



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

UNIDADE CURRICULAR - TRABALHO DE PROJETO

A visibilidade da Unidade de Cuidados na Comunidade

**Relatório de Trabalho de Projeto apresentado para a
obtenção do grau de Mestre na especialidade de
Enfermagem Comunitária**

Orientador:

- Prof^a. Dr^a. Maria João Esparteiro

Co-orientadora:

- Prof^a Dr^a Irene Santos

Mestranda:

Albertina Mendonça - nº 100431013

SANTARÉM
2013

Dedicatória

Este trabalho é dedicado aos que não têm capacidade para expressar a sua opinião sobre a Unidade de Cuidados na Comunidade, pela sua vulnerabilidade ou iliteracia... contudo, a intervenção da Unidade faz a diferença na sua vida!

Agradecimentos

Aos clientes, seus familiares, amigos e vizinhos...

Aos profissionais das Unidades de Saúde do concelho...

Aos testemunhos privilegiados que colaboraram no estudo...

À equipa multiprofissional da UCC,

Aos Coordenadores de outras UCC e Vogal do Conselho Clínico,

Às Professoras Orientadoras,

Aos familiares e amigos que colaboraram nesta aventura...

em especial ao Francisco, Duarte e Pedro...

***“O que não formos capazes de nomear, não seremos capazes de controlar,
financiar, ensinar, investigar ou introduzir nas decisões políticas”.***

**Norma Lang
1992**

RESUMO

A Visibilidade da Unidade de Cuidados na Comunidade

A visibilidade de uma Unidade de Cuidados na Comunidade, é analisada, após dois anos de funcionamento, através da Metodologia de Trabalho de Projeto.

Procurou-se contribuir para a uniformização de registos com análise documental e discussão em grupos de trabalho.

A partir da reflexão de quem são os *stakeholders* da Unidade, aplicaram-se 5 tipos de questionários, para conhecer a opinião dos clientes, testemunhos privilegiados e profissionais das outras Unidades de Saúde, sobre a satisfação com os programas e informação sobre critérios de referenciação para a visita domiciliária da Unidade.

Sendo a satisfação dos clientes um dos indicadores de qualidade, 91,21% dos clientes inquiridos, apresentaram uma atitude positiva perante o trabalho desenvolvido, situando-se entre Satisfeito ou Muito Satisfeito.

No âmbito da satisfação global, 93,40% dos inquiridos refere que recomendaria os serviços da Unidade, a familiares e amigos.

Da análise dos resultados emergiu a pergunta PICO: “Quais as estratégias de promoção de saúde que contribuem para a prevenção das Infecções sexualmente transmissíveis, em adolescentes em contexto escolar?”. Esta serviu de guia orientador para a Revisão Sistemática da Literatura, trazendo contributos para os cuidados prestados no Programa de Saúde Escolar.

Nos vários grupos de inquiridos, procurou-se conhecer a opinião sobre as mais-valias, que a Unidade trouxe à comunidade e sugestões para a melhoria da qualidade de cuidados.

Entre as mais-valias reconhece-se: o perfil dos profissionais, os cuidados serem articulados, desenvolverem segurança nos cuidadores, melhorarem a qualidade de vida dos clientes e que a proximidade e prontidão na resposta, evita o recurso a outros serviços de saúde.

De entre as sugestões, salienta-se a necessidade de reforçar os recursos humanos: (Enfermeiros, Terapeutas e Médicos) e recursos materiais (veículos de serviço, ar condicionado, equipamento de fisioterapia). É sugerido reforçar as atividades, nomeadamente: nas Classes de Mobilidade, no apoio ao cuidador e doente em fase final de vida.

Palavras-chave

Cuidados na comunidade, registos, satisfação, mais-valias, prevenção das infeções sexualmente transmissíveis, escola.

ABSTRACT

The Visibility of a Care Unit in the Community

The visibility of a Care Unit in the Community, is examined after two years of operation, through the Work Project Methodology.

We thought to contribute to the standardization of records through document analysis and discussion in working groups. From the reflection of who are the stakeholders of the Unit, we applied five questionnaires to know the opinion of clients, privileged witnesses and professionals from other health units, about satisfaction with the programs and information on criteria for referral of a Home Visit by the Unit.

Client's satisfaction being one of the quality indicators, 91.21% of the clients surveyed had a positive attitude towards work, standing between Satisfied or Very Satisfied. As part of overall satisfaction, 93.40% of respondents stated that they would recommend the unit's services to family and friends.

From the analysis of results, emerged the "PI[C]O" question: "Which strategies of promotion of health contribute to the prevention of sexually transmitted Infections in adolescents in a school context?". This question served as a guideline to the Systematic Review of Literature, contributing to the care provided in the School Health Program? In the various surveyed groups, we thought to know the opinion on capital gains, brought by the unit to the community and suggestions for improving the quality of care.

Among the gains we recognizes: the profile of professionals, care being articulated, develop security in the caregivers, improve the quality of life of clients and the proximity and prompt on response, avoids the use of other health services.

Among the suggestions, it is highlighted the need to reinforce human (Nurses, Therapists and Doctors) and material resources (service vehicles, air conditioning, physiotherapy equipment). A strengthening of activities, within the Mobility Class and support to the caregiver and patients in the final stages of life, is suggested.

Key words

Community care, records, satisfaction, capital gains, preventing sexually transmitted infections, school.

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	15
1 - CORPO DE CONCEITOS	17
2 - ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO – A VISIBILIDADE DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	21
2.1 UNIFORMIZAÇÃO DE CRITÉRIOS DE REGISTOS	21
2.2 A VISIBILIDADE DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE ENTRE ALGUNS <i>STAKEHOLDERS</i>	23
2.2.1 A visibilidade da Unidade de Cuidados na Comunidade entre alunos do 2º e 3º ciclo	25
2.2.1.1 Procedimentos da recolha de dados – Questionário 1.1	26
2.2.1.2 Tratamento, análise e discussão dos dados – Questionário 1.1	26
2.2.1.3 Procedimentos da recolha de dados – Questionário 1.2	30
2.2.1.4 Tratamento, análise e discussão dos dados – Questionário 1.2	30
2.2.2 A visibilidade da Unidade de Cuidados na Comunidade entre clientes, testemunhos privilegiados e profissionais/colaboradores das Unidades de Saúde do concelho	33
2.2.2.1 Procedimentos da recolha de dados – Questionários 1.3, 2 e 3	33
2.2.2.2 Tratamento, análise e discussão dos dados - Questionários 1.3, 2 e 3	38
3 – À PROCURA DE EVIDÊNCIA NA PROMOÇÃO DE SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR	56
3.1 PROTOCOLO DE PESQUISA DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	56
3.2 ANÁLISE REFLEXIVA	57
4 – CONCLUSÕES	61
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	69
ANEXO I – PROJECTO – A VISIBILIDADE DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	71

ANEXO II – OS PRINCIPAIS <i>STAKEHOLDERS</i> NO SETOR DA SAÚDE	115
ANEXO III – BOLETIM INFORMATIVO Nº 3 DO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE RIBATEJO	119
ANEXO IV – CIRCULAR NORMATIVA 3/2012	123
ANEXO V – EVOLUÇÃO DOS REGISTOS – 1.º TRIMESTRE DE 2012	131
ANEXO VI – ANÁLISE DOS REGISTOS À LUZ DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA – MESES DE JANEIRO E FEVEREIRO DE 2012	135
ANEXO VII – ESBOÇO DO GUIA PARA A UNIFORMIZAÇÃO DE CRITÉRIOS DE REGISTO	141
ANEXO VIII – QUESTIONÁRIO 1.1 E QUESTIONÁRIO 1.2	155
ANEXO IX – QUADROS E TABELAS REFERENTES AOS DADOS DO QUESTIONÁRIO 1.1	159
ANEXO X – TABELAS REFERENTES AOS DADOS DO QUESTIONÁRIO 1.2	163
ANEXO XI – QUESTIONÁRIO 3	167
ANEXO XII – ITENS PARA CONHECER A OPINIÃO SOBRE A SATISFAÇÃO E MAIS-VALIAS	175
ANEXO XIII – CIRCULAR NORMATIVA 7/2010 E CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO PARA VISITA DOMICILIÁRIA DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	179
ANEXO XIV – QUADROS E TABELAS RELATIVOS AOS DADOS DOS QUESTIONÁRIOS 1.3, 2 E 3	185
ANEXO XV – AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO	193
ANEXO XVI – QUADROS EXPLICATIVOS DO PROTOCOLO DE PESQUISA E FICHAS DE LEITURA	197

ÍNDICE DE TABELAS

	p.
Tabela A – Distribuição dos alunos do 8.º ano segundo a idade	161
Tabela B – Distribuição dos alunos do 8.º ano segundo o género	161
Tabela C – Distribuição das respostas do item (1) sobre a concordância com a utilidade dos conteúdos abordados nas sessões	161
Tabela D – Distribuição das respostas do item (2) sobre a concordância com a adequação das estratégias utilizadas nas sessões	161
Tabela E – Distribuição das respostas do item (3) sobre as relações interpessoais, os afetos e valores	161
Tabela F – Distribuição das respostas do item (4) sobre a noção do risco/sentido crítico	161
Tabela G – Distribuição das respostas do item (5) sobre contraceptivo de emergência	161
Tabela H – Distribuição das respostas do item (6) sobre prevenção de Infeções sexualmente transmissíveis - preservativo	161
Tabela I – Distribuição das respostas do item (7) sobre prevenção de Infeções sexualmente transmissíveis – seropositividade assintomática	161
Tabela J – Distribuição das respostas do item (8) sobre tomada de decisão	161
Tabela K – Distribuição das respostas do item (9) sobre tomada de decisão e consumos nocivos	161
Tabela L – Distribuição dos alunos do 5.º e 7.ºanos segundo a idade	165
Tabela M - Distribuição dos alunos do 5.º e 7.ºanos segundo o género	165
Tabela N – Distribuição das respostas de acordo com a experiência com tabaco	165
Tabela O – Distribuição dos alunos com experiência com tabaco segundo a idade	165
Tabela P – Distribuição das respostas à questão “Vais passar esta informação aos familiares?”	165
Tabela Q – Distribuição das respostas à questão “Vais dissuadi-los de continuar a fumar?”	165
Tabela R – Distribuição das respostas à questão “Vais proteger-te dos fumadores?”	165
Tabela S – Distribuição dos clientes segundo o escalão etário	187
Tabela T – Distribuição dos clientes segundo o género	187
Tabela U – Distribuição dos clientes segundo a situação onde se enquadra a opinião	188
Tabela V – Distribuição dos testemunhos privilegiados segundo o escalão etário	188
Tabela W – Distribuição dos testemunhos privilegiados segundo o género	188
Tabela X – Distribuição dos testemunhos privilegiados segundo o setor onde se enquadra o testemunho	189
Tabela Y – Distribuição dos profissionais/colaboradores das Unidades de Saúde por categoria	189
Tabela Z – Distribuição da taxa de resposta dos profissionais/colaboradores por categoria	189
Tabela AA – Comparação das respostas dos três grupos de inquiridos sobre se recomendaria os serviços da Unidade	189
Tabela AB – Comparação das respostas dos três grupos de inquiridos sobre o conhecimento dos critérios de referência de pessoas/famílias para a Visita Domiciliária da Unidade de Cuidados na Comunidade	190
Tabela AC – Comparação das respostas dos três grupos de inquiridos sobre a concordância com as mais-valias que a Unidade de Cuidados na Comunidade trouxe à comunidade	190

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro nº1 – Esquematização dos instrumentos de colheita de dados, suporte utilizado período de colheita de dados, pelos grupos de inquiridos	24
Quadro nº 2 – Itens do Questionário 1.1	27
Quadro nº 3 – Comparação das respostas dos três grupos de inquiridos sobre os profissionais/colaboradores da Unidade de Cuidados na Comunidade já contactados	43
Quadro nº 4 – Comparação das respostas dos três grupos de inquiridos sobre os programas da Unidade de Cuidados na Comunidade já conhecidos	44
Quadro nº 5 – Comparação das respostas dos três grupos inquiridos sobre a satisfação global com a Unidade de Cuidados na Comunidade	45
Quadro nº 6 – Comparação das respostas dos três grupos de inquiridos sobre a satisfação no Programa de Cuidados Continuados Integrados e Visita Domiciliária	46
Quadro nº 7 – Comparação das respostas dos clientes e dos colaboradores das Unidades de Saúde sobre a satisfação com as Classes de Mobilidade de Fisioterapia	47
Quadro nº 8 – Comparação das respostas dos clientes e dos colaboradores das Unidades de Saúde sobre a satisfação com as Classes de Mobilidade de Terapia Ocupacional	47
Quadro nº 9 – Comparação das respostas dos clientes e dos colaboradores das Unidades de Saúde sobre a satisfação com o Curso de Preparação para a Maternidade	48
Quadro nº 10 – Comparação das respostas dos clientes e dos colaboradores das Unidades de Saúde sobre a satisfação com os Encontros de Saúde Materna e Infantil	48
Quadro nº 11 – Comparação das respostas dos três grupos de inquiridos sobre a satisfação no Programa de Intervenção Precoce na Infância	49
Quadro nº 12 – Comparação das respostas dos testemunhos privilegiados e dos colaboradores das Unidades de Saúde sobre a satisfação com o Programa de Saúde Escolar	49
Quadro nº 13 – Comparação das respostas dos três grupos inquiridos sobre a satisfação com a intervenção na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens	50
Quadro nº 14 – Comparação das respostas dos três grupos inquiridos sobre a satisfação com a intervenção no Núcleo Local de Inserção	50
Quadro nº 15 – Comparação das respostas dos testemunhos privilegiados e dos colaboradores das Unidades de Saúde sobre a satisfação com o Programa da Rede Social	51
Quadro nº 16 – Comparação das respostas dos clientes e dos colaboradores das Unidades de Saúde sobre a satisfação com o Programa de Educação Parental	52
Quadro nº 17 – Resumo da evidência encontrada	58
Quadro A – Resultados da grelha de verificação de registos no 1º trimestre de 2012	133
Quadro B – Comparação de indicadores dos primeiros trimestres de 2011 e 2012	134
Quadro C – Foco, codificação e número de vezes utilizado	138
Quadro D – Esquema de abordagem aos alunos do 8º Ano- Questionário 1.1	157
Quadro E – Análise de conteúdo das respostas sobre sugestões para os próximos anos	162

Quadro F – Itens para conhecer a opinião dos inquiridos relativamente à satisfação global com a Unidade de Cuidados na Comunidade	177
Quadro G – Itens para conhecer a opinião sobre a satisfação dos inquiridos relativamente ao programa de Cuidados Continuados Integrados e Visita Domiciliária	177
Quadro H – Itens para conhecer a opinião sobre a satisfação dos inquiridos relativamente à Classe de Mobilidade de Fisioterapia	177
Quadro I – Itens para conhecer a opinião sobre a satisfação dos inquiridos relativamente à Classe de Mobilidade de Terapia Ocupacional	177
Quadro J – Itens para conhecer a opinião sobre a satisfação dos inquiridos relativamente ao Programa de Intervenção Precoce na Infância	177
Quadro K – Itens para conhecer a opinião sobre a satisfação dos inquiridos relativamente ao Curso de Preparação para a Maternidade e Encontros de Saúde Materna e Infantil- Recuperação pós parto	177
Quadro L – Itens para conhecer a opinião sobre a satisfação dos inquiridos relativamente ao Programa de Educação Parental	178
Quadro M – Itens para conhecer a opinião sobre a satisfação dos inquiridos relativamente ao Programa de Saúde Escolar	178
Quadro N – Itens para conhecer a opinião sobre a satisfação dos inquiridos relativamente ao Programa de Rede Social	178
Quadro O – Itens para conhecer a opinião sobre a satisfação dos inquiridos relativamente à Intervenção no Núcleo Local de Inserção	178
Quadro P – Itens para conhecer a opinião sobre a satisfação dos inquiridos relativamente à Intervenção na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens	178
Quadro Q – Itens sobre a opinião acerca das mais-valias que a Unidade de Cuidados na Comunidade trouxe à comunidade	178
Quadro R – Itens sobre os critérios de referenciação de pessoas/famílias para a Visita Domiciliária da Unidade de Cuidados na Comunidade	184
Quadro S – Distribuição do Questionário Pré-teste segundo a utilização dos programas de saúde	187
Quadro T – Análise de conteúdo da sugestão de outras mais-valias	191
Quadro U – Análise de conteúdo das sugestões para melhorar a qualidade dos cuidados	192
Quadro V – Construção da pergunta PI[C]O	199
Quadro W – Limitadores da pesquisa na base de dados	199
Quadro X – Número de artigos encontrados nas plataformas de pesquisa para cada palavra-chave	199
Quadro Y – Número de artigos encontrados nas plataformas de pesquisa resultantes do cruzamento entre descritores	199
Quadro Z – Critérios de inclusão/exclusão para seleção dos artigos	200
Quadro AA - Ficha de leitura do artigo nº 1	200
Quadro AB - Ficha de leitura do artigo nº 3	200
Quadro AC - Ficha de leitura do artigo nº 4	201
Quadro AD - Ficha de leitura do artigo nº 5	201
Quadro AE - Ficha de leitura do artigo nº 6	202

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	p.
Gráfico nº 1 – Distribuição percentual dos alunos do 8º ano segundo a idade	26
Gráfico nº 2 – Distribuição percentual dos alunos do 8º ano segundo o género	27
Gráfico nº 3 – Distribuição percentual das respostas certas, erradas e não resposta dos Itens 3 a 9	28
Gráfico nº 4 – Distribuição percentual dos alunos do 5º e 7ª anos segundo a idade	30
Gráfico nº 5 – Distribuição percentual dos alunos do 5º e 7º anos segundo o género	31
Gráfico nº 6 – Distribuição percentual das respostas de acordo com a experiência com tabaco	31
Gráfico nº 7 – Distribuição percentual dos alunos com experiência com tabaco segundo a idade	31
Gráfico nº 8 – Distribuição percentual das respostas sobre o impacto da sessão no futuro...	32
Gráfico nº 9 – Distribuição percentual dos clientes segundo o escalão etário	38
Gráfico nº 10 – Distribuição percentual dos clientes segundo o género	39
Gráfico nº 11 – Distribuição dos clientes segundo a situação onde se enquadra a opinião	39
Gráfico nº 12 – Distribuição percentual dos testemunhos privilegiados segundo o escalão etário	40
Gráfico nº 13 – Distribuição percentual dos testemunhos privilegiados segundo o género	40
Gráfico nº 14 – Distribuição dos testemunhos privilegiados segundo o setor onde se enquadra o testemunho	41
Gráfico nº 15 – Distribuição dos profissionais/colaboradores das Unidades de Saúde por categoria	41
Gráfico nº 16 – Distribuição da taxa de resposta dos profissionais/colaboradores por categoria	42
Gráfico nº 17 – Comparação das respostas dos três grupos de inquiridos sobre se recomendaria os serviços da Unidade	45
Gráfico nº 18 – Distribuição percentual das respostas erradas e não respostas nos critérios de referência para a Unidade de Cuidados na Comunidade	53
Gráfico nº 19 – Comparação das respostas dos três grupos de inquiridos sobre a concordância com: “a proximidade e prontidão de resposta dos profissionais da Unidade de Cuidados na Comunidade, evita o recurso a outros serviços de saúde”	53
Gráfico nº 20 – Comparação das respostas dos três grupos de inquiridos sobre a concordância com: “esta organização dos cuidados domiciliários e comunitários permite maior proximidade das pessoas, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade”	54

CHAVE DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ACS – Alto Comissariado da Saúde
ACSS – Administração Central de Sistema de Saúde
ADI – Apoio Domiciliário Integrado
ARS – Administração Regional de Saúde
CCI – Cuidados Continuados Integrados
CLASC – Conselho Local de Ação Social do Cartaxo
CLI – Clientes inquiridos
CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CPM – Curso de Preparação para a Maternidade
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DGS – Direção Geral da Saúde
ERC – Entidade Reguladora da Saúde
EGA – Equipa Gestão de Altas
F - Falso
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MCSP – Missão dos Cuidados de Saúde Primários
NLI – Núcleo Local de Inserção
NSE – Necessidades de Saúde Especiais
OE – Ordem dos Enfermeiros
PNS – Plano Nacional de Saúde
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SIARS – Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde
TP – Testemunhos Privilegiados inquiridos
V - Verdadeiro
VD – Visita Domiciliária

CHAVE DE ABREVIATURAS E SIMBOLOS

Consult. - Consultado

Nº - Número

p. - Página

Prof. – Profissionais de saúde/colaboradores das Unidades de Saúde inquiridos

M_o – Moda

Vol. - Volume

σ – Desvio-padrão

\bar{x} - Média

INTRODUÇÃO

No contexto da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) foram criadas as primeiras Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), no final de 2009.

