento de Alergias

Se necessário, há um ícone específico para identificar alergias (Figura 5) e que também se encontra na barra superior. Em caso de qualquer tipo de alergia este ícone deve ser preenchido para que haja a criação de um alerta automático pelo próprio programa.

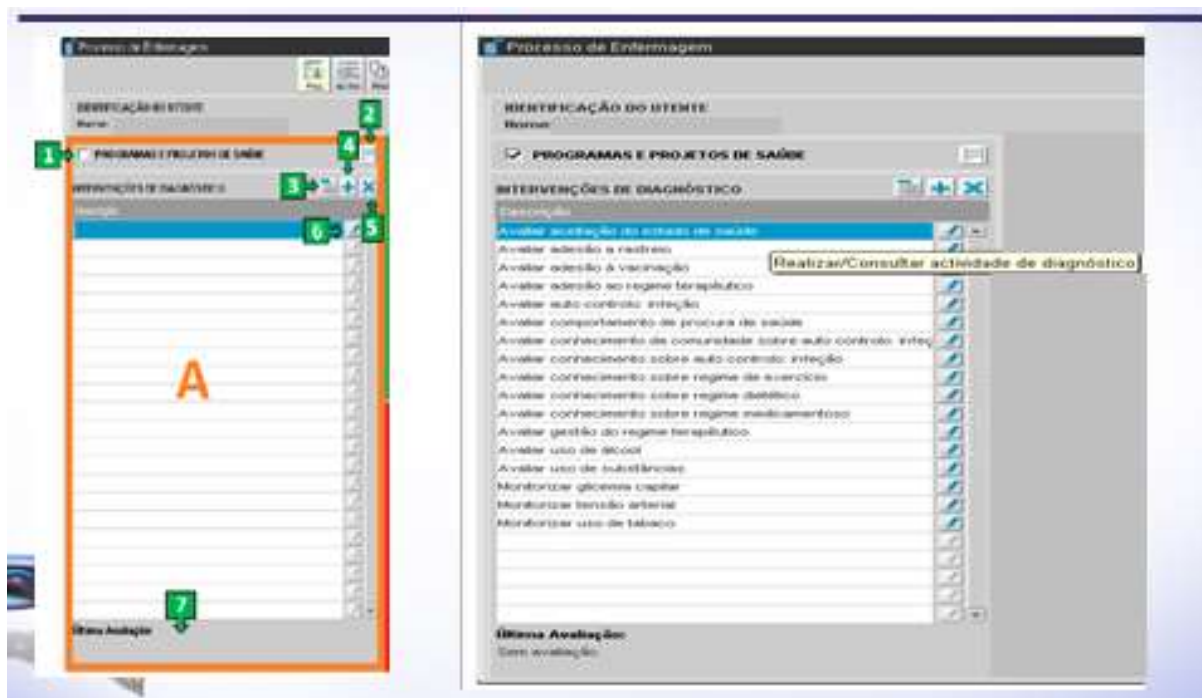
Figura 5 – Localização do ícone para identificação de Alergias



→ Passo 6 – Selecção de Intervenções de Diagnóstico

Ao se ter seleccionado anteriormente no passo 2 o Programa ou Projecto de saúde e se estiver parametrizado, o campo de Intervenções de Diagnóstico surgirá com sugestões. No caso de não surgir nenhuma e/ou se necessitar de outras é possível aceder através de botões que estão identificados com algarismos na Figura 6 e que infra se encontra a descrição de cada um deles.

Figura 6 – Intervenções de Diagnóstico



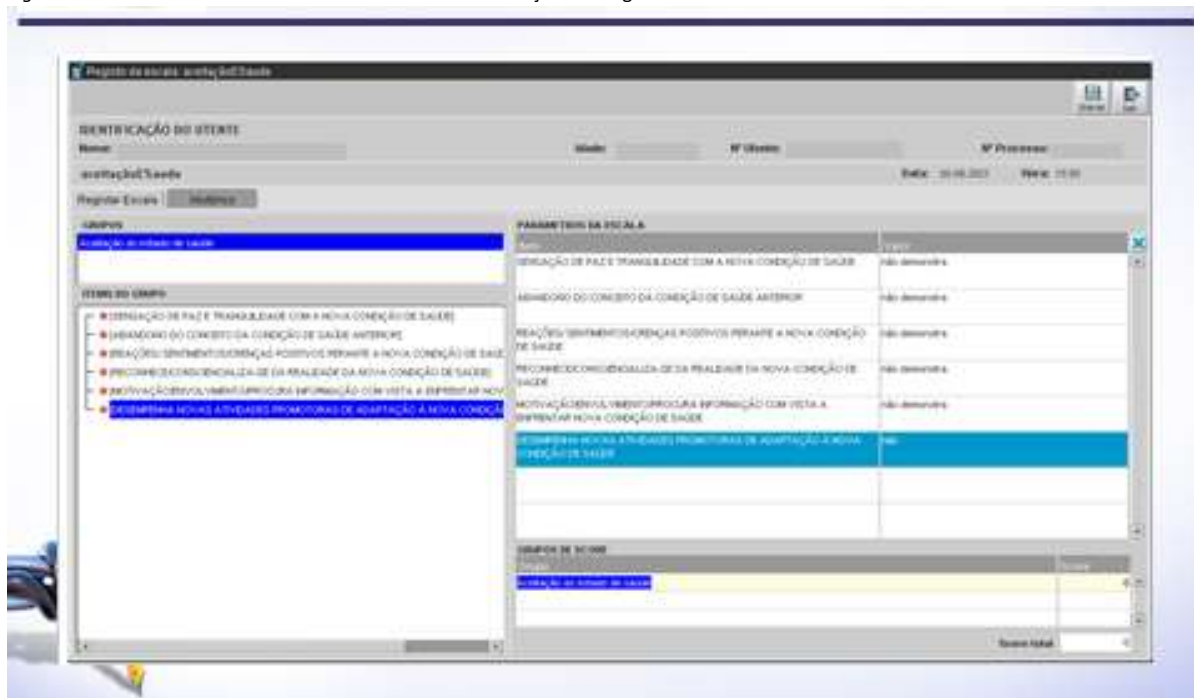
**Legenda campo “Intervenções de diagnóstico”:**

1. Caixa de seleção que, no caso de o utente ter associado um programa/projecto de saúde, estará ativa, aparecendo disponíveis para realização todas as intervenções de diagnóstico parametrizadas para esse(s) programa(s)/projecto(s). Clicando em (1) é possível activar/inactivar a visualização das intervenções de diagnóstico parametrizadas a cada programa/projecto de saúde;
2. Botão que permite seleccionar a visualização de intervenções de diagnóstico por programa(s) e/ou projecto(s) associados ao utente;
3. Botão que permite aceder à lista de intervenções de diagnóstico, parametrizadas no SClínico;
4. Botão que permite inserir uma nova linha e posteriormente seleccionar uma intervenção de diagnóstico;
5. Botão que permite remover uma intervenção de diagnóstico da lista de visualização;
6. Botão que permite a realização da intervenção de diagnóstico seleccionada;
7. Área com dados referentes à última realização da intervenção seleccionada.” (SPMS, 2017, p.5 e 6).

→ Passo 7 – Intervenções de Diagnóstico

Ao se ter seleccionado a Intervenção de Diagnóstico pretendida, abre um novo ecrã onde constam questões (por exemplo preenchimento de critérios de demonstrado/não demonstrado) que visam a identificação mais ajustada para o Foco de atenção e para os Diagnósticos, facilitando a construção dos mesmos (Figura 7).

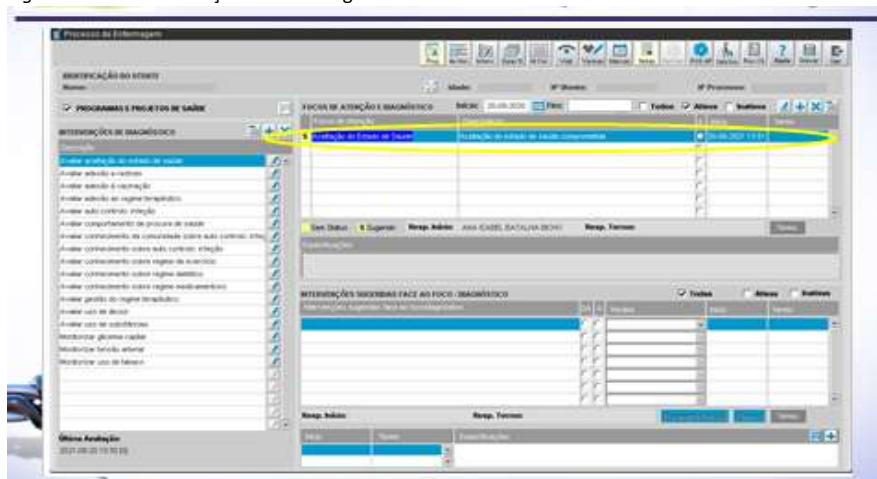
Figura 7 – Questões relacionadas com determinada Intervenção de Diagnóstico



→ Passo 8 – Focos de atenção e Diagnósticos Intervenções de Diagnóstico

Após o preenchimento das questões das Intervenções de Diagnóstico, o programa gera automaticamente o Foco de atenção e o seu Diagnóstico (Figura 8).