Na estrutura orgânica dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) há que salientar, que as UCC dependem diretamente do Diretor Executivo do ACES, são constituídas por equipas multiprofissionais, sendo as únicas coordenadas por enfermeiros.

Após dois anos de funcionamento, surge a necessidade de avaliar a visibilidade das UCC, que mais-valias e que ganhos em saúde trouxeram à população ...

Com a finalidade de avaliar a visibilidade da UCC e numa lógica de trabalho de projeto, centrado no estudo de problemas, no seu contexto social, foram percorridas as seguintes etapas:

1. Identificação/formulação do problema – com a elaboração do projeto “A visibilidade da UCC” (ANEXO I);
2. Pesquisa/produção – com o desenvolvimento do mesmo projeto;
3. Apresentação/globalização/avaliação final – com a elaboração do presente Relatório, que será alvo de discussão pública, para prova de capacidade científica, para atribuição do grau de mestre em Enfermagem Comunitária.

No Projeto definiram-se os seguintes **objetivos**:

1. Contribuir para o aumento do número de indicadores de qualidade, possíveis de obter pelo Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS), permitindo a comparação do desempenho das várias UCC do mesmo ACES, dando visibilidade ao trabalho desenvolvido nas mesmas;
2. Identificar a informação e opinião que os parceiros comunitários e os testemunhos privilegiados têm sobre o funcionamento e o trabalho desenvolvido pela UCC;
3. Identificar a informação e opinião que os profissionais de saúde das Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) têm sobre o funcionamento e o trabalho desenvolvido pela UCC e sobre os critérios de referência para a UCC.

Relativamente ao primeiro objetivo, procurou-se contribuir para a uniformização de critérios de registo (capítulo 2.1), através de diferentes estratégias, como: pesquisa bibliográfica, análise documental e discussão com os pares, de modo a promover a agregação de dados de enfermagem, com vista à obtenção de indicadores de qualidade, favorecendo, dessa forma, a visibilidade das UCC. Neste capítulo esteve subjacente a linha de pensamento de Silva (2006) que defende que o sistema de informação deve permitir a parametrização em cada contexto, que viabilize a agregação de dados. Esta fornecerá aos gestores a informação agregada sobre os cuidados de enfermagem, dando visibilidade do contributo dos enfermeiros, para os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, permitindo assim, melhorar a qualidade das decisões em saúde pelo acesso à informação.

Face às dificuldades encontradas com o sistema de informação, no que diz respeito à agregação de dados de enfermagem, que não favorece a monitorização de indicadores, optou-se por focalizar num dos indicadores de resultado: **a satisfação com os cuidados prestados pela equipa multidisciplinar da UCC**, onde a mestranda exerce funções.

A vertente da satisfação dos clientes não estava inicialmente prevista, mas no decorrer da análise reflexiva e pesquisa bibliográfica emergiu a necessidade de a incorporar neste Projeto.

Para apreciar a visibilidade da UCC no meio envolvente, primeiramente refletiu-se sobre quem seriam os *stakeholders* da Unidade e nesta sequência clarificaram-se os objetivos 2 e 3. Sentiu-se então, a necessidade de alargar a sua abrangência, também, para os clientes e a todos os profissionais/colaboradores das outras Unidades de Saúde do concelho. Assim, no contexto dos *stakeholders* identificados, os objetivos assumiram a seguinte forma:

- Conhecer a opinião sobre a satisfação global e acerca dos vários programas da UCC;
- Conhecer a opinião sobre a visibilidade da UCC ao nível de mais-valias (benefícios) para a comunidade;
- Divulgar os vários programas da UCC,
- Obter sugestões para a melhoria da qualidade de cuidados
- Identificar a informação dos profissionais/colaboradores das Unidades de Saúde acerca dos critérios de referência para a UCC.

O relato desta vertente do Projeto encontra-se no capítulo 2.2, onde se descrevem as estratégias utilizadas para cada grupo de inquiridos, assim como o tratamento, análise e discussão dos dados. Destaca-se a aplicação de cinco tipos de questionários ajustados a cada grupo de inquiridos e à diversidade de programas da UCC.

Um dos aspetos relevantes na análise e discussão dos dados, verificou-se na avaliação de impacto do Programa de Saúde Escolar, em que os alunos inquiridos apresentam o maior valor percentual de respostas erradas ao nível dos itens relacionados com a prevenção das infeções sexualmente transmissíveis (IST). Neste contexto, sentiu-se necessidade de melhorar a prática, aplicando a evidência científica disponível, recorrendo à Revisão Sistemática da Literatura, utilizando como guia orientador a seguinte pergunta PICJO: **Quais as estratégias de promoção de saúde (I) que contribuem para a prevenção das Infeções Sexualmente Transmissíveis (O) em adolescentes em contexto escolar (P)?**

No capítulo 3 apresenta-se além do protocolo desta pesquisa, a análise reflexiva com os contributos da evidência científica encontrada, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados no âmbito do Programa de Saúde Escolar.

No último capítulo são apresentadas as principais conclusões e sugestões assim como a sua eventual utilização na prática clínica no contexto de uma UCC.

Ao longo do corpo do Relatório e para melhor compreensão, torna-se imprescindível a consulta da secção de anexos.

1 - CORPO DE CONCEITOS

Neste capítulo, pretende-se explicitar os conceitos centrais assumidos ao longo do relatório, segundo o ponto de vista deste trabalho.

Partindo do título do projeto, considerou-se VISIBILIDADE como a “qualidade ou estado do que é visível” (PORTO EDITORA, 2010), no sentido de que a realidade visível se pode ver, é clara, evidente, observável e perceptível pelo meio envolvente (clientes, instituições parceiras, outras unidades de saúde, dirigentes, etc...).

Contudo, torna-se insuficiente perceber se já é visível, isto é, se é conhecida a existência da Unidade de Saúde, a sua localização, área de abrangência, horário de funcionamento, recursos humanos e carteira de serviços. Procura-se neste contexto, ir um pouco mais além, percebendo se há visibilidade de mais-valias (benefícios) para a comunidade. Para tal procurou-se o conceito de MAIS-VALIAS: “aumento de valor adquirido por mercadoria ou por um bem” (PORTO EDITORA, 2010), pelo decurso do tempo ou melhorias circunstanciais. Neste contexto, entende-se mais-valias como uma situação ou posição que corresponde a um **benefício** em relação a algo ou alguém. O valor poderia ser avaliado em ganhos em saúde que se poderão traduzir, a longo prazo, em valor económico.

A Unidade de Saúde em causa, é denominada UCC e assegura respostas **integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade** às pessoas com necessidades em cuidados de saúde e sociais, regendo-se pelos seguintes princípios: cooperação; solidariedade, trabalho de equipa, bem como na autonomia assente na auto-organização funcional e técnica, articulação efetiva com as outras unidades funcionais do ACES; e parceria com estruturas da comunidade local (Autarquias, Segurança Social, IPSS, Associações, Escolas e outras) (Missão dos Cuidados de Saúde Primários [MCSP], 2009).

Compete à UCC prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais **vulneráveis** em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados (DECRETO-LEI N.º 28/2008).

A COMUNIDADE é definida com uma entidade localmente delimitada, composta por sistemas de organizações formais, que refletem as instituições da sociedade, grupos informais e agregados que são interdependentes e cuja função é satisfazer uma variedade de necessidades coletivas. Este conceito, incorpora as três dimensões:

- 1 – Redes de relações interpessoais que fornecem amizade e suporte aos membros;
- 2 – Residência numa localidade comum;
- 3 – Partilha de valores, interesses ou preocupações (STANHOPE;LENCASTER, 2011).

Os CLIENTES desta Unidade são as pessoas residentes no concelho, ou que frequentem a comunidade nesta área geográfica, quer a título individual, quer as suas famílias, os grupos, enfim a comunidade.

Com o passar dos anos e a crescente consciencialização das pessoas enquanto **partes interessadas** no sistema de saúde, tem havido uma evolução gradual do papel de doente para o de cliente, com as inerentes consequências no seu nível de informação, decisão e pressão. Com o aumento crescente de fontes de informação disponibilizadas ao público, o cidadão começa gradualmente a ter algum poder de influência no seu diagnóstico e tratamento. (DELOITTE CONSULTORES, 2011)

Considera-se a comunidade como cliente, quando o foco de atenção é o coletivo ou bem comum da população e não a saúde individual, tendo por finalidade a mudança na saúde da comunidade como um todo (STANHOPE;LENCASTER, 2011).

Sendo uma Unidade de Saúde, considera-se SAÚDE como o reflexo de um processo dinâmico e contínuo, onde toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no conforto e **bem-estar** físico, emocional, espiritual e cultural (ORDEM DOS ENFERMEIROS [OE],2001)

A SAÚDE COMUNITÁRIA é a meta da prática orientada para a comunidade e pretende satisfazer **necessidades coletivas** através da **identificação de problemas e de gestão** de comportamentos no seio da própria comunidade e entre a comunidade e a sociedade alargada. A maioria das mudanças com a finalidade de melhorias na saúde da comunidade envolve as necessárias parcerias com os residentes e com os profissionais de saúde de variadas disciplinas. (STANHOPE;LENCASTER,2011).

Embora a UCC tenha uma intervenção multidisciplinar, este trabalho segue a lógica da Enfermagem, tendo sempre presente que CUIDAR EM ENFERMAGEM refere-se à intervenção profissional do enfermeiro centrada na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa, ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). A intervenção de enfermagem, pretende ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (OE,2001)

Demonstra-se a centralidade da pessoa, na medida em que a considera como sujeito ativo ou seja como **parceiro** no processo de cuidados, sendo este o processo de interação onde o centro de interesse é a pessoa, onde o profissional possui os conhecimentos específicos que lhe permitem diagnosticar e planear o trabalho que ele próprio executa e controla (AMENDOEIRA, 2006).

Mobilizando o pensamento de Meleis, os enfermeiros são os principais cuidadores dos clientes e das suas famílias que estão a sofrer uma **transição**, facilitando o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde ou doença ou preparando para as transições iminentes. Alguns exemplos de transições que podem tornar os clientes **vulneráveis** são: experiências de doença (diagnóstico, procedimentos cirúrgicos, reabilitação); desenvolvimentais e do ciclo de vida (gravidez, paternidade, adolescência, menopausa, envelhecimento, morte); sociais e culturais (migração, reforma, cuidadores familiares). A **vulnerabilidade** está relacionada com as experiências de **transição**, interações e condições

ambientais que expõem os indivíduos a potenciais danos, recuperação problemática ou adaptação débil ou tardia. (MELEIS et al, 2000).

O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, segundo a OE e publicado em Diário da República, responsabiliza-se por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegura a continuidade dos cuidados, estabelecendo as **articulações** necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros **profissionais de saúde e parceiros comunitários** num determinado contexto social, económico e político. Participa na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e empoderamento das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania (REGULAMENTO N.º 128/2011).

No contexto dos PARCEIROS COMUNITÁRIOS, a parceria é definida como sendo a distribuição informada e flexível e negociada de poder, entre todos os participantes nos processos de mudança para uma melhor saúde da comunidade. As parcerias comunitárias são cruciais porque os membros da comunidade e profissionais que são participantes ativos num processo de tomada de decisão e têm interesse aumentado no sucesso de ações para a melhoria da saúde da sua comunidade (STANHOPE; LENCASTER, 2011).

A PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA, pressupõe o **envolvimento** dos membros de uma comunidade para quem os programas estão a ser desenvolvidos, logo nos primeiros estádios iniciais do seu planeamento, implementação e **avaliação**. (STANHOPE; LENCASTER, 1999)

A SATISFAÇÃO, é considerada como agrado, bem-estar, perante um trabalho bem feito. A satisfação ou insatisfação resulta da **opinião** da pessoa de uma experiência (positiva ou menos positiva) vivenciada com os serviços proporcionados, em relação às suas expectativas. “A satisfação do cliente” é uma das categorias dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, de onde se destacam os seguintes elementos: respeito pelas capacidades, crenças e valores do cliente, empatia nas interações com o cliente, **parceria** com o cliente no planeamento do processo de cuidados, **envolvimento** dos conviventes significativos do cliente (OE, 2001).

Relativamente aos sistemas de qualidade em saúde PEREIRA (2009) defende a incorporação de instrumentos e indicadores orientados para a monitorização, por exemplo, da **satisfação dos clientes**, a qualidade das relações interpessoais que estabelecem com os profissionais, as dificuldades de acesso aos cuidados, entre outros. Este tipo de informação deve complementar aquela que se refere à dimensão técnico-científica.

A MCSP propôs um painel de indicadores de desempenho da UCC, onde se salienta o da **satisfação** do cliente “UCC – 9 -Percentagem de utilizadores da UCC satisfeitos com os serviços prestados por esta Unidade”, que se descreve da seguinte forma:

Numerador - Nº de utilizadores que responderam, Satisfeito ou Muito Satisfeito, no questionário.

Denominador - Nº de utilizadores que responderam ao questionário (MCSP, 2010).

Na avaliação, parte-se do princípio que os cuidados de saúde têm um efeito positivo no estado do cliente. O principal problema da avaliação de resultados é determinar se as intervenções realizadas são as principais responsáveis por essa melhoria no estado de saúde. Nomeadamente, no contexto da Enfermagem Comunitária, há muitos fatores não controláveis, tais como o ambiente e as relações familiares, que afetam o estado de saúde do cliente, sendo difícil determinar se são mais estes fatores ou as intervenções de enfermagem que causam essas alterações (STANHOPE; LENCASTER, 2011), o que remete para a discussão, de quais os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A *American Nurses Association* desenvolveu dez áreas de colheita de dados, relativos aos critérios de resultados em serviços de saúde comunitários que consistem em: Controlo de dor; Consistência da comunicação; Conjunto de funcionários; **Satisfação do cliente**; Prevenção do tabagismo; Prevenção de doenças cardiovasculares; Atividade do prestador de cuidados; Identificação do principal prestador de cuidados; Atividades de vida diária; Interações psicossociais (ROWELL, 2001, in STANHOPE; LENCASTER, 2011);

Ao longo do desenvolvimento do Projeto, houve necessidade de refletir sobre quem são os *STAKEHOLDERS* DA UCC, ou seja, o grupo de pessoas que de alguma forma são **partes interessadas, podem influir** no sucesso da Unidade ou que estejam envolvidos ou cujos interesses possam ser afetados de forma positiva ou negativa pelo desempenho da UCC. (BARBI, 2009)

GRAÇA (2004), no contexto da Saúde e Segurança no Trabalho exemplifica quem são os *stakeholders*: empregadores, gestores, trabalhadores e seus representantes, médicos do trabalho e outros profissionais de Saúde e Segurança no Trabalho, autoridades de saúde, administração do trabalho, Sistema Nacional de Saúde, Segurança Social, seguradoras, sociedade civil, economia portuguesa.

No ANEXO II, estão representados os principais *stakeholders* no setor da Saúde em Portugal, onde se pode verificar os vários níveis de influência e poder em que os Cuidados de Saúde Primários estão envolvidos (DELOITTE CONSULTORES, SA, 2011).

Assim, considera-se, nesta linha de raciocínio, que os *stakeholders* diretos da UCC são: os clientes dos vários programas, os cuidadores e familiares, os membros da equipa da UCC, os profissionais de saúde que referenciam os clientes para a UCC, os membros da comunidade (parceiros comunitários, vizinhos,...), os dirigentes do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), as entidades que transportam os utentes à UCC, os colaboradores que asseguram o fornecimento de aprovisionamento, o material de consumo clínico, os medicamentos, a limpeza, o correio interno, etc...

Neste trabalho procurou-se conhecer a opinião de clientes, cuidadores e familiares, profissionais/colaboradores das Unidades de Saúde do concelho e também de TESTEMUNHOS PRIVILEGIADOS, que são pessoas que pela sua posição e pelas relações sociais que têm dentro da comunidade ao nível político, profissional ou voluntariado, poderão ser conhecedoras do desempenho de, pelo menos, um dos programas da UCC.

2 - ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO – A VISIBILIDADE DA UCC

A sondagem pelos profissionais de saúde das UCC do ACES Ribatejo, realizada durante a validação do Projeto, permitiu equacionar várias estratégias para melhorar a visibilidade da UCC.

Como se pode verificar no Quadro nº4 do Projeto (ANEXO I), a estratégia mais sugerida foi ao nível da “uniformização dos critérios de registo” (68,2%), pelo que mereceu ser a primeira vertente a ser trabalhada, embora com poucos resultados no decorrer da implementação deste projeto. Os avanços e dificuldades serão relatados no capítulo 2.1.

“Aproveitar os eventos científicos para divulgar a UCC” e “Promover estudos ao nível das mais-valias das UCC” foram as sugestões reafirmadas por 63,6% dos inquiridos, facto que deu motivação para refletir nas mais-valias (benefícios) que estas unidades trouxeram à comunidade (capítulo 2.2).