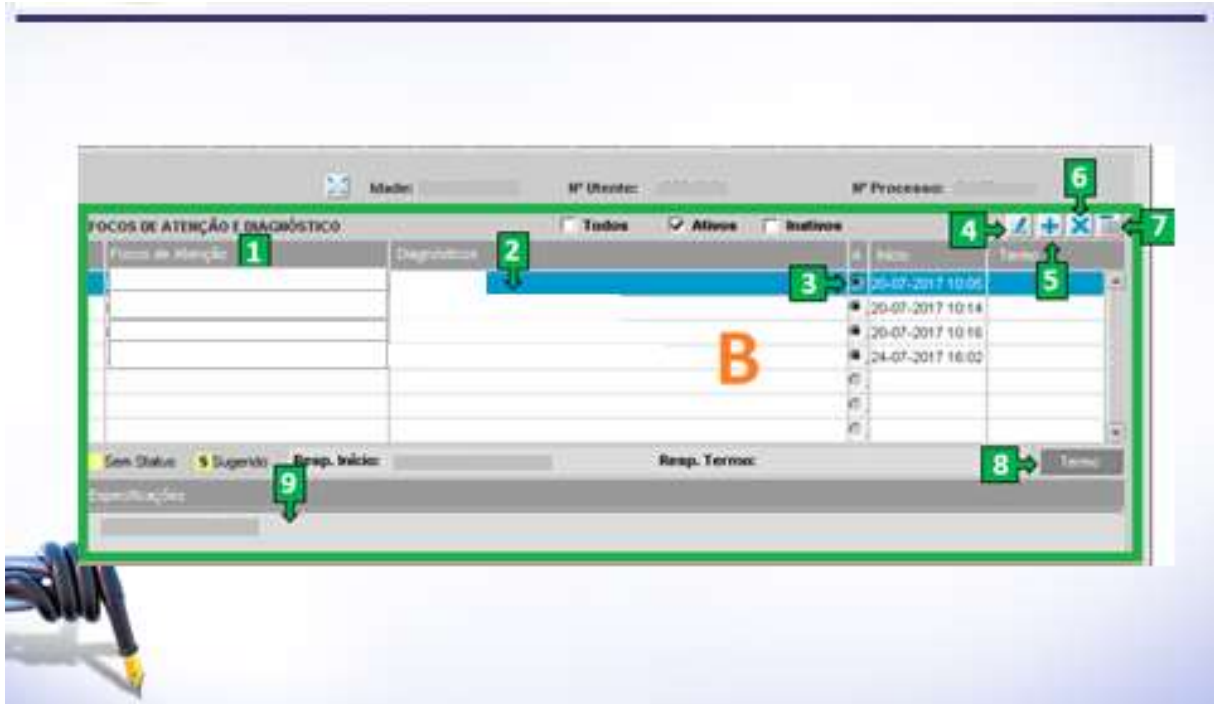
Figura 8 – Foco de atenção e o seu Diagnóstico



→ Passo 9 – Focos de atenção e Diagnósticos Intervenções de Diagnóstico (continuação)

Após o programa gerar o Foco de atenção e Diagnóstico Intervenções de Diagnóstico, há a ainda a possibilidade de introduzir mais informação pertinente, como se ilustra na Figura 9.

Figura 9 – Potencialidade do campo Foco de atenção e o seu Diagnóstico



**Legenda e Informação do Foco de atenção e diagnóstico :**

**“1. Nesta área do Foco de atenção:**

- serão visualizados os focos de atenção sugeridos pelo sistema de apoio à tomada de decisão
- é possível adicionar um foco de atenção: acedendo a uma lista de valores ou escrevendo na linha respectiva;

**2. Nesta área:**

- serão visualizados os diagnósticos de enfermagem sugeridos pelo sistema de apoio à tomada de decisão
- é possível adicionar um diagnóstico de enfermagem: acedendo a uma lista de valores;

**3. Campo que permite activar o foco/diagnóstico de enfermagem – a activação é necessária para disponibilizar as respectivas intervenções associadas. O sistema de apoio à tomada de decisão sugere focos/diagnósticos mas estes só ficarão activos para o doente depois de seleccionar este "botão";**

**4. Botão que permite a associação de uma especificação a um diagnóstico seleccionado e activo para o utente;**

**5. Botão que permite adicionar uma linha e posteriormente adicionar foco/diagnóstico;**

**6. Botão que permite remover foco de atenção desde que não tenha intervenções associadas/realizadas;**

**7. Botão que dá acesso à lista de fenómenos;**

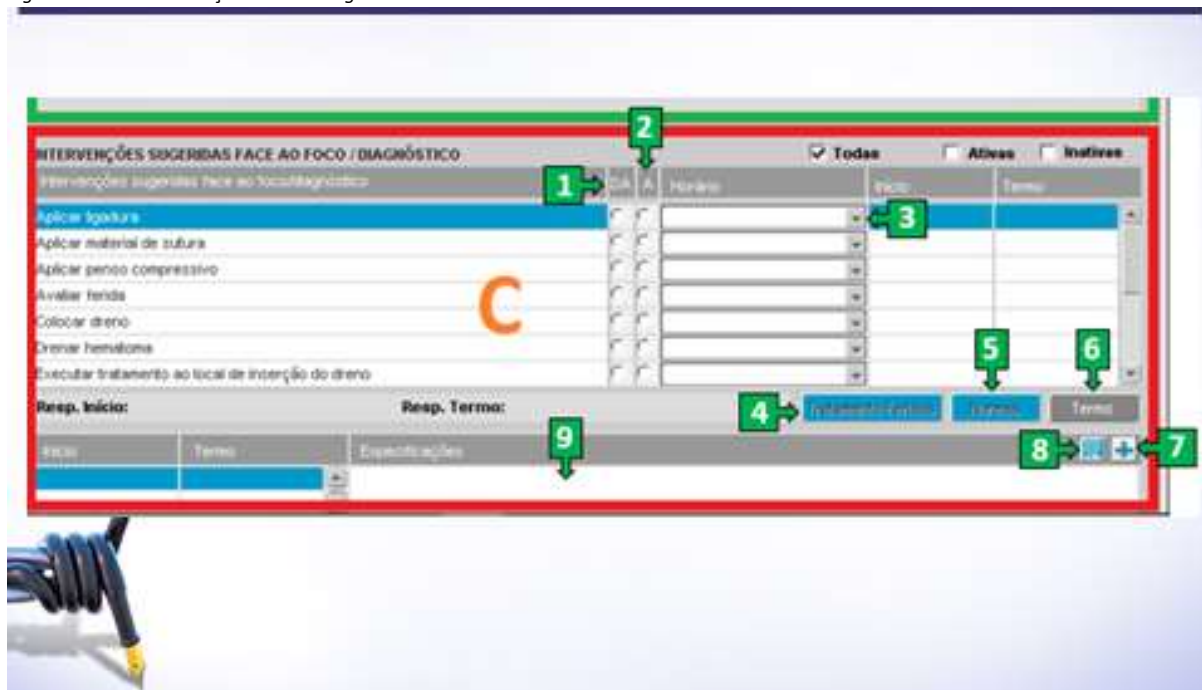
**8. Botão que permite dar termo ao foco/diagnóstico;**

9. Área de visualização do histórico e evolução dos diagnósticos de enfermagem referente ao foco/diagnóstico selecionado.” (SPMS, 2017, p.7).

→ Passo 10 – Intervenções sugeridas face aos Foco de atenção/Diagnósticos

Após o passo anterior, o programa gera sugestões de intervenção face ao Foco de atenção e Diagnóstico criado (Figura 10). Este campo também pode ser completado com mais informação recorrendo aos botões disponibilizados nessa área, como se descreve infra.