Por sua vez, “a divulgação da UCC nos meios de comunicação”, foi assinalada por cerca de metade dos profissionais (54,5%). Nesse sentido foram aproveitadas todas as oportunidades que surgiram durante este trabalho, nomeadamente com a participação no Boletim Informativo do ACES divulgando alguns dos programas da UCC Cartaxo (ANEXO III), que foi distribuído nos vários fóruns em que se encontra representada a Saúde (tal como foi sugerido). Também no âmbito da colaboração num painel enquadrado no 3º Mestrado de Enfermagem, sobre Indicadores de Qualidade dos Cuidados, foi feita a divulgação por forma a sensibilizar os Enfermeiros de diferentes Unidades de Saúde para a importância da referência para a UCC. Foram experiências não planeadas, mas que foram gratificantes para a mestranda, no sentido em que contribuíram para a reflexão da temática da visibilidade da UCC.

Na validação do projeto (Quadro nº4 do ANEXO I), igual número dos inquiridos (54,5%) apontaram as duas sugestões desenvolvidas no capítulo 2.2 que consiste em identificar “a informação dos profissionais das outras unidades de saúde sobre os critérios de referência” e “a informação dos parceiros comunitários sobre o trabalho na UCC”.

2.1 UNIFORMIZAÇÃO DE CRITÉRIOS DE REGISTOS

O Plano Nacional de Saúde (PNS) salienta que “a qualidade da informação deve ser sistematicamente melhorada, através da arquitetura dos sistemas e da formação dos profissionais, com os seguintes objetivos: eliminar o duplo registo; desenvolver o processo de redução do erro e variabilidade na classificação dos eventos e reduzir o registo de situações mal definidas” (Alto Comissariado da saúde [ACS], 2012, p.18).

No plano de atividades do Projeto foi estabelecido como objetivo, **umentar o número de indicadores de qualidade, possíveis de obter pelo SIARS**. Neste sentido, refletiu-se nas dificuldades existentes na elaboração do Relatório de Atividades desta Unidade, que foram transmitidas no Grupo de Trabalho do ACES, constituído com a finalidade de uniformizar alguns critérios de registo e do qual a mestranda fez parte. Deste grupo, emergiu a Circular

Normativa 3/2012 (ANEXO IV), que foi discutida e trabalhada no seio da equipa de enfermagem da UCC, para esta se apropriar das orientações.

A fim de avaliar o impacto desta Circular, foram analisados os registos referentes a contatos no domicílio, no primeiro dia útil, nos meses de janeiro, fevereiro e março, com ajuda de uma grelha de verificação criada para o efeito (Quadro A no ANEXO V). Analisando os dados desta grelha, as orientações foram seguidas na generalidade, embora se encontre falta de registo, no que diz respeito à avaliação inicial, na referência ao local de aparecimento da úlcera de pressão (hospital ou domicílio) e falta de diagnóstico de risco de úlcera de pressão, o que permitiria calcular o indicador UCC-12, Taxa de Eficácia de Prevenção de Úlcera de Pressão (MCSP,2010).

A 17 de abril de 2012, a equipa de enfermagem foi alertada pela mestranda, para as falhas identificadas nos registos no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), através dos resultados obtidos na grelha de verificação.

Paralelamente, procedeu-se à comparação dos dados trimestrais disponíveis no SAPE relativos aos anos 2011 e 2012 (Quadro B no ANEXO V), focalizando nos indicadores de processo e resultado. Dessa análise, evidenciou-se o seguinte:

- A confirmação da falta de registo na avaliação inicial sobre o local de aparecimento da úlcera de pressão (item 6 e 7);
- O aumento do rigor nos registos de diagnósticos de úlcera pressão, abrindo-se um foco para cada úlcera de pressão (item 2);
- O fenómeno de úlcera de pressão ativo, pode referir-se apenas ao diagnóstico de úlcera de pressão, que deve estar identificado mesmo na ausência de úlcera (item 2);
- Apesar de ter aumentado o número de visitas na área curativa, provavelmente pelos registos nas atitudes terapêuticas (orientação da Circular 3/2012), não se compreende que o somatório de visitas na área curativa e visitas na área de promoção e prevenção, não coincida com o total de visitas, o que deixa dúvidas na fórmula de cálculo dos vários indicadores (item 1 e 10 do Quadro B no ANEXO V).

Esta ideia veio a consolidar-se quando a 31 de maio de 2012 em reunião com o Conselho Clínico, Diretor Executivo e Coordenadores de UCC deste ACES, se confirmou que alguns dos registos efetuados segundo as orientações da Circular Normativa referida anteriormente, **não** estavam a ser contabilizados no SIARS. Este facto foi determinante para compreender que não seria alcançável a concretização do objetivo de obter indicadores de qualidade através do SAPE, enquanto não forem feitos os ajustes no sistema de informação, ao nível nacional. O Grupo de Trabalho reuniu, novamente, em junho, para parametrizar os atos de enfermagem, de modo a uniformizar a cobrança de taxas moderadoras. Mas a Administração Central de Serviços de Saúde (ACSS) rejeitou a sugestão de replicação da parametrização efetuada nas Unidades de um dos concelhos, para as restantes Unidades do ACES, alegando que se estava a trabalhar no assunto para uniformizar a nível nacional (mail de início julho), o que veio reforçar a convicção de que esta situação depende da vontade política a nível nacional.

Verifica-se no documento orientador emitido pela ACSS, sobre a metodologia de contratualização para 2012, que é reconhecida a necessidade de investir num resumo mínimo de dados que permita parametrizar um conjunto de indicadores base, que reflitam a atividade das UCC, nos quais os profissionais nelas integrados se revejam, de forma a tornar possível o desencadear de um processo de contratualização interna com indicadores que traduzam ganhos em saúde, prevendo-se processos experimentais e pontuais. (ACSS, 2012).

A sublinhar esta expectativa, uma das questões discutidas na Reunião Nacional de Coordenadores de UCC a 30 de junho de 2012, onde a mestrandia participou, foi a **preocupação em uniformização de indicadores de avaliação** e o conjunto de indicadores que algumas UCC, estão a testar em regime de experiência piloto.

Na continuidade da reflexão sobre os registos, foi feita uma análise sobre os dados disponíveis no SIARS ao nível dos fenómenos mais utilizados na UCC, relacionando com a pesquisa bibliográfica efetuada durante a construção do projeto (ANEXO VI).

Consultando os dados do SIARS relativos aos registos no SAPE dos enfermeiros desta UCC, nos meses de janeiro e fevereiro de 2012, pode-se constatar que para os diagnósticos de enfermagem registados, foram utilizados 303 focos: Destes, 195 estão incluídos no Core de Focos (coluna a azul do Quadro C no ANEXO VI), o que corresponde a cerca de 64% de todos os focos utilizados.

De entre os mais utilizados encontramos: úlcera de pressão (43), papel do prestador de cuidados (27) e papel parental (9), relacionados com o conceito de tomar conta, adesão à vacinação (15), dor (9), stress do prestador de cuidados, que deriva de adaptação (8), vários focos relacionados com o autocuidado (16). Esta análise permite evidenciar que os registos dos enfermeiros da UCC contemplam as Dimensões Centrais dos Cuidados referidas no estudo de PEREIRA (2009) e que poderão levar aos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Pese embora os focos mais utilizados estarem alicerçados na evidência científica, a dispersão dos mesmos e a falta de critério na sua utilização não favorece a visibilidade destas Unidades. Este facto foi constatado na avaliação dos dados do SIARS referente ao 1º quadrimestre de 2012 (na reunião de 31 de maio de 2012 referida anteriormente).

Perante esta análise, assume assim particular relevância a necessidade de construção de um guia de registos, por Programas de Saúde, que foi iniciado e colocado à discussão em várias equipas de UCC, para validação (ANEXO VII). Através desta discussão percebeu-se que há já algum trabalho feito na parametrização direcionada para os cuidados na comunidade, em determinadas UCC. Todavia este ainda não foi replicado por todas, o que não favorece a uniformização dos registos. Em suma, ainda há um longo caminho a percorrer...

2.2 A VISIBILIDADE DA UCC ENTRE ALGUNS STAKEHOLDERS

Ao pretender conhecer que mais-valias (benefícios) a UCC trouxe à comunidade, está subjacente a preocupação com a avaliação dos vários programas da Unidade, mais especificamente com as intervenções de enfermagem, focalizando na ótica da satisfação com os cuidados de saúde. Este indicador de qualidade é considerado essencial, no PNS, no Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem proposto pela Ordem de Enfermeiros, e na listagem de indi-

cadores proposta pela Missão de Cuidados de Saúde Primários, como foi referido na Revisão Bibliográfica do Projeto (ANEXO I).

No contexto da Enfermagem Comunitária, STANHOPE e LENCASTER (2011) referem que as principais fontes de informação para a avaliação dos programas são: os respetivos clientes, os relatórios, os registos e os índices comunitários ou indicadores de saúde e doença.

Os participantes do programa ou **clientes**, têm um papel importante e único nesta avaliação: a forma como aceitam o serviço, as suas reações, sentimentos e julgamentos sobre o programa são muito importantes para a avaliação do mesmo. Uma das formas sugeridas para obter o *feedback* dos clientes é a utilização de um inquérito de satisfação, segundo os mesmos autores.

O recurso à opinião de **testemunhos privilegiados**, assume relevância, visto que pela sua situação profissional ou de voluntariado, têm eventualmente conhecimento sobre o desempenho da UCC, pois são pessoas que trabalham para a mesma comunidade ou estão inseridos nela, são partes interessadas, podendo ter influência na consecução dos objetivos da UCC.

Tendo em conta o conceito de *stakeholders*, sentiu-se necessidade de identificar não só a opinião dos profissionais de saúde das USF/UCSP, mas também dos restantes profissionais/colaboradores das outras unidades que têm alguma influência na UCC, assim, também foram envolvidos os profissionais saúde da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), Unidade de Saúde Pública (USP) e assistentes operacionais e técnicos das várias unidades.

Percorreu-se o caminho esquematizado no Quadro nº1, que assinala os diferentes questionários, utilizados para cada grupo de inquiridos, o tipo de suporte utilizado e o período em que ocorreu a colheita de dados. A opinião da população alvo do Programa de Saúde Escolar foi circunscrita aos alunos do 2º e 3º ciclos por estes serem autónomos na resposta. Foram utilizados dois Questionários específicos para este Programa (1.1 e 1.2), que permitiram fazer a avaliação de impacto das sessões de educação para a saúde (capítulo 2.2.1.).

Quadro nº 1 – Esquematização dos instrumentos de colheita de dados, suporte utilizado e período de colheita de dados pelos grupos de inquiridos

Stakeholders	Clientes	Testemunhos Privilegiados	Profissionais das Unidades de Saúde
Instrumento de colheita de dados	Questionário 1.1 - Alunos 8º ano	Questionário 2 - Elementos da Rede Social, conselheiros dos vários foruns, professores, técnicos das parcerias comunitárias, voluntários	Questionário 3 - Profissionais do concelho que integram a USF, UCSP, URAP, USP
	Questionário 1.2 - Alunos 5º e 7º ano		
	Questionário 1.3 - Clientes ou familiares/cuidadores		
Suporte	Suporte papel	Mail	Suporte papel
Período de colheita de dados	1.1 junho	7 julho a 10 agosto	1 a 31 de agosto
	1.2 abril, maio, junho		
	1.3 26 junho a 10 agosto		

Para o tratamento dos dados recolhidos, foi utilizado o programa Microsoft Excel e para o processamento de texto o Microsoft Word.

A partir dos dados recolhidos, foram elaborados quadros, gráficos e tabelas, sendo estas últimas apresentadas em anexo. Efetuou-se uma análise estatística descritiva sob a forma de percentagens, recorrendo a medidas de tendência central (média \bar{x} e moda $[M_o]$) e medida de dispersão (desvio-padrão $[\sigma]$) As respostas às perguntas abertas, foram tratadas através de análise de conteúdo.

2.2.1 A visibilidade da UCC entre alunos do 2º e 3º ciclos

Ao longo dos últimos três anos letivos e, de uma forma mais sistematizada, desde o início de funcionamento da UCC, são desenvolvidas três sessões de educação para a saúde, com os alunos do 6º ano, subordinadas aos temas: relações interpessoais, mudanças na adolescência, sexualidade e prevenção de comportamentos de risco. Nas turmas de 8º ano, são abordados os mesmos temas, embora de forma mais aprofundada, nas questões relacionadas com os métodos contraceptivos e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

A sessão de prevenção do tabagismo era dirigida só aos alunos do 7.º ano, porém, neste ano letivo, optou-se por desenvolver também no 5.º ano, pois suspeitava-se que as experiências com tabaco se iniciavam mais cedo. Assim, de modo a dar cobertura a todos os alunos, realizou-se a sessão nas turmas do 5.º e do 7.º ano.

Anualmente, os professores coordenadores de educação para a saúde apresentam o relatório de avaliação das várias atividades realizadas neste âmbito, onde são incluídas as sessões desenvolvidas pelos profissionais de saúde da UCC. Nesta avaliação consta a opinião dos Conselhos de Turma, onde há representantes dos alunos e encarregados de educação. Porém, a necessidade de incluir esta vertente no projeto, torna-se pertinente após seis anos da elaboração do Diagnóstico Social pelo Conselho Local de Ação Social do Cartaxo (CLASC), onde foi identificada a falta de informação na população estudantil, ao nível de prevenção de IST, gravidez não desejada e consumos nocivos (CLASC,2006). Por outro lado, estando em curso uma reforma dos planos de estudos, a estratégia de intervenção terá de ser alterada, pelo que seria relevante identificar a satisfação dos alunos e proceder ainda à avaliação de impacto, para melhor planear o próximo ano letivo.

Para STANHOPE e LENCASTER (2011), a avaliação para apreciar o resultado do programa educativo é designada de impacto, sendo o seu principal objetivo: determinar a **relevância, adequação, progresso, eficiência, eficácia, impacto e sustentabilidade** das atividades do programa. Segundo as mesmas autoras, o resultado educativo é medido tanto qualitativa, como quantitativamente. A avaliação das sessões de educação para a saúde procurou fazer-se segundo uma perspetiva qualitativa, respondendo à questão “Como é que o formando parece compreender o conteúdo?”. A qualidade do resultado educativo é medida pelo aumento ou melhoria dos conhecimentos, capacidades e aptidões do aluno, relativas ao conteúdo do programa educativo (STANHOPE; LENCASTER, 2011)

Na mesma linha de pensamento de ADUBEIRO (2010), considerou-se que os estudantes como principais *stakeholders* do processo educativo, devem ter uma voz ativa na constante garantia e melhoria desse mesmo processo. A avaliação da sua satisfação torna-se assim, uma mais-valia, pela sua visão e análise como estudante.

Foram utilizados dois instrumentos de colheita de dados, em formato de questionário, dirigido aos alunos que foram alvo da intervenção da UCC em sessões de educação para a saúde em contexto de sala de aula: Questionário 1.1 e Questionário 1.2 (ANEXO VIII).

2.2.1.1 Procedimentos da recolha de dados – Questionário 1.1

População e instrumento de colheita de dados (Questionário 1.1)

O questionário 1.1, foi dirigido às 12 turmas do 8º ano, das três escolas do concelho, por se fechar o ciclo de intervenções das enfermeiras especialistas de Enfermagem Comunitária no âmbito da educação da sexualidade. Foi construído com duas perguntas de caracterização dos inquiridos e dez itens baseados nos conteúdos das sessões, adequando a linguagem à idade dos alunos. Utilizaram-se perguntas fechadas, exceto para solicitar sugestões. Foi **validado** com os profissionais da UCC, uma professora e testado com dois alunos do 9º ano, que foram sujeitos ao programa de sessões no ano letivo anterior, não tendo oferecido dificuldade (Quadro D no ANEXO VIII).

Procedimentos formais e éticos (Questionário 1.1)

Foi solicitada a colaboração dos professores coordenadores de educação para a saúde de cada uma das três escolas, para assegurar a distribuição dos questionários e a sua recolha pelas diferentes turmas do 8º ano. Para cada turma foi enviado um envelope, com informação do objetivo do questionário e como devolvê-lo preenchido. O preenchimento do questionário não era obrigatório, de modo a manter-se o direito à autodeterminação, quer dos alunos quer dos professores. O respeito pela privacidade foi assegurado, pelo anonimato das respostas, de acordo com o que POLIT e HUNGLER (1995) defendem.

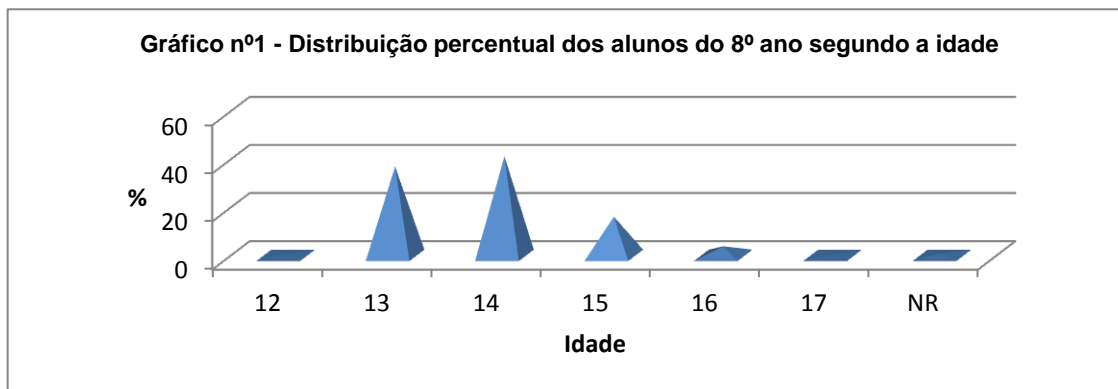
Colheita de dados (Questionário 1.1)

A aplicação dos questionários decorreu nas últimas duas semanas do ano letivo 2011/2012. Das doze turmas do 8º ano, existentes no concelho, responderam onze, perfazendo a totalidade de 211 alunos inquiridos, distribuídos pelas três escolas.

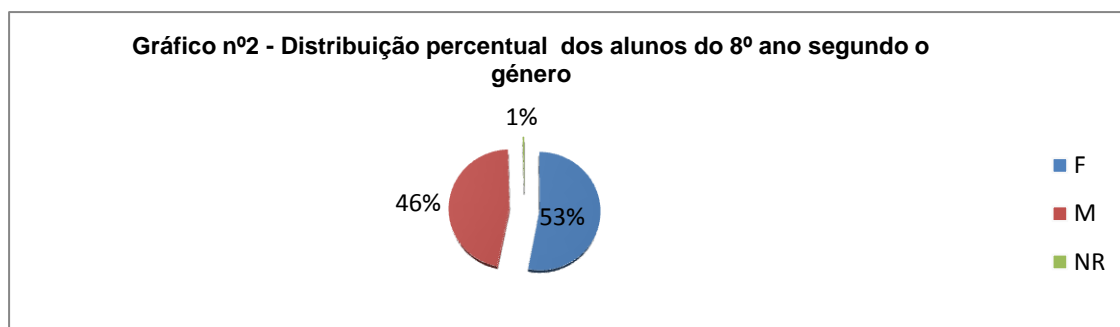
2.2.1.2 Tratamento, análise e discussão dos dados (Questionário 1.1)

Caraterização dos participantes

Como se pode verificar pelo Gráfico nº 1 (Tabela A no ANEXO IX), os alunos do 8º ano que responderam, situam-se entre os 12 e 17 anos, maioritariamente (78,2%) entre os 13 e 14 anos, sendo a média de idade foi 13,87 anos e a moda os 14 anos.



Quanto ao gênero, verifica-se no Gráfico nº2 (Tabela B no ANEXO IX), um número ligeiramente maior de alunos do gênero feminino, correspondendo a 53,08% do total de respostas.



Análise e discussão dos dados do questionário 1.1

Os primeiros dois itens do questionário aos quais se solicitava opinião (Quadro nº 2), referiam-se à “Utilidade dos conteúdos” abordados nas sessões de educação para a saúde e à “Adequação das estratégias” utilizadas, com a finalidade de perceber a **relevância e adequação** do programa educativo, referido por STANHOPE e LENCASTER, (2011). Os dois itens mereceram concordância elevada, respetivamente 97,63% e 96,68%, o que revela a satisfação dos alunos em relação a estas atividades (ANEXO IX), o que está em concordância com NELAS (2011), ao referir ser urgente a aplicação de programas de intervenção formativos em contexto escolar, que integrem de uma forma harmoniosa as várias facetas da sexualidade humana, promovendo a aquisição de uma postura responsável, flexível e gratificante nos adolescentes enquanto seres sexuados.

Quadro nº2 - Itens do Questionário 1.1

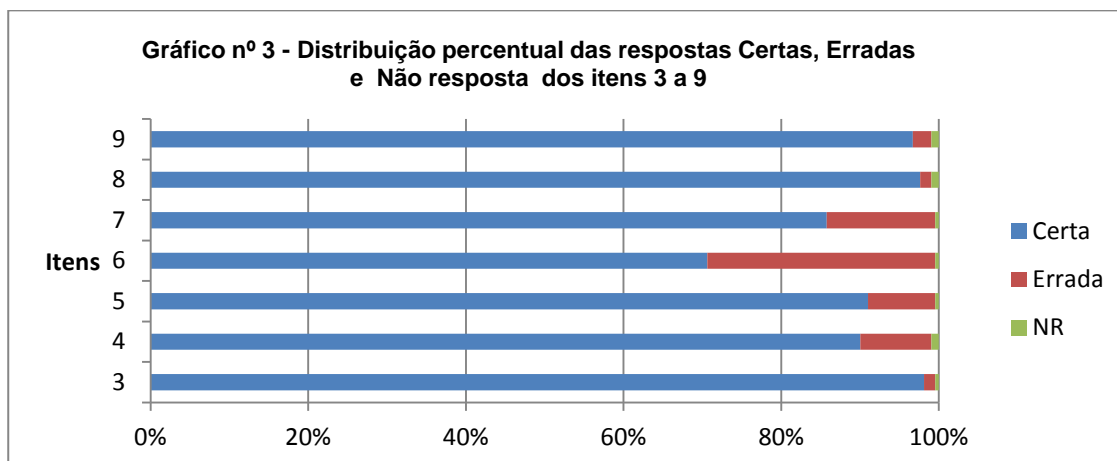
Nº	Item a avaliar	Frase
1	Utilidade dos conteúdos	As sessões fizeram-me refletir em assuntos que podem ser úteis na minha vida.
2	Adequação das estratégias	As estratégias utilizadas ajudaram-me a compreender estes temas
3	Relações interpessoais, afetos, valores	Para ter boas relações com as outras pessoas, temos de ter: respeito, amizade/amor e empatia
4	Noção de risco/sentido crítico	Eu sei que não corro riscos se fizer o que a maioria dos meus colegas faz
5	Contraceção de emergência	A pílula de emergência pode-se tomar muitas vezes na vida pois não faz mal à saúde
6	Prevenção de IST – preservativo	O preservativo é o único método contraceptivo que também previne das infeções sexualmente transmissíveis
7	Prevenção de IST - seropositividade assintomática	Todas as pessoas com infeções sexualmente transmissíveis têm aspeto de doentes
8	Tomada de decisão	Sempre que tomamos uma decisão na nossa vida, temos de estar preparados para assumir as consequências
9	Tomada de decisão e consumos nocivos	Quando uma pessoa está sob o efeito de álcool ou drogas consegue sempre tomar decisões responsáveis.

Embora os temas abordados, não sejam tratados exclusivamente nestas sessões, com os itens 3 a 9, pretende-se avaliar a **compreensão** da informação transmitida ao longo do programa.

Interpretando o Gráfico nº3 com ajuda do Quadro nº2 (Tabelas de C a K no ANEXO IX), em todos os itens as respostas foram maioritariamente certas, o que representa um saldo positivo.

No domínio afetivo da aprendizagem, o formando deve adotar comportamentos consistentes com o sistema de valores ensinados (STANHOPE;LENCASTER, 2011), para avaliar esta dimensão, considerou-se os itens relacionados com os afetos, relações interpessoais (3) e tomada de decisão (8 e 9). Estes itens foram os que atingiram a quase totalidade de respostas certas.

Porém, continua a ser preocupante que os dois itens com menor valor percentual de respostas certas, sejam o 6 e o 7, com 70,60% e 85,78%, relacionados com a prevenção das IST, exatamente o último tema a ser abordado, o que exige reflexão sobre o motivo desta ocorrência. Neste grupo de adolescentes, ainda há uma percentagem significativa a considerar que existem outros métodos contraceptivos, além do preservativo, que previnem as IST (28,9%) e que pela aparência se percebe se a pessoa é portadora de uma IST (13,70%). Estes aspetos já eram relevantes no estudo realizado no concelho em 2006, nomeadamente quando se apurou que 24 % tinham dúvidas e 12 % certas (o que representava um total de 285 inquiridos) na afirmação “pelo aspeto de uma pessoa eu sei ver se ela tem ou não uma doença”(CLASC, 2006).



Também no estudo de GASPAR (2006), os resultados revelam que, de entre os 693 estudantes que referiam ser sexualmente ativos, 8,37% dos rapazes e 8,79% das raparigas referem nunca usar o preservativo e 4,41% dos rapazes e 9,66% das raparigas referem usá-lo apenas raramente, constituindo uma fonte de preocupação, não só devido às implicações que podem ter a curto e médio prazo na saúde individual destes jovens, mas também numa perspectiva de Saúde Pública. Esta preocupação é relevante, sabendo que o uso imoderado de álcool e de drogas está relacionado com maiores probabilidades de envolvimento em práticas sexuais de risco.

Embora mais recentemente, numa amostra de 5050 alunos, a nível nacional, se tenha detetado que: a maior parte dos adolescentes refere nunca ter tido relações sexuais (78,2%), registando-se uma ligeira subida desse valor desde 2002. Entre os que iniciaram a vida sexual, a maioria usou preservativo na última relação sexual (82,5%), verificando-se também uma ligei-

ra subida. Apenas 12,7% refere ter tido relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas, valor este inferior ao do ano de 2006 (MATOS; DINIZ; SIMÕES, 2010).

No item 10 deste questionário, foi solicitada a apresentação de sugestões para os próximos anos, na tentativa de determinar a **sustentabilidade do programa** e promover a participação dos alunos com contributos para o planeamento das atividades do próximo ano letivo.

Dos 211 alunos inquiridos, 101 responderam à questão formulada. Foi feita uma primeira leitura flutuante de todas as respostas, para se iniciar a análise de conteúdo das mesmas. No conjunto de todas as respostas, foram identificadas expressões significativas, que se agruparam em categorias e subcategorias, de acordo com o critério semântico, tal como refere BARDIN (1997). O sistema de categorias decorreu da classificação das unidades de registo, obedecendo ao princípio da exclusão mútua e pertinência, defendidos pelo mesmo autor. Assim, nesta questão, foram identificadas 109 unidades de enumeração.

Através da análise do Quadro E no ANEXO IX, pode-se constatar que foram identificadas 40 unidades de registo, reveladoras de opinião favorável sobre a estratégia das sessões, manifestando expressões que foram classificadas nas subcategorias “Manter a estratégia existente” e “Intensificar as sessões” Esta ideia também é defendida no estudo de GASPARELLO (2006):

“é necessário aumentar, e tornar mais efetivos, os esforços desenvolvidos em contexto escolar para a promoção da saúde, desenvolvendo mais atividades e fazendo-o de forma mais sistemática (...)a frequência na escola de atividades relacionadas com a saúde, correlaciona-se positivamente com o valor percebido da informação de saúde, e com comportamento sexual mais salutogénico, o que é abonatório da sua importância na promoção de práticas e comportamentos mais salutogénicos” (2006,p 213).

Apenas duas unidades de registo referem sugestões de alteração, as quais foram classificadas na subcategoria “Outros aspetos”, o que se compreende, por haver alunos menos interessados e ainda pelo facto de ter havido alguns constrangimentos alheios à UCC, nomeadamente visitas de estudo, vários feriados à quinta-feira, falta de professores que impossibilitaram, em algumas turmas, a concretização das três sessões, como planeadas.

Destaca-se na categoria das “Metodologias de Formação”, a preferência por metodologias interativas, que favorecem o domínio psico-motor da aprendizagem, referido por STANHOPE e LENCASTER (2011), nomeadamente as dinâmicas de grupo, demonstrações e multimédia. As dinâmicas de grupo foram frequentemente sugeridas, quando se referem a jogos. O uso do jogo educativo é uma estratégia reconhecida por BARBOSA e colaboradores (2010), como uma experiência com êxito, por favorecer a execução do processo educativo mediante a união entre informação, discussão, reflexão, interação e participação grupal, no qual os adolescentes podem esclarecer as suas dúvidas, preencher lacunas do conhecimento em relação a questões como sexualidade e prevenção de IST e ainda interagir consigo próprios, de maneira descontraída, facilitando a participação de todos na aprendizagem (BARBOSA, DIAS, PINHEIRO, PINHEIRO, VIEIRA, 2010).

Nas sugestões de outros temas, salienta-se a unidade de registo relacionada com a gravidez, que é repetida quatro vezes e mais especificamente a “Gravidez na adolescência” com duas unidades de enumeração. Esta temática foi trabalhada nas turmas, de acordo com o interesse manifestado, na perspetiva da prevenção da gravidez não desejada, pelo que se deve refletir na possibilidade de aprofundar mais este tema.

2.2.1.3 Procedimentos de recolha de dados – Questionário 1.2

A **população** inquirida distribui-se pelas três escolas, são alunos do 5º e 7º anos de escolaridade e participaram na sessão de prevenção de tabagismo, desenvolvida pela cardiopneumologista, com os seguintes objetivos:

- Dissuadir de experimentar fumar;
- Deixar de fumar se já tem experiência;
- Passar a informação a familiares fumadores;
- Tentar dissuadir familiares fumadores;
- Proteger-se das situações em que se torna fumador passivo.

O questionário foi construído com base nos conteúdos das sessões e foi **validado** em anos anteriores pela mesma cardiopneumologista, sendo aplicado uma parte no início e outra no final da sessão. É constituído por perguntas fechadas, as primeiras para a caracterização dos inquiridos, as restantes com a finalidade de avaliar a **eficácia** do programa educativo (ANEXO VIII). A fundamentar esta estratégia de avaliação, STANHOPE e LENCASTER (2011) referem que os resultados selecionados para dada população necessitam de ser identificados quando se concebe o programa educativo. As medições nas mudanças, nestes resultados, determinam a eficácia do programa. O resultado educativo é apresentado como uma mudança mensurável no comportamento de saúde do cliente.

Procedimentos formais e éticos (Questionário 1.2)

No início da sessão foi explicado o objetivo do questionário. O preenchimento não era obrigatório, permitindo o direito à autodeterminação dos alunos. O respeito pela privacidade foi assegurado, pelo anonimato das respostas, tal como POLIT e HUNGLER (1995) recomendam.

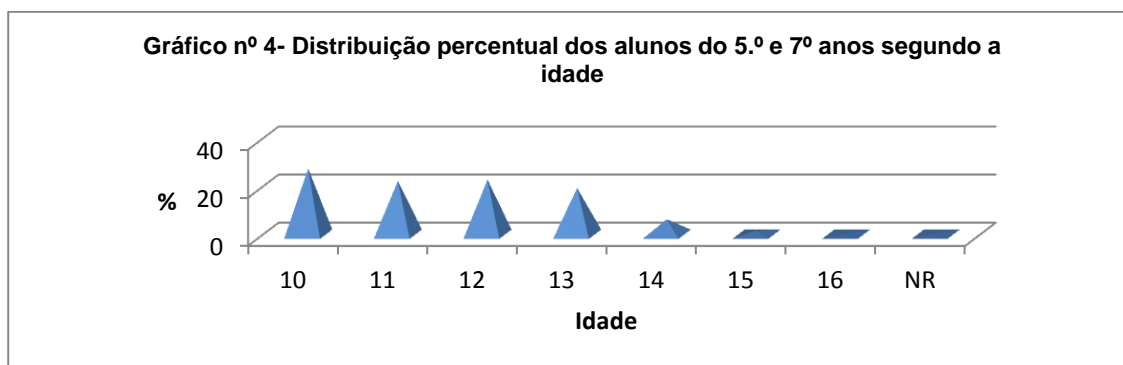
Colheita de dados (Questionário 1.2)

A aplicação dos questionários decorreu nos meses de abril, maio e junho de 2012. Responderam as 14 turmas do 5º ano e 13 do 7º ano, perfazendo a totalidade de 539 alunos inquiridos, distribuídos pelas três escolas do concelho. Porém, foram anuladas 24 respostas por não terem uma das partes do questionário preenchidas (antes ou após a sessão). Assim, foram sujeitas a análise, as respostas de 515 inquiridos.

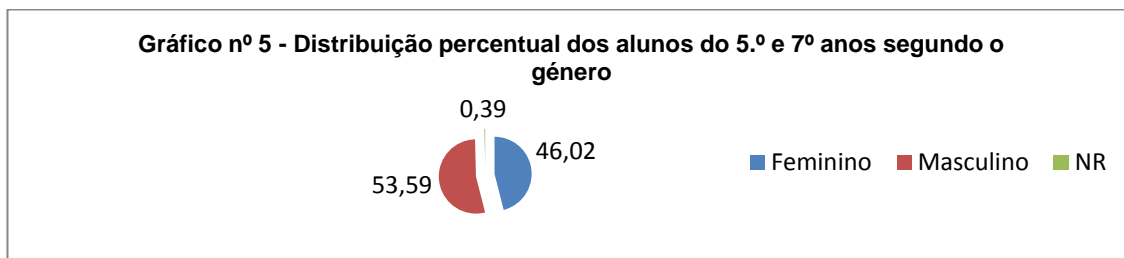
2.2.1.4 Tratamento, análise e discussão dos dados (Questionário 1.2)

Caraterização dos participantes

Na representação gráfica seguinte (Tabela L no ANEXO X), constata-se que os alunos do 5º e 7º ano que responderam, situam-se entre os 10 e 16 anos, sendo a idade média de 11,56 anos e a moda, os 10 anos.

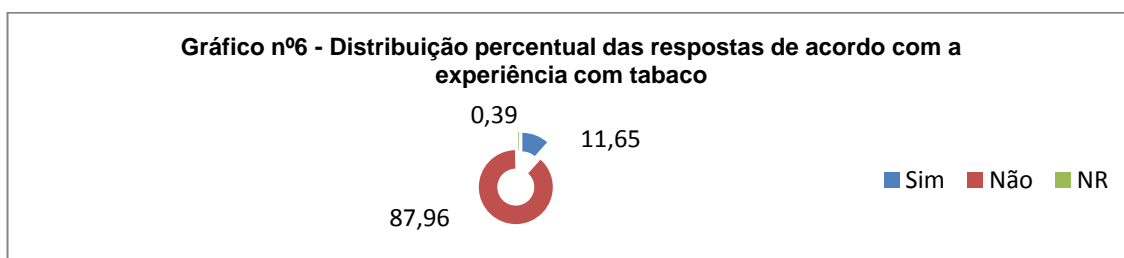


Relativamente ao género, nota-se no Gráfico nº5 (Tabela M no ANEXO X), uma ligeira preponderância do género masculino, correspondendo a 53,59% do total das respostas.



Análise e discussão dos dados do questionário 1.2

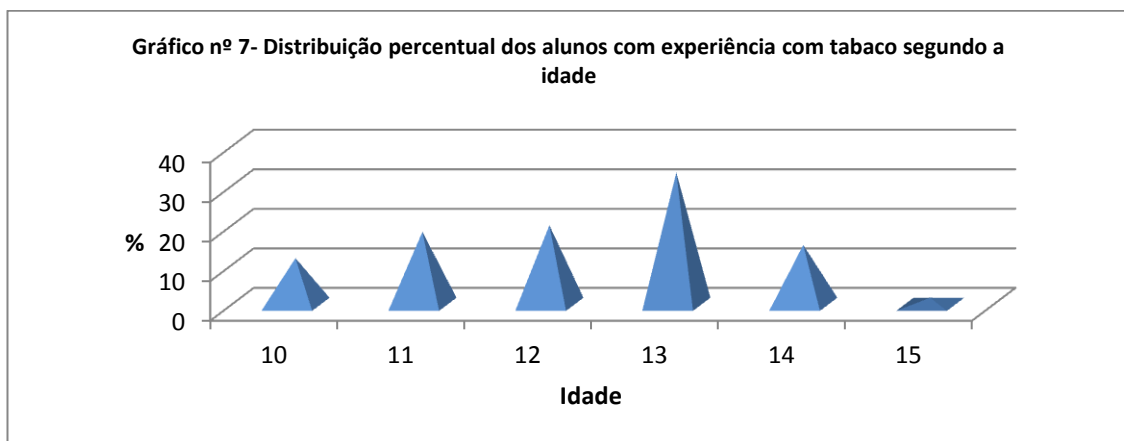
À questão “se tem ou não experiência com tabaco”, responderam afirmativamente 60 alunos, o que corresponde a 11,65% das respostas, tal como se verifica no Gráfico nº6 (Tabela N).



Comparando com o estudo no concelho em 2006, em que abrangeu o escalão etário entre os 12 e 17 anos, na resposta à pergunta: “*Já experimentaste Tabaco?*”, cerca de 54% refere que não e 44% responde de forma positiva (CLASC,2006), portanto valores muito superiores. Contudo, o escalão etário dos alunos desta amostra abrange alunos mais velhos e por conseguinte já tiveram mais oportunidades de experimentação.

Os achados estatísticos atuais assemelham-se aos encontrados mais recentemente ao nível nacional, no ano 2010, em que 88% dos alunos não fuma, numa média de idades de 14 anos (MATOS; DINIZ; SIMÕES, 2010).

De acordo com o gráfico seguinte (Tabela O no ANEXO X), os 60 alunos já com experiência com tabaco apresentam idades entre os 10 e 15 anos. Destes, 33 são do género masculino e 27 do feminino. Referiram que fumaram na última semana, 8 adolescentes que se situam entre os 13 e 15 anos, sendo 7 raparigas e um rapaz, o que vem reforçar a ideia de que é importante fazer esta sessão logo no 5º ano, pois no 7º ano já poderá estar instalado o hábito de fumar.