Figura 10 –Foco de atenção e o seu Diagnóstico



**Legenda campo *Intervenções* (de enfermagem) *sugeridas face ao foco/diagnóstico***

“1. Campo que indica as intervenções de enfermagem que estão activa mas que, pela evolução do diagnóstico, já não estão sugeridas face ao diagnóstico actual;

2. Campo que indica as intervenções selecionadas face ao foco/diagnóstico – fica preenchido logo que é atribuído um horário à intervenção;

3. Campo que lista os tipos de horários possíveis, a definir para a intervenção selecionada;

4. Botão que permite associar o plano de tratamento das feridas (produtos/solutos) – só fica activo para as intervenções do tipo "Executar tratamento...";

5. Botão que permite associar normas a intervenções;

6. Botão que permite dar termo à intervenção;

7. Botão que permite inserir uma especificação à intervenção selecionada – nos casos em que já existe uma especificação, ao clicar neste botão, é dado termo à especificação anterior e é disponibilizado um campo para uma nova especificação;

8. Botão que permite gravar - atribui automaticamente uma data/hora de início;

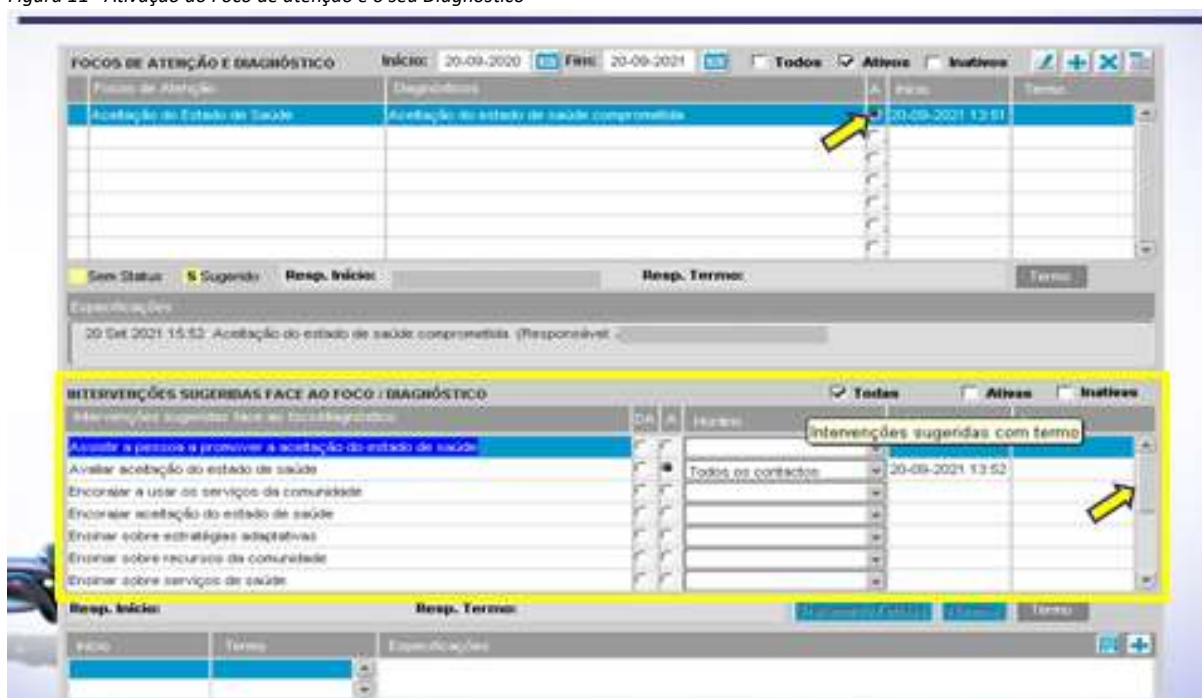
9. Área de visualização da(s) especificação(ões) associadas à intervenção seleccionada.” (SPMS, 2017, p.8 e 9).

Por exemplo, especificar que é uma “CE para cliente com TL”

→ Passo 11 – Intervenções sugeridas face aos Foco de atenção/Diagnósticos (continuação)

Atenção que as Intervenções sugeridas face aos Foco de atenção/Diagnósticos surgem se este último se encontrara activo, como se demonstra na Figura 11. Ao estar activo um foco de atenção, o programa apresenta sempre todas as que estão parametrizadas , **de acordo com o foco de atenção/diagnóstico**.

Figura 11 –Ativação do Foco de atenção e o seu Diagnóstico



→ Passo 12 – Activação das Intervenções face aos Foco de atenção/Diagnósticos  
Neste campo é para se seleccionar as intervenções que melhor se adequam à pessoa.

Mas, há a possibilidade em seleccionar outras, sempre que necessário, atendendo à personalização do plano de cuidados. **Podem-se procurar intervenções “avulso”**.

Figura 12 –Ativação do Foco de atenção e o seu Diagnóstico



---

**Apêndice IX – Documento para avaliação da melhoria da qualidade da CE para clientes com TL**

---

# Projeto

## “Registo, logo existo”

Proposta para avaliação do processo de  
melhoria contínua



Documento realizado no âmbito do estágio de Saúde Comunitária do ICS Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Enfermagem Comunitária da UCP gge;

Kátia Fortunato (mestranda)

Enfª [REDACTED] e Enfª [REDACTED] (orientadores de estágio)

Profª D.ª Cândida Duarte (orientador académico)

[REDACTED], 2021

A sugestão apresentada tem como fundamentação a informação de diversos documentos nacionais e internacionais que alinham a estratégia da TB, a contratualização para a USP, os indicadores de saúde descritos na meta-análise do BI-CSP apresentada e analisada ao longo do relatório, bem como as circunstâncias observadas aquando da realização do estágio. Assim, procedeu-se à adaptação da Tabela 6 - **Fases do processo de melhoria contínua de qualidade**, que consta no documento emanado pela ACSS (2020), “Operacionalização Contratualização de Cuidados de Saúde Primários – Biénio 2020/2021”, para possível submissão ao Conselho Clínico e de saúde do ACeS.

Esta proposta enquadra-se da seguinte forma:

**Indicador:** Área da Qualidade Organizacional

**Subárea:** Melhoria contínua da Qualidade

**Dimensão:** Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados

Fase	Nome da Fase	Descrição	Critérios de cumprimento da fase
1	Identificação	<p><b>Projeto “REGISTO, LOGO EXISTO”</b></p> <p>Melhoria dos registos, no programa SClínico, referentes à consulta de enfermagem a pessoas com TL realizadas no CDP</p>	Registo com validação pelo conselho clínico e de saúde do ACES
2	Definição do processo e resultado esperado	<p><b>Definição do processo</b></p> <p>Enfermeiro responsável pela realização da consulta de enfermagem, no CDP, a pessoas com TL deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ saber distinguir “ato de enfermagem” de “consulta de enfermagem”, para adequara os RE em função do descritor</li> </ul>	Registo com validação pelo conselho clínico e de saúde do ACES

		<p>definido pelo SPMS;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ realizar os registos com base no Padrão Documental e cumprir com norma de desempenho nº <math>x</math> que estrutura o procedimento dos mesmos;</li> <li>➤ nomear um enfermeiro da USP como elemento dinamizador pelos RE ( preferencialmente elemento com formação e/ou experiência em RE em SClínico, com características pessoais motivacionais, de assertividade e com perfil de formador).</li> <li>➤ Reunir com enfermeiro dinamizador do ACeS, pelo menos duas vez ano (discutir operacionalização da contratualização e resultados da avaliação/auditorias).</li> </ul> <p><b>Resultados esperados/ Indicadores de resultado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Que 100% dos enfermeiros da USP tenham conhecimento para realizar RE em SClínico, no decorrer consulta de enfermagem a pessoas com TL realizadas no CDP;</li> <li>➤ Que 100% dos enfermeiros da USP que realizam consulta a pessoas com TL no CDP, procedam aos respectivos RE em SClínico, de acordo com a norma de procedimento <math>x</math>;</li> <li>➤ Que <math>x</math> % das pessoas com TL consultadas pelo enfermeiro do CDP tenham RE em SClínico;</li> <li>➤ Que <math>x</math> % das pessoas com TL consultadas pelo enfermeiro do CDP tenham nos RE em SClínico, o fenómeno A ou B, ou C ou Y ou Z (por exemplo: comportamento de adesão; gestão do regime terapêutico (GRT); auto-administração de medicamentos, com sintomas adversos à terapêutica; sem sintomas adversos à terapêutica, ...);</li> <li>➤ Existência de um enfermeiro dinamizador na USP pelos RE</li> </ul>	
--	--	--	--