Já em 2006, do total dos inquiridos que tinham experimentado tabaco, cerca de 53% eram do sexo feminino face a 47% do sexo masculino, o que revelava uma superioridade feminina na experimentação desta substância. A idade em que fumaram pela 1ª vez centrava-se nos 12 anos, seguida dos 14 e 13 anos (CLASC, 2006). Observando esta variável por género, encontraram-se semelhanças com o consumo de álcool, os rapazes iniciam mais cedo mas as raparigas tendem a estar em superioridade no consumo (CLASC, 2006), verificando-se também essa tendência com os achados estatísticos da amostra presentemente em estudo, com alunos sujeitos ao programa de prevenção do tabagismo.

Quando questionados se “os pais são fumadores”, cerca de metade (262 alunos) referiu que são. Cruzando os dados da “experiência com tabaco” e “os pais fumadores”, verifica-se que entre os 60 alunos “com experiência”, 28 referem que “os pais são fumadores” (63,33%) e 21 que “fumam ao pé dos filhos” (35%). No entanto, de entre os 262 que fumam, 135 não o fazem ao pé dos filhos (51,53%); denota-se portanto alguma preocupação com o efeito no fumador passivo.

As perguntas da segunda parte do questionário, respondidas após a sessão, pretendiam avaliar o **impacto** que a sessão teria no comportamento futuro.

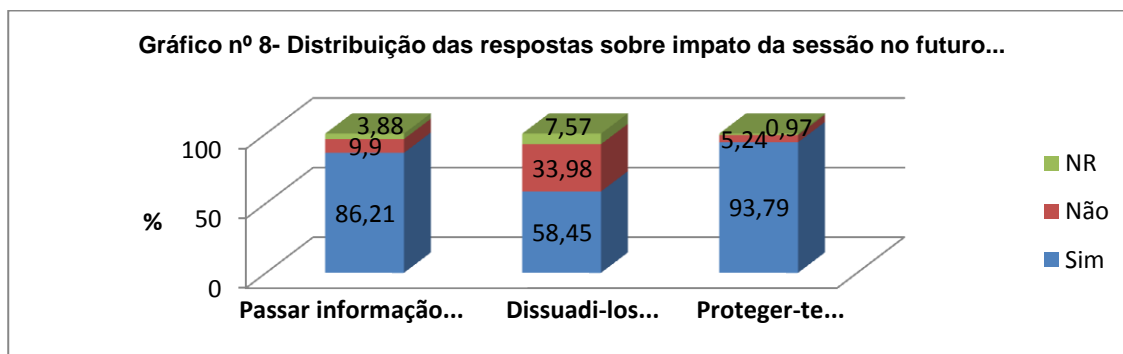
Foi questionado se pensa experimentar fumar. Apenas 12 alunos referiram esse desejo, o que corresponde a 2,65%, dos que ainda não tiveram essa experiência.

Dos 60 que “experimentaram fumar”, 7 referiram “desejo em continuar”, o que leva a pensar que já têm hábitos de fumo regulares, porém, dois dos que fumaram na última semana referiram que não vão continuar, o que já representa um **ganho em saúde**, se se concretizar.

Comparando com os resultados do estudo do Diagnóstico Social (CLASC, 2006), face à pergunta, “no futuro vais fumar?”, de uma amostra de 768 inquiridos, 70% são perentórios na afirmação referindo que quase de certeza que não, cerca de 23% talvez venham a fumar, e 6% quase de certeza que sim.

No presente estudo, se excluirmos os alunos que “pensam experimentar fumar” e os que “pensam continuar a fumar” (12+7), verifica-se que 96,31% dos 515 alunos sujeitos ao programa de prevenção do tabagismo **não** pensam em fumar no futuro, o que é significativamente superior ao valor encontrado no estudo em 2006.

Relativamente à intenção de “passar a informação aos familiares fumadores”, 86,21% referiu que sim. Quanto a “dissuadi-los de continuar a fumar”, as respostas dividiram-se quase a meio, tendo referido afirmativamente 58,45%. 93,79% dos alunos confirmaram que “vão proteger-se dos fumadores” (Gráfico nº8 e Tabelas P;Q e R no ANEXO nº X) .



Estes valores levam a concluir que a maioria dos alunos atingiu os objetivos da sessão de educação para a saúde, pelo que pode manter-se no mesmo formato no próximo ano letivo.

2.2.2 A visibilidade da UCC entre clientes, testemunhos privilegiados e profissionais/colaboradores das Unidades de Saúde do concelho

2.2.2.1 Procedimentos de recolha de dados – Questionários 1,3,2 e 3

Instrumento de colheita de dados

Para conhecer a visibilidade entre os vários *stakeholders*, procurou-se construir um questionário com itens comuns, por forma a permitir a comparabilidade, contudo nem todos os itens foram aplicados aos três grupos de inquiridos. Optou-se por perguntas fechadas, exceto quando se solicitavam sugestões, como exemplifica o Questionário 3 (ANEXO XI).

A visibilidade da UCC inicia-se pelo conhecimento que os inquiridos têm dos recursos humanos existentes e programas desenvolvidos. Assim as primeiras questões para além da caracterização dos inquiridos, foram: “Que profissionais da UCC já contactou?” e “Quais os programas da UCC de que tem conhecimento?”, apresentando os vários itens por ordem alfabética, de modo a não influenciar a resposta.

Ao focalizar na dimensão da satisfação, foi feita alguma pesquisa em inquéritos de satisfação dirigidos aos utilizadores das Unidades de Saúde, porém, não refletiam a especificidade da UCC, à qual se pretende dar visibilidade. Assim, optou-se por utilizar alguns itens que constam em questionários já testados e incorporar outros que pareceram à equipa como adequados a este contexto e que pretendem concretizar as mais-valias (benefícios) que a UCC pode trazer. Os 13 itens escolhidos para conhecer a opinião sobre a satisfação global com a UCC incluem aspetos da estrutura física, da **acessibilidade** e da organização, como o horário de funcionamento, área de abrangência, tempo de espera, articulação com as outras unidades de saúde e instituições da comunidade (Quadro F do ANEXO XII).

Para obtenção da opinião sobre o grau de satisfação, optou-se por uma escala de Likert adaptada. As escalas de Likert requerem que os entrevistados indiquem o seu grau de concordância ou discordância com declarações relativas à atitude que está a ser medida. Atribui-se valores numéricos e/ou sinais às respostas para refletir a força e a direção da reação do entrevistado à declaração. As declarações de concordância recebem valores positivos ou altos, enquanto as declarações das quais discordam, recebem valores negativos ou baixos (BAKER, 2005 in BRANDALISE, 2005).

Para quantificar o grau de satisfação em cada item, consoante se posiciona com satisfação negativa ou positiva, foram criadas cinco alternativas de resposta: “Nada satisfeito”, “Pouco satisfeito”, “Sem opinião”, “Satisfeito” e “Muito satisfeito. Procurou-se desta forma, dar oportunidade ao entrevistado de expressar respostas claras em vez de respostas ambíguas como recomenda BRANDALISE (2005), evitando a tendência de posicionar a resposta no centro da escala de forma pouco consciente. Para fazer a análise atribuiu-se a cada afirmação (item) o score numérico que vai de (-2) a (+2), passando por zero”; atribuindo esta pontuação,

quando o item é classificado com “Sem opinião”. A análise foi feita item por item (análise de perfil) e realizada uma apreciação geral do cálculo do score total, somatório para cada inquirido somando-se os itens, de cada grupo/Programa, como sugere MALHOTRA (2004).

O item 13 é a súmula da satisfação global, caso o inquirido já tenha opinião formada sobre a Unidade, pelo que foi elaborada uma pergunta dicotómica, onde se responde “sim” ou “não”.

Considerando que os próprios instrumentos de colheita de dados são um meio de divulgar e dar visibilidade aos vários programas da UCC, selecionaram-se 47 itens, distribuídos pelos 10 programas, que no entender da equipa multidisciplinar da UCC, “descrevem” o trabalho desenvolvido na Unidade. Os 47 itens poderão ser classificados nos seguintes domínios: apoio afetivo, informação de saúde, controlo de decisão, competências técnicas e satisfação global com a atividade, tal como sugerido por STANHOPE e LENCASTER (2011). (Quadros G a P no ANEXO XII).

A estes 47 itens, foi aplicada a mesma escala de Likert adaptada. Nos programas em que o registo para todos os itens foi “Sem opinião” ou não respondeu, não foram contabilizadas essas respostas para o valor de “n” do respetivo programa.

Para obter a opinião sobre as mais-valias que a UCC trouxe à comunidade, foram apresentadas duas mais-valias, alicerçadas nas características desta Unidade Funcional: a **proximidade** e a atuação na **vulnerabilidade**. Solicitou-se ainda outras sugestões de mais-valias (benefícios) (Quadro Q no ANEXO XII).

Uma das dificuldades que a UCC enfrenta relaciona-se com a operacionalização dos critérios de referenciação, pois cria alguns constrangimentos aos clientes, que por vezes são sujeitos a troca de equipa prestadora de cuidados, por referenciação inadequada.

Para identificar a informação que os profissionais das Unidades de Saúde do concelho possuem, sobre os critérios de referenciação para a UCC, foram criados 11 itens baseados na Circular Normativa 7/2010 de 02/02/2010 do ACES Ribatejo sendo o item 2 e 10 falsos. (Quadro R no ANEXO XIII),

Com a última questão, uma pergunta aberta, pretendeu-se envolver os *stakeholders*, solicitando sugestões para melhorar a qualidade dos cuidados prestados nesta Unidade.

Questionário 1.3 - Para os clientes

De acordo com o Relatório de Atividades do ACES Ribatejo de 2011 e as estimativas para 2012, a UCC Cartaxo presta cuidados a cerca de 860 clientes, nos diferentes programas. Nesta contabilização foi excluído o programa de Saúde Escolar, por ter sido tratado separadamente (capítulo 2.2.1) e o Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco, por ser uma atividade ainda incipiente, pois teve início no final de 2011.

Para esta vertente do estudo, considerou-se como **População** os 860 clientes alvo dos cuidados durante o ano, nos seguintes Programas: Classes de Mobilidade de Fisioterapia, Classes de Mobilidade de Terapia Ocupacional, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), Cuidados Continuados Integrados/Visita Domiciliária (CCI/VD), Curso de Preparação para a Maternidade (CPM), Educação Parental, Encontros de Saúde Materna e Infantil – Recuperação Pós Parto, Intervenção Precoce na Infância e Núcleo Local de Inserção (NLI).

Estabeleceu-se como plano de amostragem que seriam contemplados os clientes dos diferentes programas, na proporção em que estavam a ser utilizadores naquele período, tendo-se chegado a 194 clientes elegíveis, segundo os critérios de inclusão e exclusão.

Como **Crítérios de Inclusão para o Questionário 1.3**, consideraram-se os clientes dos vários programas da UCC, que usufruíram dos serviços da mesma entre os meses de maio, junho e julho de 2012, com início há pelo menos 1 mês, de modo a haver algum distanciamento temporal das primeiras intervenções, mas que tiveram mais do que um contato com os profissionais da Unidade.

Como **Crítérios de Exclusão para o Questionário 1.3**, excluíram-se os clientes que apresentavam alterações cognitivas (demência, debilidade mental) ou elevado grau de iliteracia, que os impedia de compreender o questionário e concomitantemente vivem sós, sem suporte familiar e sem amigos. Não foram elegíveis para responder clientes que são profissionais do ACES.

Neste contexto, pode-se considerar que este plano de amostragem conduz a uma **amostra** não probabilística, **estratificada por conveniência** de acordo com POLIT e HUNGLER (1995). Procurou-se garantir a representação dos clientes dos vários programas da UCC, segundo o critério da acessibilidade, por serem os clientes que receberam recentemente ou ainda recebiam, cuidados de saúde da UCC (194), o que representa cerca de 23% da população anual, nos referidos programas. Este estudo só permitirá tirar conclusões sobre a opinião dos respondentes, pois fica-se sem saber qual a opinião dos que não se dispuseram a responder ou não tinham condições para o fazer.

Considera-se a amostra N, o total de respostas ao questionário com itens preenchidos e n1, n2,... etc, o número de pessoas que reponderam em cada programa.

A **estratégia** adotada foi: para cada cliente houve um questionário em suporte de papel, mas podia ser o cuidador, familiar, vizinho ou amigo a responder por ele.

Foram criadas seis caixas identificadas, com "Questionário - Utentes da Unidade de Cuidados na Comunidade", para a recolha dos questionários. Estas foram distribuídas pelos seguintes locais: sala de espera da UCC, junto ao segurança nas USF, viatura de serviço e instalações do NLI e CPCJ.

Os clientes ou familiares do Programa de CCI/VD que tiveram alta, receberam envelope selado e endereçado para a UCC, ao cuidado da mestranda. Os que continuavam com cuidados, receberam o envelope por mão própria e a equipa fez chegar uma das caixas de recolha ao domicílio, sendo o cliente ou o cuidador a colocar dentro da caixa.

Colaboraram na distribuição e recolha dos questionários elementos da equipa de NLI e CPCJ, aproveitando todas as oportunidades, de contacto com os clientes (atendimentos, sessões de educação para a saúde, visitas domiciliárias).

A aplicação do **Pré-teste para o Questionário 1.3**, decorreu nos dias 23, 24 e 25 de junho, a antigos clientes de diferentes programas da UCC, segundo a distribuição apresentada no Quadro S (ANEXO XIV), o que corresponde a 7,7% da amostra. As respostas não foram incluídas na contagem posterior. Foi solicitado que assinalassem o que lhes parecia menos claro, para posterior ajuste. As alterações efetuadas no questionário, que resultaram da análise

das respostas do pré-teste e diálogo com os respondentes (que de uma forma sincera, fizeram críticas construtivas) foram ao seguinte nível:

- Clarificação das instruções de preenchimento na nota introdutória;
- Forma de apresentação gráfica das questões;
- Substituição de algumas palavras e expressões, por outras do senso comum e que clarificavam os conceitos subjacentes.

Questionário 2 – Para os testemunhos privilegiados

No Questionário 2, só foi solicitada a opinião sobre os programas em parceria. De todos os testemunhos privilegiados existentes na comunidade, foram selecionados 100 endereços de mail, que incluem: endereços institucionais, endereços dos profissionais que trabalham em parceria com a UCC e endereços pessoais. Pode-se dizer que se trata de uma **amostra não probabilística intencional**, (POLIT, HUNGLER, 1995) visto que foram escolhidos com base no conhecimento que a mestranda tem sobre eles, incluindo representantes dos diferentes setores da comunidade.

Os **Critérios de Inclusão para o Questionário 2**, são:

- Ser testemunho privilegiado com contato com pelo menos um dos programas da UCC;
- Ter disponibilizado endereço de mail para contato.

Como **estratégia para o Questionário 2**, foi utilizada a plataforma SurveyMonkey para distribuição dos questionários, recolha de respostas e tratamento dos dados. O prazo de encerramento da recolha de dados decorreu após 3 semanas da distribuição.

No **Pré-teste para o Questionário 2**, foi enviado o questionário a 17 pessoas que não fazem parte do grupo dos 100 testemunhos da amostra. 12 pessoas responderam à totalidade das questões, duas só parcialmente. Respondendo ao apelo da mestranda em mail anterior, revelaram que o tempo de preenchimento se situou entre os quatro e sete minutos, pelo que não consideraram demasiado extenso; duas fizeram comentários com sugestões de clarificação das perguntas e outras duas manifestaram curiosidade por saber mais sobre os programas que não conheciam, o que veio a confirmar que apesar do constrangimento do instrumento de colheita de dados ser extenso, permitiu divulgar a carteira de serviços da UCC.

As alterações efetuadas no questionário 2 após o pré-teste, foram:

- Substituição do item “Acesso fácil às instalações” por “Acesso às Instalações”;
- Separação do questionário em 3 páginas diferentes;
- Na Nota introdutória, clarificando como mudar de página, tempo médio de preenchimento e como funciona o tratamento dos dados;
- Reformulação da apresentação das opções da idade por escalões etários.

Questionário 3 – Para os profissionais/colaboradores das Unidades de Saúde

No Questionário 3 foram incluídos todos os Programas, sendo a **População Alvo** os profissionais de saúde e outros colaboradores das Unidades de Saúde do concelho que obedeciam aos critérios de inclusão, somando a totalidade de 56 colaboradores, distribuídos pelas

diferentes categorias: 8 Assistentes Operacionais, 16 Assistentes Técnicos, 16 Enfermeiros, 13 Médicos e 3 Técnicos.

Como **Critérios de Inclusão para o Questionário 3**, considerou-se:

- Ser colaborador do ACES do Ribatejo, no concelho do Cartaxo.

Os **Critérios de Exclusão para o Questionário 3** são:

- Ser profissional da equipa nuclear da UCC;
- Ser profissional da equipa da UCC, colaborando em mais de 4h mensais, o que implica participar em mais de um programa;
- Encontrar-se com ausência prolongada, por exemplo doença ou gravidez de risco.

A **estratégia** utilizada **para o Questionário 3** foi o suporte em papel, entregue em envelope, pela mestranda, sendo informado o objetivo do mesmo, a localização das caixas de recolha e o prazo para recolha da resposta - 4 semanas, para salvarguardar o tempo de férias.

No **Pré-teste para o Questionário 3**, foi enviado o questionário a 14 profissionais de saúde que não fazem parte da população alvo, por mail, através da plataforma SurveyMonkey, com a única questão que ainda não tinha sido testada (sobre os critérios de referenciação para a UCC). Foram obtidas 7 respostas, onde se verificaram algumas respostas erradas, o que veio confirmar a pertinência de inclusão desta pergunta.

Após troca de impressões com alguns dos profissionais que colaboraram no pré-teste, foi acrescentada a palavra “Todos” ao item 2 e trocada a ordem desse item, para junto do item 1, de modo a facilitar a interpretação do critério. No item 3 foram acrescentados exemplos de dispositivos de modo a clarificar o conceito (Quadro R no ANEXO XIII).

Procedimentos formais e éticos (Questionários 1.3, 2 e 3)

Para a realização desta fase do estudo, foi solicitada autorização ao Conselho Clínico do ACES do Ribatejo (ANEXO XV)

Para a recolha dos questionários 1.3 e 3, foi solicitada autorização dos coordenadores das USF e representante do Diretor Executivo para a colocação da caixa de recolha, assim como à Presidente da CPCJ e Coordenadora do NLI, solicitando a colaboração das respetivas equipas.