		<p>em SClínico e pelas auditorias aos RE da USP ao longo do ano;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mínimo de 2 reuniões por ano com enfermeiro dinamizador do ACeS (discutir operacionalização da contratualização e resultados da avaliação/auditorias).</li> </ul> <p><b>Indicadores de Impacto (6 meses, 12 meses pós início)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Proporção de utentes TL com registo de GRT =</i>  <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ total utentes inscritos com TL padrão CE TL}}{\text{N}^\circ \text{ total utentes inscritos com TL}}</math> </li> <li>➤ <i>Taxa de prevalência de Conhecimento sobre doença =</i>  <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ total utentes com RE de Conhecimento sobre doença}}{\text{N}^\circ \text{ total utentes CE TL}} \times 100</math> </li> <li>➤ <i>Taxa de prevalência de determinado efeito adverso à terapêut</i>  <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ total utentes com RE de determinado efeito adverso à terapêutica}}{\text{N}^\circ \text{ total utentes CE TL}} \times</math> </li> <li>➤ <i>Taxa de efetividade sobre fenómeno Y * na CE para clientes co</i>  <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ total DE com melhoria do status do fenómeno Y}^*}{\text{N}^\circ \text{ total para fenómeno Y}^*} \times 100</math> </li> </ul> <p>* fenómeno Y= por exemplo: comportamento de adesão; gestão do regime terapêutico (GRT); auto-administração de medicamentos, com sintomas adversos à terapêutica; sem sintomas adversos à terapêutica.</p>	
3	Avaliação do		Registo com validação

	desempenho atual	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Na USP: <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Sem participação (aparentemente) de enfermeiro no conselho técnico para gestão da qualidade;</li> <li>→ Sem nomeação de enfermeiro na coordenação para contratualização;</li> <li>→ Não existe elemento dinamizador em RE em SClinico na USP e nenhum enfermeiro com perfil de parametrizador;</li> <li>→ Não existe parceria com elemento(s) responsáveis pelos RE em SClinico no ACeS;</li> <li>→ SIE não permite relatório-avaliação dos DE por não estarem contratualizados;</li> <li>→ Auditorias manuais com consulta retrospectiva dos processos, num determinado espaço de tempo, para avaliação de situação;</li> <li>→ Parametrização diferente em cada servidor das UF e sem interoperabilidade entre eles;</li> <li>→ Suspensas as reuniões com grupo de trabalho da ARSLVT sobre padronização dos RE.</li> </ul> </li>   <li>❖ No CDP: <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Não se procede ao princípio de distinção entre “ato de enfermagem” e “CE”, no contacto com a pessoa;</li> <li>→ Apenas um dos cinco enfermeiros da USP refere ter alguns conhecimentos e que realiza com frequência diária RE em SClinico na CE para pessoas com TL;</li> <li>→ Desconhece-se a taxa de prevalência do DE “Conhecimento sobre a doença”, por não ser DE utilizado nesta consulta;</li> </ul> </li> </ul>	pelo conselho clínico e de saúde do ACES
--	------------------	---	--



		<p>→ Desconhece-se a taxa de pessoas com e sem efeitos adversos à terapêutica por não se realizar a respectiva intervenção de diagnóstico e não se registar os DE quando os efeitos adversos estão presentes;</p> <p>→ Difícil de obter ganhos em saúde por dificuldade em calcular dados sensíveis aos cuidados.</p>	
4	Discussão, e análise dos resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elemento dinamizador pelos RE realiza <math>x</math> auditorias por ano;</li> <li>• Receber do conselho clínico os resultados anuais extraídos pelo SIARS;</li> <li>• Discussão e reflexão sobre resultados das auditorias e/ou resultado extraído pelo SIARS, com toda a equipa;</li> <li>• Em equipa, identificar e implementar medidas correctivas, se necessário;</li> <li>• Solicitar formação e/ou apoio ao elemento dinamizador do ACeS ou/e fora do ACeS</li> <li>• Elemento dinamizador da USP deve ser informado da evolução do projecto de padronização da ARSLVT e partilhá-la com a equipa.</li> </ul>	Validação pelo conselho clínico e de saúde do ACES baseado no relatório de execução das auditorias
5	Introdução das mudanças	<p>✓ Com base na metodologia do ciclo PCDA implementar as estratégias identificadas e definir tempo para re-avaliação após implementação.</p>	Validação pelo conselho clínico e de saúde do ACES baseado no relatório de execução das auditorias
6	Reavaliação do desempenho atual	<p><i>Corresponde a responder à questão "O que está a acontecer?" Esta fase é equivalente à fase 3 do 1º ciclo de auditoria e só deve ocorrer depois do processo de auditoria e corresponde simultaneamente ao</i></p>	Validação pelo conselho clínico e de saúde do ACES

		<i>fecho de um ciclo e início do ciclo seguinte de auditoria</i>	baseado no relatório de execução das auditorias
7	Repetição do ciclo a partir da fase 4	<i>Repetição do ciclo (fases 4, 5 e 6) até resultado esperado ou definição de indicadores, intervalos esperados e mecanismos automáticos de alerta que permitam monitorizar esse processo</i>	Não tem



## **ANEXOS**



**Anexo I – Certificado curso de “Formação Profissional de Sistemas de Gestão da  
Qualidade”**

## Certificado de Frequência Formação Profissional

Certifica-se que **Katia Rodrigues Dinis Fortunato**, natural de Sê (Guarda), nascida em 1977-12-12, com o N.º de Identificação Civil 206716214, frequentou nos dias 23 de setembro de 2021, o curso de Formação Profissional de **Sistemas de Gestão da Qualidade – Implementação da NP EN ISO 9001:2015**, tendo assistido a 8 horas.

Conteúdo Programático	Horas
<b>1. Princípios da Gestão da Qualidade:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceito de Qualidade;</li> <li>• Focalização no Cliente;</li> <li>• Liderança;</li> <li>• Comprometimento;</li> <li>• Melhoria;</li> <li>• Evidências.</li> </ul>	
<b>2. Abordagem por processos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagrama de Processos;</li> <li>• Ciclo PDCA;</li> <li>• Gestão de Risco.</li> </ul>	
<b>3. Requisitos normativos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceito da Organização;</li> <li>• Liderança;</li> <li>• Planeamento;</li> <li>• Suporte;</li> <li>• Operacionalização;</li> <li>• Avaliação de Desempenho;</li> <li>• Melhoria.</li> </ul>	
<b>4. Estratégias de Implementação do SGQ:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Planeamento;</li> <li>• Suporte Documental.</li> </ul>	
<b>Total</b>	<b>8 Horas</b>

Caparica, 24 de outubro de 2021

  
Assinado de forma digital por António José Paes, Membro do Conselho  
 Data: 2021.10.20 13:43:52 +01'00'  
 Presidente do IPQ

**Francisco Nunes e Sá**  
Assinado de forma digital por Francisco Nunes e Sá  
 Data: 2021.10.20 23:17:08 +01'00'  
 Presidente do CEDINTEC

Certificado n.º 2021/196/IPQ-CEDINTEC

IPQ

CEDINTEC

## **Anexo II – Certificado apresentação de póster**

**CERTIFICADO**

Certifica-se que as Enfermeiras **Cláudia Domingos, Conceição Barbosa e Kátia Fortunato**, participaram no **III Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (edição online)**, no **dia 27 de novembro de 2020**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, com a apresentação do Poster n.º 46 com o tema **“INTERVENÇÕES UTILIZADAS PARA A PREVENÇÃO DE HÁBITOS ALCOÓLICOS NOS ADOLESCENTES”**

Lisboa, 27 de novembro de 2020.

A Diretora  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP  
  
Universidade Católica Portuguesa  
**Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN**  
Professora Auxiliar



**Anexo III – Publicação de resumo do trabalho intitulado “Intervenções utilizadas para a prevenção de hábitos alcoólicos nos adolescentes”**

## Intervenções utilizadas para a prevenção de hábitos alcoólicos nos adolescentes

Cláudia Domingos<sup>1</sup>, Conceição Barbosa<sup>2</sup>, Kátia Fortunato<sup>3</sup>, Cândida Ferrito<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Norte E.P.E.

<sup>2</sup> Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E.

<sup>3</sup> Centro Hospitalar Lisboa Ocidental E.P.E.

<sup>4</sup> Professora Auxiliar convidada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; Doutora em Enfermagem, Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde e Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária.

### Introdução

A Europa é a região do mundo com os níveis mais elevados de consumo e danos relacionados com o álcool, sendo que Portugal se encontra nos maiores consumidores do mundo por pessoa, de acordo com o *Global Status Report on Alcohol and Health*.

Em Portugal, legalmente, está proibido o acesso e consumo de qualquer bebida alcoólica em locais públicos e em locais abertos ao público a menores

### Materiais e Métodos

Este trabalho recorre à metodologia de revisão da narrativa com recurso a artigos de evidência científica. A sua construção foi elaborada a partir da estratégia: população (P), conceito (C) e contexto (C), na qual se considera "P" adolescente, "C" intervenções para a prevenção de hábitos alcoólicos e "C" em qualquer contexto. Foi realizada uma pesquisa "aberta" através do Google Scholar, PubMed e RCAAP (Repositório