De acordo com os princípios de respeito pela dignidade humana e justiça, tal como recomendam POLIT e HUNGLER (1995), para se salvarguardar o direito ao tratamento justo e imparcial, direito à privacidade, à autodeterminação, à revelação completa, foram tomadas as seguintes medidas:

- Como se trata de opinião sobre satisfação sobre os serviços prestados, os profissionais da UCC ficaram interditos de colaborar no preenchimento do questionário, podendo no entanto esclarecer dúvidas;
- Foram distribuídos os questionários a todos as pessoas que frequentavam os grupos,

- Foi dada a oportunidade para responderem mais tarde e depositarem o questionário noutra local, dando a liberdade de responderem ou não, sem o constrangimento da recusa frente ao profissional da UCC;
- Foi disponibilizado o contato telefónico da mestrandia, para melhor esclarecimento;
- A construção do questionário, na caracterização dos inquiridos, permite garantir o anonimato, pois há sempre mais do que uma pessoa com a mesma característica.

Como referido anteriormente, foram excluídos os clientes que não tinham capacidade cognitiva ou instrução para responder, nem ninguém próximo que os substituísse, pela sua vulnerabilidade e incapacidade de permitir um consentimento informado.

Colheita de Dados (Questionários 1.3, 2 e 3)

O Questionário 1.3 (clientes) foi distribuído entre 26 junho e 26 de julho, tendo-se concluído a recolha a 10 de agosto. Foram distribuídos 194 questionários, foram devolvidos 93, encontrando-se 2 sem respostas, pelo que foram anulados. A **taxa de resposta** atingiu os 47%.

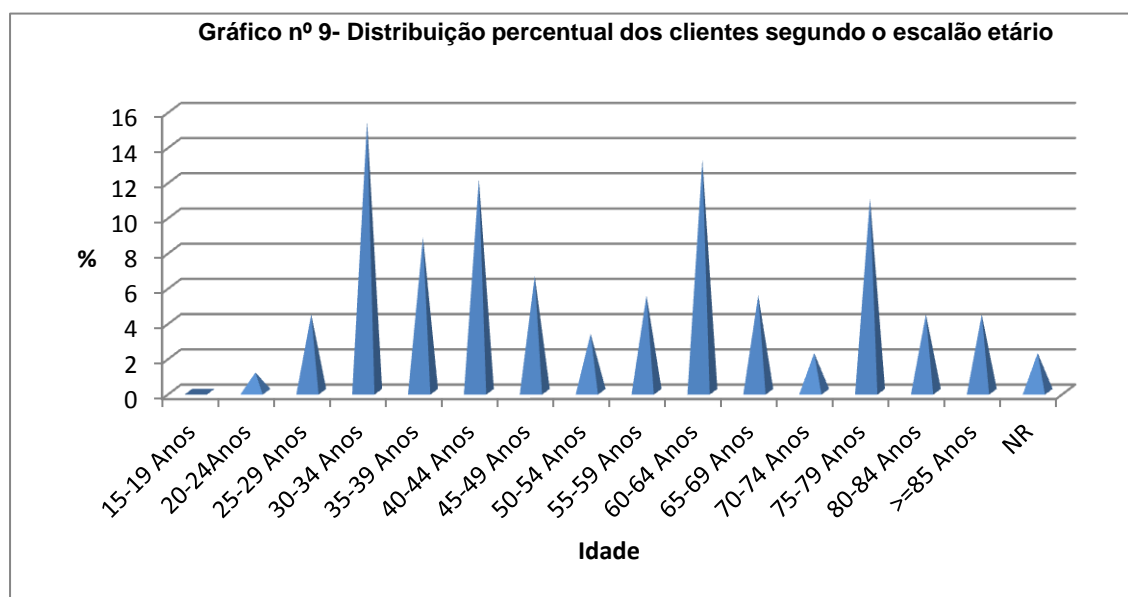
Relativamente aos testemunhos privilegiados, foi lançado o primeiro convite a 7 de julho e encerrado o coletor na plataforma SurveyMonkey a 3 de agosto. Obtiveram-se 49 respostas, sendo 6 incompletas, o que se traduz numa **taxa de resposta** de 49%.

Quanto ao questionário 3, iniciou-se a distribuição pelos profissionais das diferentes unidades de saúde, no dia 30 de julho, tendo-se encerrado a recolha a 31 de agosto. A **taxa de resposta** obtida foi de 50%.

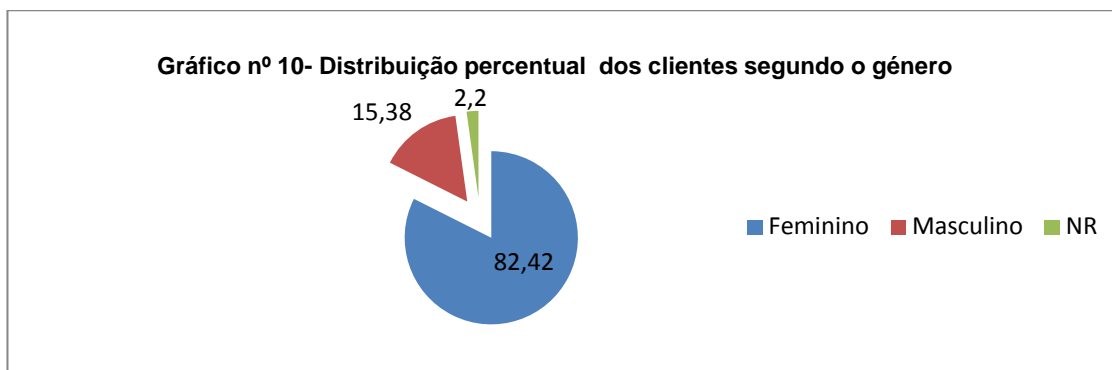
2.2.2.2 Tratamento, análise e discussão dos dados dos Questionários 1.3, 2 e 3

Caraterização dos participantes Questionário 1.3 – Clientes

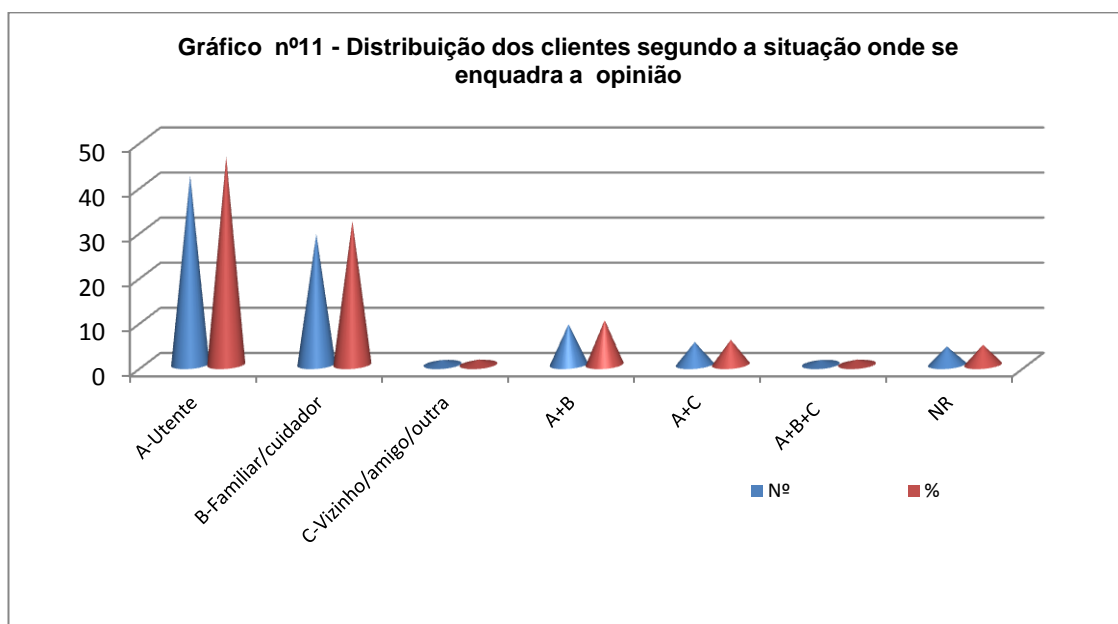
De acordo com os dados do Gráfico nº9 (Tabela S no ANEXO XIV), os inquiridos distribuem-se por todos os escalões etários a partir dos 20 anos, com média de 53,12 anos e moda dos clientes situa-se no escalão etário dos 30-34 anos com 15,38%, destacando-se mais 3 escalões etários, 40-44 anos (12,09%), 60-64 anos (13,19%) e 75-79 anos (10,99%).



Como se pode verificar no gráfico seguinte (Tabela T no ANEXO XIV), as pessoas que responderam a este questionário, pertencem maioritariamente ao género feminino (82,42%).

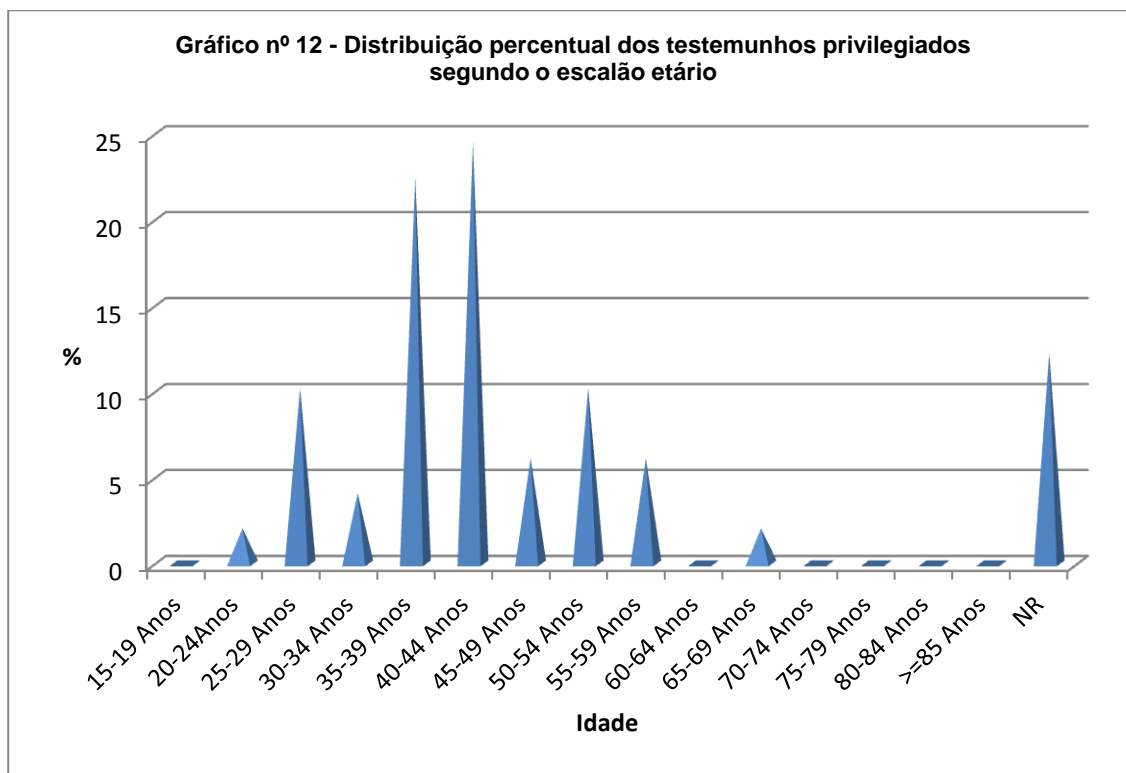


Como seria esperado a maioria dos respondentes assumem-se como utentes (46,67%), porém ainda um valor considerável referiu estar no papel de familiar ou cuidador (31,11%), o que revela o peso do programa de Cuidados Continuados, cujos utentes estão dependentes e sem capacidade para responderem. Estes dados podem verificar-se no gráfico seguinte (Tabela U no ANEXO XIV).

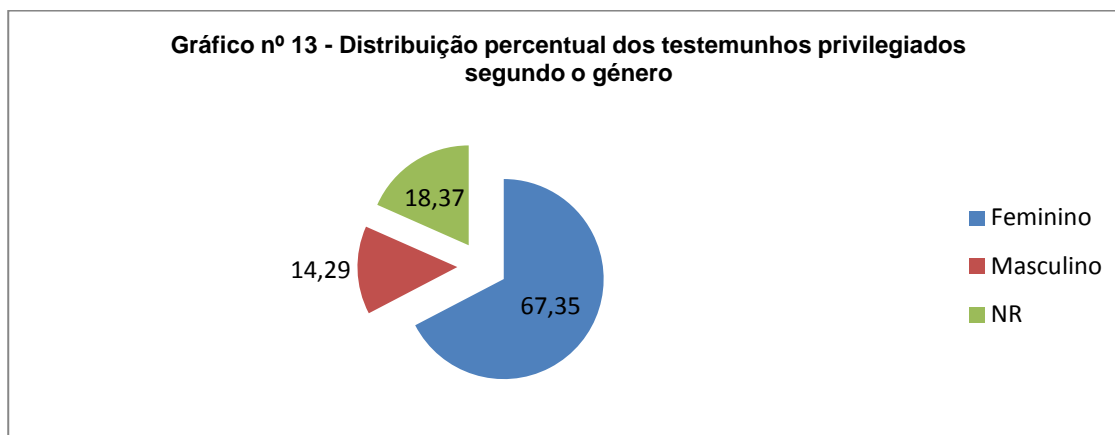


Caraterização dos participantes no Questionário 2 – Testemunhos privilegiados

Segundo os dados expressos no Gráfico nº12 (Tabela V no ANEXO XIV), os inquiridos distribuem-se entre os 20 e 69 anos, com média de 41,19 anos, situando-se a moda dos testemunhos privilegiados no escalão etário 40-44 anos com 24,49%, cerca de metade dos inquiridos (46,94%) encontra-se entre os 35 e 44 anos.

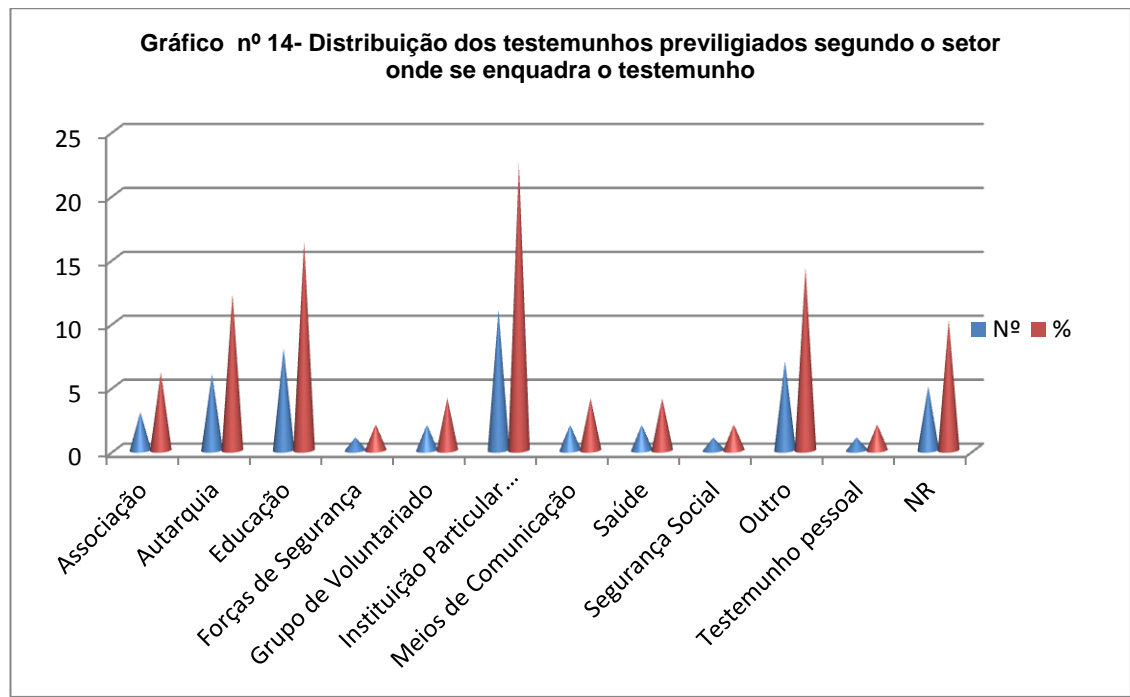


Pela análise do Gráfico nº13 (Tabela W no ANEXO XIV), este grupo de inquiridos pertence maioritariamente ao género feminino (67,35%).



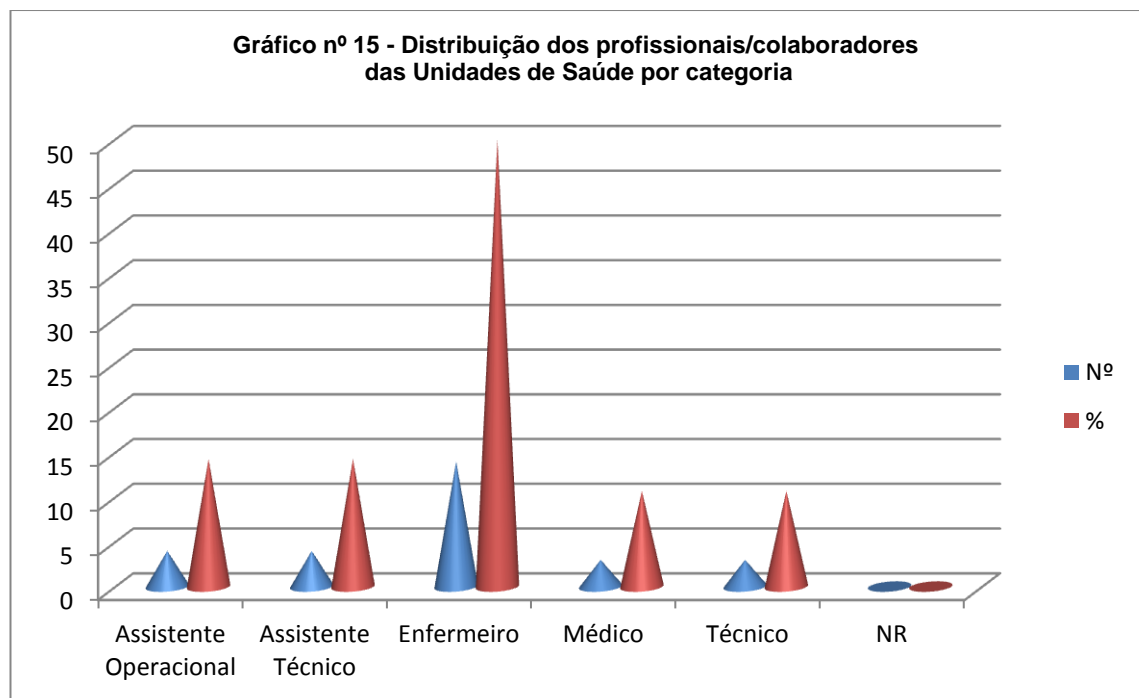
A título de curiosidade, a mestrandia teve conhecimento que três dirigentes delegaram nos seus colaboradores a resposta ao questionário, o que diminuiu o número de respostas, já que estes tinham sido também convidados para responder. Por outro lado, um dos autarcas solicitou que uma funcionária respondesse ao mail informando que este serviço ainda não existia no Cartaxo. Este episódio, motivou a resposta ao mail convidando para conhecer a Unidade e uma carta com o Boletim Informativo do ACES Ribatejo (ANEXO II), tendo sido criada uma oportunidade para atingir o objetivo de divulgação da UCC.

No Gráfico nº14 (Tabela X no ANEXO XIV), verifica-se que ficou garantida a representatividade de todos os setores, embora o que tem maior número seja as IPSS ou similares (22,45%) e Educação com 16,33%, pois também existiam em maior número na amostra.

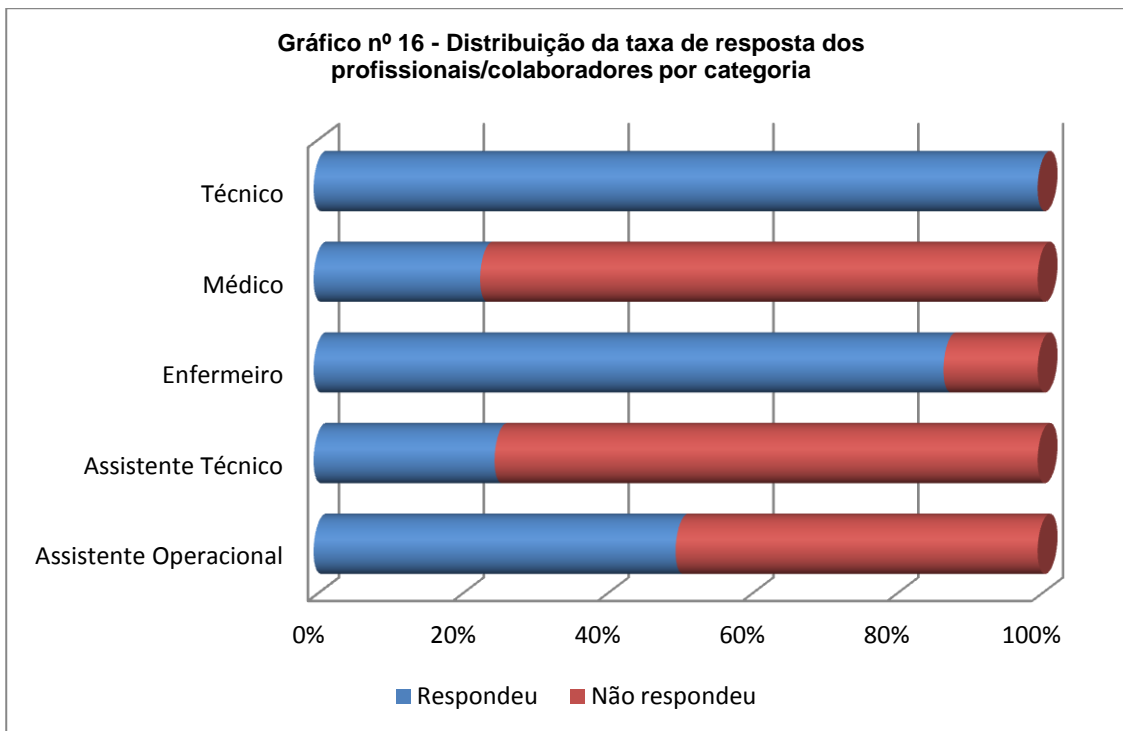


Caraterização dos participantes Questionário 3 – Profissionais/colaboradores das Unidades de Saúde

Segundo os dados expressos no Gráfico nº 15 (Tabela Y no ANEXO XIV), estão representados todos os grupos de colaboradores, destacando-se a classe de enfermagem, representando metade dos inquiridos.



Como se pode verificar pelo Gráfico nº 16, os grupos profissionais que mais demonstraram interesse em participar no estudo, foram os técnicos e enfermeiros, apresentando uma taxa de resposta de 100% e 87,5%, respetivamente (Tabela Z no ANEXO XIV).



Análise e discussão dos dados dos Questionários 1.3, 2 e 3

A análise dos dados inicia-se com as questões referentes ao conhecimento dos profissionais e programas da UCC. Seguem-se os itens referentes à satisfação na sua globalidade. Posteriormente, serão analisados os dados relacionados com a satisfação por programa, segundo a lógica do número de clientes envolvidos e grau de responsabilidade da Unidade. Segue-se a discussão sobre os critérios de referência para Visita Domiciliária da UCC e, por último, discutem-se os dados sobre as mais-valias (benefícios) e sugestões.

Durante a discussão dos dados, os três grupos de inquiridos serão denominados abreviadamente: CLI – clientes, TP – testemunhos privilegiados e Prof – profissionais de saúde /colaboradores das Unidades de Saúde do concelho.

Analisando o Quadro nº3, verifica-se que a classe modal nos três grupos de inquiridos é “Enfermeira(s)”, o que é compreensível uma vez que é a categorial que tem mais de um elemento, participando em todos os programas, exceto nas Classes de Mobilidade. O segundo profissional, mais contactado pelos CLI é a Fisioterapeuta. Destaca-se no grupo de inquiridos TP, a Assistente Técnica. Entre os Prof, a Higienista Oral foi contactada por cerca de metade dos inquiridos.

Percebe-se que não há relação direta entre os valores encontrados e a carga horária afeta à UCC pelas diferentes áreas profissionais, nomeadamente o Médico com 8h mensais e a Cardiopneumologista 35h/anuais, o que revela que para os inquiridos se confundem as funções nas diferentes Unidades de Saúde.

Quadro nº 3 - Comparação das respostas dos três grupos de inquiridos sobre os profissionais/colaboradores da UCC já contactados

Profissionais/colaboradores da UCC	Clientes		Testemunhos privilegiados		Profissionais/colaboradores das Unidades Saúde		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Assistente técnica	29	32,95	25	52,08	11	39,29	65	39,63
Cardiopneumologista	5	5,68	3	6,25	11	39,29	19	11,59
Enfermeira (s)	60	68,18	43	89,58	24	85,71	127	77,44
Fisioterapeuta	41	46,59	15	31,25	13	46,43	69	42,07
Higienista Oral	17	19,32	11	22,92	15	53,57	43	26,22
Médico	36	<u>40,91</u>	11	22,92	13	46,43	60	36,59
Psicóloga	7	7,95	11	22,92	14	50	32	19,51
Técnica de Serviço Social	13	14,77	10	20,83	5	17,86	28	17,07
Terapeuta Ocupacional	8	<u>9,09</u>	18	37,5	12	42,86	38	23,17
NR	2		1		0			
n1	89		48		28		164	
Classe modal	Enfermeira(s)		Enfermeira(s)		Enfermeira(s)		Enfermeira(s)	

Pela análise do Quadro nº4, constata-se que a Classe de Fisioterapia e o Programa de Cuidados Continuados Integrados/Visita Domiciliária, foram os mais referidos pelos CLI, o que tem lógica, pois estes são os programas que anualmente atendem mais clientes.

Nos menos conhecidos dos CLI encontra-se a Rede Social, o que é aceitável, pois não têm contato direto com o programa.

Os Encontros de Saúde Materna e Infantil – Recuperação Pós Parto, só iniciaram com regularidade desde o início de 2012, também é pouco conhecido entre os CLI e os TP. A CPCJ é o programa mais conhecido entre os TP, além de ser um programa em parceria onde estão representados quase todos os setores da comunidade, é um grupo de trabalho onde a Saúde tem desempenhado um papel relevante, assumindo na última década quer a presidência, quer o secretariado, em diferentes períodos.

Entre os Prof mantém-se a tendência do programa de CCI/VD ser conhecido, seguido do Curso de Preparação para a Maternidade.

O menos conhecido é a Educação Parental, o que seria esperado, pelo curto historial e ser um programa sazonal. Na totalidade dos inquiridos destacam-se os programas de CCI/VD e CPCJ.

Quadro nº 4 - Comparação das respostas dos três grupos de inquiridos sobre os programas da UCC já conhecidos

Programas da UCC	Clientes		Testemunhos privilegiados		Profissionais/colaboradores das Unidades Saúde		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Classes de Mobilidade de Fisioterapia	28	36,36	19	39,58	18	69,23	65	43,05
Classes de Mobilidade de Terapia Ocupacional	10	12,99	26	54,17	17	65,38	53	35,10
Comissão de Proteção de Crianças e Jovens	8	10,39	41	85,42	21	80,77	70	46,36
Cuidados Continuados Integrados/Visita Domiciliária	28	36,36	40	83,33	26	100,00	94	62,25
Curso de Preparação para a Maternidade	15	19,48	29	60,42	23	88,46	67	44,37
Educação Parental	6	7,79	32	66,67	11	<u>42,31</u>	49	32,45
Encontros de Saúde Materna e Infantil – Recuperação Pós parto	5	<u>6,49</u>	16	<u>33,33</u>	15	57,69	36	<u>23,84</u>
Intervenção Precoce na Infância	5	6,49	29	60,42	17	65,38	51	33,77
Núcleo Local de Inserção	11	14,29	24	50,00	11	<u>42,31</u>	46	30,46
Rede Social	<u>3</u>	<u>3,90</u>	31	64,58	12	46,15	46	30,46
Saúde Escolar	8	10,39	33	68,75	18	69,23	59	39,07
Saúde Oral nas escolas	9	11,69	28	58,33	17	65,38	54	35,76
NR	13		1		2			
n2	78		48		26		151	
Classe modal	Classe Fisioterapia e CCI/VD		CPCJ		CCI/VD		CCI/VD	

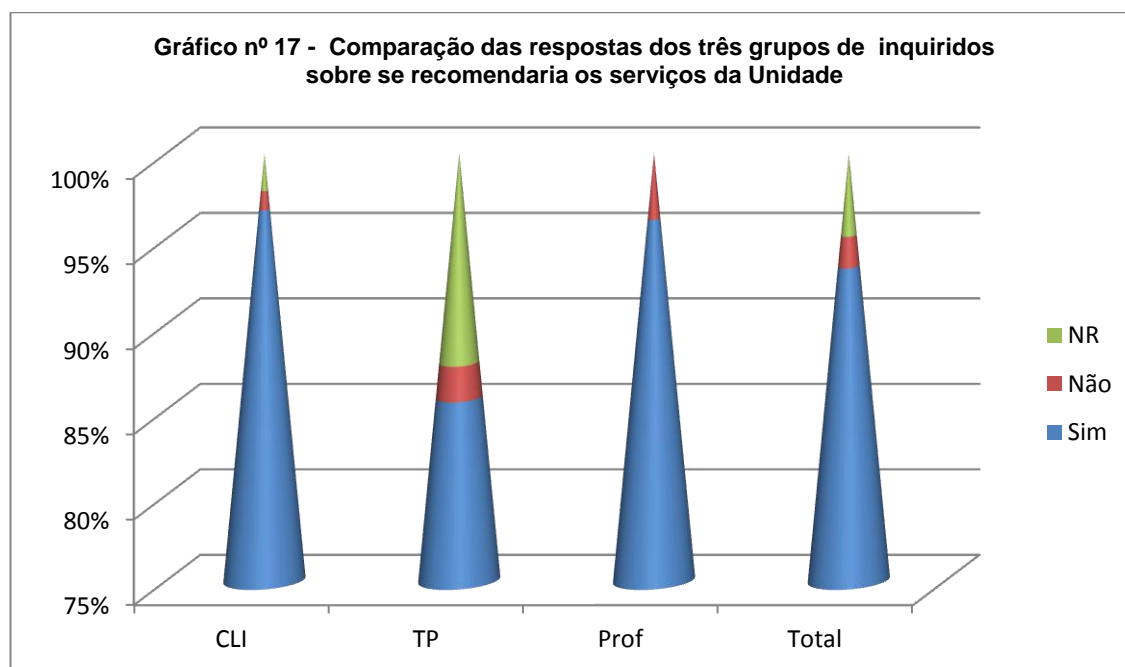
Como se pode verificar pelo Quadro nº 5, relativamente aos 12 itens que revelam a **satisfação global**, os mais significativos correspondem às médias mais elevadas de satisfação. Assim, para os três grupos de inquiridos destacam-se os itens relacionados com as formas de contato (item 9 e 10), com médias a rondar o 1, atingindo a moda “Muito satisfeito” entre os TP. Neste grupo, destaca-se também a “relação com as diversas instituições da comunidade” (1,1), o que revela que a Unidade está voltada para o exterior, sendo uma das suas características intrínsecas. O item 1, é o que revela menor satisfação, pelos TP com média de 0,46 e refere-se à “Localização da UCC”, sendo compreensível pois a Unidade situa-se num dos extremos do concelho. Este item ao nível dos CLI apresenta o desvio-padrão maior (1,18), demonstrando a grande diversidade de respostas.

Ainda no âmbito da Satisfação Global, pode-se verificar no Gráfico nº 17 (Tabela AA no ANEXO XIV), que os três grupos de inquiridos, maioritariamente (93,40%) recomendariam os serviços da Unidade a familiares ou amigos, caso necessitassem.

De entre os inquiridos que não responderam por não terem opinião formada, destaca-se o grupo de TP, o que vem reforçar a ideia da necessidade de divulgação dos programas e dos seus resultados.

Quadro nº 5 - Comparação das respostas dos três grupos de inquiridos sobre a satisfação global com a UCC

Itens de satisfação global	Clientes			Testemunhos privilegiados			Profissionais/colaboradores das Unidades Saúde		
	\bar{X}	σ	M_o	\bar{X}	σ	M_o	\bar{X}	σ	M_o
1 Localização das instalações da UCC ser em Vila Chã de Ourique	0,66	<u>1,18</u>	1	<u>0,46</u>	<u>0,96</u>	1	0,65	0,85	1
2 Remodelação das instalações para a atividade da UCC	<u>0,51</u>	0,83	0	0,86	0,79	1	0,69	0,68	1
3 Limpeza das instalações	0,69	0,85	1	1,02	0,79	1	0,62	0,70	0
4 Conforto e segurança das instalações	0,71	0,85	1	0,94	0,70	1	0,42	0,70	0
5 Acesso às instalações	0,78	0,9	1	0,98	0,82	1	0,77	0,71	1
6 Horário de Funcionamento	0,84	0,94	1	1,04	0,72	1	1,08	0,69	1
7 Atendimento de utentes de todo o concelho	0,76	<u>1,00</u>	0	0,96	0,75	1	1,00	0,75	1
8 O tempo de espera relativamente a pedidos feitos à UCC	0,75	<u>1,00</u>	1	0,81	0,82	0	0,81	0,80	1
9 Formas de contato com profissionais	0,99	0,92	1	1,33	0,71	2	1,23	0,51	1
10 Atendimento telefónico	0,89	0,97	1	1,08	0,83	2	1,23	0,51	1
11 Relação com as diversas instituições da comunidade	0,56	0,83	0	1,10	0,76	1	0,69	0,74	0
12 Relação com as outras unidades de saúde	0,63	0,77	1	0,67	0,78	0	0,69	0,84	1
n3	79			49			26		



O Programa de Cuidados Continuados e Visita Domiciliária é o que envolve mais recursos humanos e materiais; toda a equipa está envolvida, embora com a preponderância da Classe de Enfermagem.

Através da análise do Quadro nº 6, verifica-se que todos os itens apresentam média positiva. Relativamente aos itens que revelam maior satisfação, correspondendo às médias mais elevadas, para os três grupos de inquiridos, encontra-se no domínio “apoio afetivo”, o Item 7 – Na disponibilidade para ajudar o cuidador nas suas dificuldades (1,02; 0,57; 0,89), com moda de “Muito satisfeito” entre os CLI, o que também é defendido por PEREIRA:

“Na realidade, a preparação dos *Prestadores de cuidados* para o desempenho de atividades de *Tomar conta* ou a promoção da *Adesão* aos regimes terapêuticos prescritos, aspetos essenciais da saúde dos clientes e famílias, não dependem de estratégias farmacológicas complexas ou de estudos auxiliares de diagnóstico suportados em grandes recursos tecnológicos; antes, de cuidados de enfermagem que se mostrem proficientes.”(PEREIRA, 2009, p362)

É também realçado o Item 4 – No tratamento de feridas (1,00), no âmbito do domínio da competência técnica. O grupo dos CLI é o que apresenta desvio-padrão superior, sendo maior no Item 3 – Na prevenção de complicações (σ 1,02), o que significa que as respostas variam em média 1,02 da média das respostas. No grupo de TP prevalece a classificação “Sem opinião”, o que será indicador de falta de visibilidade do Programa, embora os que opinam tenham parecer positivo. Entre os Prof salienta-se a visibilidade deste programa que atingiu a moda de “Satisfeito”, em sete dos itens, destacando-se além do item 7, o Item 1 – No encaminhamento para unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (domínio da competência técnica) e o Item 9 no Envolvimento do utente e familiares nas decisões (domínio controle de decisão).

Quadro nº 6 - Comparação das respostas dos três grupos de inquiridos sobre a satisfação no Programa de Cuidados Continuados Integrados e Visita Domiciliária

Itens de satisfação no Programa de Cuidados Continuados Integrados e Visita Domiciliária	Clientes			Testemunhos privilegiados			Profissionais/colaboradores das Unidades Saúde		
	\bar{X}	σ	M_o	\bar{X}	σ	M_o	\bar{X}	σ	M_o
1 No encaminhamento para unidades de internamento da RNCCI	<u>0,38</u>	0,91	0	<u>0,06</u>	0,74	0	0,68	0,89	1
2 A manter ou melhorar os movimentos	0,52	0,95	0	0,38	0,61	0	<u>0,21</u>	0,63	0
3 Na prevenção de complicações como úlceras de pressão (escaras), desidratação, etc...	0,67	<u>1,02</u>	0	0,36	0,57	0	0,53	0,7	1
4 No tratamento de feridas	1,00	0,94	1	0,38	0,61	0	0,63	0,68	1
5 No controlo de sintomas	0,62	0,89	0	0,36	0,57	0	0,37	0,68	0
6 No ensino e controlo da medicação	0,81	0,96	0	0,38	0,53	0	0,32	0,58	0
7 Na disponibilidade para ajudar o cuidador nas suas dificuldades	1,02	0,97	2	0,57	0,72	0	0,89	0,74	1
8 Na prevenção da exaustão do cuidador	0,76	0,92	0	0,45	0,62	0	0,63	0,83	1
9 No envolvimento do utente e familiares nas decisões	0,81	0,91	0	0,62	0,68	0	0,68	0,82	1
10 Na preparação dos familiares e doente em fase final de vida	0,62	0,84	0	0,30	0,50	0	0,63	0,83	1
11 No apoio no luto	0,57	0,84	0	0,19	0,38	0	0,53	0,77	0
n4	41			47			19		

Nos Programas das **Classes de Mobilidade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**, apenas estão envolvidas as respetivas técnicas de reabilitação.

Para avaliar a satisfação foram utilizados Itens na dimensão do resultado, que já faziam parte dos indicadores de avaliação do programa, tendo-se obtido opiniões favoráveis, com moda de “Satisfeito”, entre os CLI e Prof, nos dois programas, como se pode verificar nos Quadros nº 7 e 8. De salientar a variabilidade de respostas entre os CLI com $\sigma > 1$.

O número dos Prof com opinião formada sobre estes programas, foi inferior a 1/3 dos inquiridos, o que é preocupante, pois sendo programas desenvolvidos nas instalações das Unidades e que dependem da referenciação do médico de família, deveriam ter maior visibilidade. Pelo que se conclui que estes programas deveriam ter melhor divulgação assim, como os seus resultados.

Quadro nº 7 - Comparação entre as respostas dos clientes e dos colaboradores das Unidades de Saúde sobre a satisfação com as Classes de Mobilidade de Fisioterapia

Itens de satisfação com as Classes de Mobilidade de Fisioterapia	Clientes			Profissionais/colaboradores das Unidades Saúde		
	\bar{X}	σ	M_o	\bar{X}	σ	M_o
1 A manter ou melhorar os movimentos	0,83	1,08	1	1,00	0,53	1
2 No equilíbrio	0,77	1,03	1	1,00	0,53	1
3 No bem-estar	0,97	1,06	1	1,13	0,35	1
n5	30			8		

Quadro nº 8 - Comparação entre as respostas dos clientes e dos colaboradores das Unidades de Saúde sobre a satisfação com as Classes de Mobilidade de Terapia Ocupacional

Itens de satisfação com as Classes de Mobilidade de Terapia Ocupacional	Clientes			Profissionais/colaboradores das Unidades Saúde		
	\bar{X}	σ	M_o	\bar{X}	σ	M_o
1 A manter ou melhorar os movimentos	0,73	1,08	1	1,43	0,53	1
2 Na qualidade de vida	0,95	1,05	1	1,43	0,53	1
n6	22			7		

No **Curso de Preparação para a Maternidade**, apesar de haver intervenção da higienista oral, é maioritariamente assegurado por uma enfermeira especialista na área.

Segundo os dados expressos no Quadro nº 9, o CPM é o Programa que apresenta a moda “Muito Satisfeito” ao nível dos CLI, na totalidade dos itens. As médias são superiores a 1 o que revela a visibilidade na satisfação, neste programa quer entre os CLI quer entre os Prof. O Item 1 – Preocupação dos profissionais de saúde da UCC com o bem-estar da grávida, apresenta maior satisfação nos dois grupos de inquiridos, novamente um item no domínio do apoio afetivo. A variabilidade de opiniões é superior no grupo de CLI, apresentando $\sigma > 1$ em todos os itens.

Quadro nº 9 - Comparação das respostas dos clientes e dos colaboradores das Unidades de Saúde sobre a satisfação com o Curso de Preparação para a Maternidade

Itens de satisfação com o Curso de Preparação para a Maternidade	Clientes			Profissionais/ colaboradores das Unidades Saúde		
	\bar{X}	σ	M_o	\bar{X}	σ	M_o
1 Na preocupação dos profissionais de saúde da UCC com o bem-estar da grávida	1,63	1,30	2	1,88	0,45	1
2 Na preocupação com o envolvimento do pai do bebé ou outra pessoa significativa	1,44	1,18	2	1,50	0,60	1
3 Com os conteúdos do curso	1,19	1,14	2	1,50	0,60	1
4 Com as estratégias de abordagem	1,25	1,16	2	1,50	0,60	1
n7	21			12		

Nos **Encontros de Saúde Materna e Infantil- Recuperação pós parto**, estão envolvidos três enfermeiros, com áreas de especialização diferentes: Saúde Materna e Obstétrica, Saúde Mental e Saúde Infantil. Embora o programa só tenha um historial de meses, verifica-se moda de “Satisfeito”, mas com médias baixas e desvio padrão elevado, o que representa grande variabilidade de opinião dos CLI. Entre o grupo de Prof que opinaram, também emerge a moda de “Satisfeito”, destacando-se também o Item 1 no domínio do apoio afetivo, com média de 1,38 (Quadro nº 13).

Quadro nº 10 - Comparação das respostas dos clientes e colaboradores das Unidades de Saúde sobre a satisfação com os Encontros de Saúde Materna e Infantil - Recuperação Pós Parto

Itens de satisfação com os Encontros de Saúde Materna e Infantil- Recuperação Pós parto	Clientes			Profissionais/ Colaboradores Unidades Saúde		
	\bar{X}	σ	M_o	\bar{X}	σ	M_o
1 Na preocupação dos profissionais de saúde da UCC com o bem-estar da puérpera e recém-nascido	0,25	1,63	1	1,38	0,44	1
2 Na preocupação com o envolvimento do pai do bebé ou outra pessoa significativa	0,19	1,35	1	1,00	0,60	1
3 Com os conteúdos do curso	0,31	1,37	1	1,00	0,60	1
4 Com as estratégias de abordagem	0,25	1,29	1	1,00	0,60	1
n8	11			9		

O **Programa de Intervenção Precoce na Infância**, atualmente integrado no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, é desenvolvido em parceria com várias instituições, nele participam 2 enfermeiras, 1 fisioterapeuta e 1 terapeuta ocupacional.

Como se verifica no Quadro nº 11, o Item 2 – “Na preocupação dos profissionais de saúde da UCC, com o desenvolvimento das crianças”, foi classificado com maior grau de satisfação entre os CLI (0,56 com σ 1,26) e Prof (1,25 com σ 0,46), sendo o segundo maior no grupo dos TP (0,61 com σ 0,89), o que revela concordância de opinião entre os três grupos de inquiridos. De realçar que se trata também de um item no domínio do apoio afetivo. A satisfação com o equipamento da Sala de Estimulação Precoce, é maior entre o grupo dos TP, apesar da moda ser “Sem opinião”. Quem se manifestou tem um parecer técnico sobre o assunto, pois foram incluídos profissionais que são utilizadores da referida sala, no grupo de TP.

Quadro nº 11 - Comparação das respostas dos três grupos de inquiridos sobre a satisfação no Programa de Intervenção Precoce na Infância

Itens de satisfação no Programa de IPI	Clientes			Testemunhos privilegiados			Profissionais/colaboradores Unidades Saúde		
	\bar{X}	σ	M_o	\bar{X}	σ	M_o	\bar{X}	σ	M_o
1 Com o equipamentos da sala de estimulação precoce	<u>0,25</u>	1,13	1	0,63	0,75	0	<u>0,50</u>	0,76	0
2 Na preocupação dos profissionais de saúde da UCC com o desenvolvimento das crianças	0,56	<u>1,26</u>	1	0,61	0,89	0	1,25	0,46	1
3 Na relação com o gestor de caso	0,38	1,15	0	0,37	0,94	0	1,25	0,71	1
4 No envolvimento da família na realização do PIPE	0,50	1,15	1	0,48	0,74	0	0,88	0,83	1
n9	16			46			8		

No **Programa de Saúde Escolar**, também estão envolvidas todas as classes profissionais, embora quem assegure a maior parte das atividades sejam as Enfermeiras Especialistas de Enfermagem Comunitária.

Pela análise do Quadro nº 12, observa-se que embora as médias de satisfação se encontrem relativamente baixas, foram positivas, sendo a moda de respostas “Sem opinião”. Destacam-se as atividades relacionadas com o programa de Saúde Oral na escola (CLI média 0,65 e Prof 1,38). Entre os Prof salienta-se o Item 6 – “Apoio na inclusão de alunos com Necessidades de Saúde Especiais (NSE)” (média 1,13), visto que é frequente haver articulação com a equipa da USF/UCSP, sendo por isso uma atividade com maior visibilidade.

Quadro nº 12- Comparação das respostas entre os testemunhos privilegiados e os colaboradores das Unidades de Saúde sobre a satisfação com o Programa de Saúde Escolar

Itens de satisfação com o Programa de Saúde Escolar	Testemunhos Privilegiados			Profissionais/colaboradores das Unidades Saúde		
	\bar{X}	σ	M_o	\bar{X}	σ	M_o
1 Estratégia e conteúdos nas sessões no pré escolar (alimentação, saúde oral)	<u>0,06</u>	0,71	0	0,75	0,52	1
2 Estratégia e conteúdos nas sessões no 1º ciclo (alimentação, saúde oral)	0,61	0,74	0	0,63	0,52	0
3 Estratégia e conteúdos nas sessões no 5º ano (prevenção tabagismo)	0,37	0,64	0	0,63	0,52	0
4 Estratégia e conteúdos nas sessões no 6º ano (sexualidade)	0,48	0,72	0	0,63	0,52	0
5 Estratégia e conteúdos nas sessões no 8º ano (sexualidade)	0,43	0,69	0	0,63	0,52	0
6 Apoio na inclusão de alunos com NSE	0,35	0,60	0	1,13	0,75	1
7 Saúde oral (rastreios, ...)	0,65	0,74	0	1,38	0,77	1
8 Intervenção no gabinete de apoio ao aluno	0,43	0,65	0	0,63	0,52	0
9 Participação no Conselho Municipal de Educação	0,48	0,66	0	0,50	0,50	0
10 Participação no Conselho Geral de Escola ou Agrupamento	0,50	0,69	0	0,50	0,50	0
n10	47			11		

A representação da Saúde no **Programa de CPCJ**, é assegurada por uma Enfermeira Especialista de Enfermagem Comunitária e pela Psicóloga.

Através do Quadro nº 13, constata-se que a intervenção dos profissionais da UCC na CPCJ, a média apresenta uma grande discrepância entre as opiniões no grupo dos CLI (σ 1,06 e 1,13), porém a moda é “Satisfeito”. A intervenção neste programa, provoca alguma conflitualidade com os clientes, visto tratar-se da proteção de crianças em risco, que nem sempre é bem compreendida pelas pessoas envolvidas. A maioria dos TP não apresenta opinião. A intervenção na CPCJ é mais reconhecida no grupo dos Prof, revelando um nível de satisfação superior a 1 e desvio-padrão reduzido; este aspeto reflete a boa prática de articulação entre os profissionais das outras Unidades com os elementos da Saúde, representantes na CPCJ e que pertencem à UCC.

Quadro nº13 - Comparação das respostas dos três grupos de inquiridos sobre a satisfação com intervenção na CPCJ

Itens de satisfação com intervenção na CPCJ	Clientes			Testemunhos Privilegiados			Profissionais/colaboradores das Unidades Saúde		
	\bar{x}	σ	M_o	\bar{x}	σ	M_o	\bar{x}	σ	M_o
1 Preocupação dos profissionais de saúde da UCC com o bem-estar da criança	0,56	1,06	1	0,70	0,79	0	1,38	0,51	1
2 Desempenho dos profissionais da UCC como gestor de caso	0,50	1,13	1	0,61	0,75	0	1,31	0,63	1
n11	16			44			13		

Ao nível do **NLI** a representação da Saúde, é assegurada por uma Enfermeira Especialista de Enfermagem Comunitária, pedindo colaboração aos outros elementos da equipa, sempre que se justifique.

Segundo os dados expressos no Quadro nº 14, ao nível dos CLI, 27 pessoas manifestaram opinião com 3 dos 4 itens com médias superiores a 1, destacando-se o Item 1, no domínio apoio afetivo, – “Preocupação dos profissionais de saúde da UCC com a saúde dos beneficiários e suas famílias” com média de 1,31. Este item foi também o que obteve score médio superior nos outros grupos de inquiridos. Este programa, parece ter maior visibilidade entre os CLI, pois também abarca um número significativo de clientes e desenvolve-se mais no exterior da Unidade, com os parceiros comunitários.

Quadro nº 14 - Comparação das respostas dos três grupos de inquiridos sobre a satisfação com intervenção no NLI

Itens de satisfação com intervenção no NLI	Clientes			Testemunhos Privilegiados			Profissionais/colaboradores das Unidades Saúde		
	\bar{x}	σ	M_o	\bar{x}	σ	M_o	\bar{x}	σ	M_o
1 Preocupação dos profissionais de saúde da UCC com a saúde dos beneficiários e suas famílias	1,31	1,02	1	0,76	0,76	0	0,88	1,25	1
2 Conteúdos das sessões de educação para a saúde	0,81	0,91	0	0,52	0,82	0	0,25	1,04	1
3 Estratégias de abordagem nas sessões de educação para a saúde	1,19	0,92	1	0,46	0,76	0	0,25	1,04	1
4 Participação das enfermeiras de saúde comunitária nas reuniões	1,00	0,75	0	0,48	0,79	0	0,25	1,04	0 e 1
n12	27			44			8		

O **Programa da Rede Social** é o mais abrangente ao nível da população alvo. A participação da UCC é assegurada por duas Enfermeiras Especialistas de Enfermagem Comunitária, enquadra-se na representação da Saúde no CLASC, no Núcleo Executivo e em alguns Grupos de Trabalho. Tal como se verifica no Quadro nº 15, de uma forma global, a opinião dos inquiridos é positiva, assumindo a moda de “Satisfeito” nos 3 itens.

Os itens que foram avaliados, enquadram-se no que STANHOPE e LENCASTER (2011) defendem no âmbito da Enfermagem Comunitária, assim, ao descreverem as características de uma parceria comunitária como a combinação de influência e poder centrada no trabalho conjunto de profissionais e leigos com igualdade de poderes e que envolve ideias e vozes igualmente respeitadas e ouvidas. Na linguagem comunitária o empoderamento defende que, os participantes comunitários têm um papel ativo no processo de mudança, o profissional trabalha intensamente, no sentido de incluir os membros de um local, bairro ou organização, de forma a terem um papel centrado no processo (STANHOPE;LENCASTER, 2011).

Quadro nº 15 - Comparação das respostas dos testemunhos privilegiados e dos colaboradores das unidades de saúde sobre a satisfação com o Programa da Rede Social

Itens de satisfação com o Programa da Rede Social	Testemunhos Privilegiados			Profissionais/colaboradores das Unidades Saúde		
	\bar{X}	σ	M_o	\bar{X}	σ	M_o
1 Preocupação na dinamização de projetos para responder aos problemas de saúde da população concelhia	0,93	0,66	1	1,13	0,49	1
2 Preocupação de envolver a comunidade no planeamento, execução e avaliação dos projetos	0,76	0,73	1	0,88	0,58	1
3 Participação das enfermeiras de Saúde Comunitária nas reuniões/grupos de trabalho	0,85	0,69	1	0,75	0,69	1
n13	44			7		

O Programa de **Educação Parental**, foi um dos que emergiu das necessidades identificadas no âmbito da Rede Social. Realiza-se anualmente no período de abril a junho, em parceria, envolvendo profissionais de várias instituições do concelho.

Neste programa estão envolvidas duas enfermeiras, embora uma em regime de voluntariado, como representante da Associação de Pais de uma escola, a outra pela UCC, especialista de Enfermagem Comunitária.

Neste contexto, a intervenção dos profissionais de saúde abrange em média 10 pessoas por ano, pelo que seria esperado que um número reduzido de CLI tivesse opinião formada. Porém, 22 clientes manifestaram-se, sendo a moda de “Satisfeito”. Quanto aos Prof, que referem também opinião favorável, destacam no domínio da competência técnica, o Item 4 “Desempenho do profissional de saúde da UCC como dinamizador das sessões” (Quadro nº 16).

A opção por um questionário extenso, incluindo todos os Programas, trouxe a vantagem da divulgação, mas poderá ter sido complexo para alguns clientes, pois a presente amostra de CLI abarca os diferentes escalões etários, e entre estes há que equacionar a iliteracia de algumas pessoas.

Quadro nº 16 - Comparação das respostas dos colaboradores das Unidades de Saúde e dos clientes sobre a satisfação com o Programa de Educação Parental

Itens de satisfação com o Programa de Educação Parental	Clientes			Profissionais/colaboradores das Unidades Saúde		
	\bar{X}	σ	M_o	\bar{X}	σ	M_o
1 Contributo para o bem-estar da família	1,13	1,10	1	0,75	0,84	1
2 Contributo para bem-estar individual	0,88	1,05	1	0,75	0,84	1 e 2
3 Com ferramentas abordadas	0,81	1,01	1	0,75	0,84	1 e 2
4 Desempenho do profissional da UCC como dinamizador das sessões	1,38	0,93	1	0,88	0,55	1
n14	22			5		

Tal como alerta SATNHOPE e LENCASTER (2011), as pessoas que são funcionalmente iletradas, frequentemente sentem-se embaraçadas em admiti-lo aos profissionais de saúde, podem não colocar as questões para clarificar a informação tendo problemas na sua compreensão, o que pode conduzir a resultados mais limitados. Nesta linha de raciocínio, foram detetadas algumas incoerências nas respostas ao nível dos CLI, o que é revelador da iliteracia já referida anteriormente, nomeadamente:

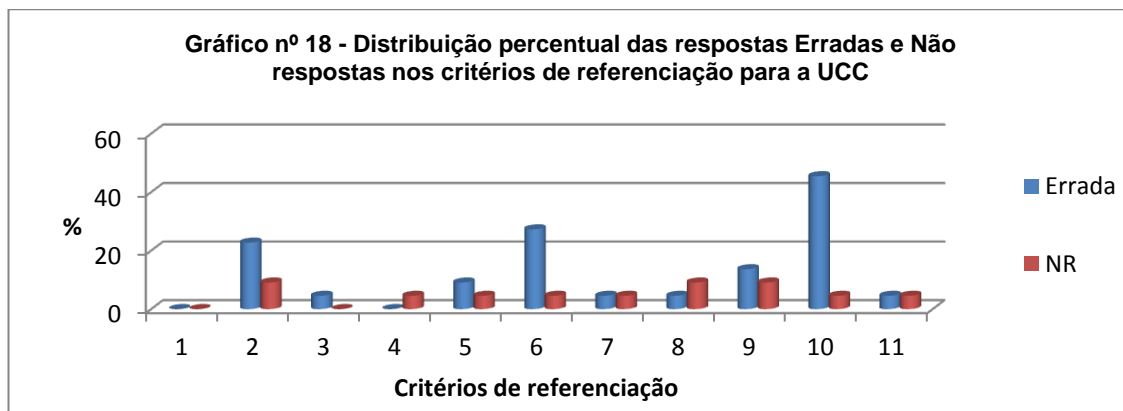
- 8 pessoas referem que já contactaram Terapeuta Ocupacional, 10 conhecem as Classes de Mobilidade de Terapia Ocupacional, mas 22 têm opinião formada sobre a mesma, provavelmente porque confundem com fisioterapia;
- Cerca de 40% refere ter contactado o Médico da UCC, porém este só presta cuidados diretos a um número muito reduzido de pessoas ao longo do ano, assumindo um papel de consultadoria nas 8h mensais que tem afetas à Unidade, logo este dado deve referir-se ao Médico de Família;
- Um dos clientes classifica todos os itens, opinando sobre todos os programas, nas primeiras páginas com “Nada satisfeito” e “Pouco satisfeito”, mas na última, dá opiniões favoráveis e assinala que recomendaria a Unidade a amigos e familiares.

Por outro lado, sabendo que a pontuação total da atitude de cada respondente é dada pelo somatório das pontuações obtidas para cada afirmação (BRANDALISE, 2005), apenas 8 clientes numa amostra de 91 (8,79%), assinalou opiniões, cujo somatório do grupo de itens é negativo.

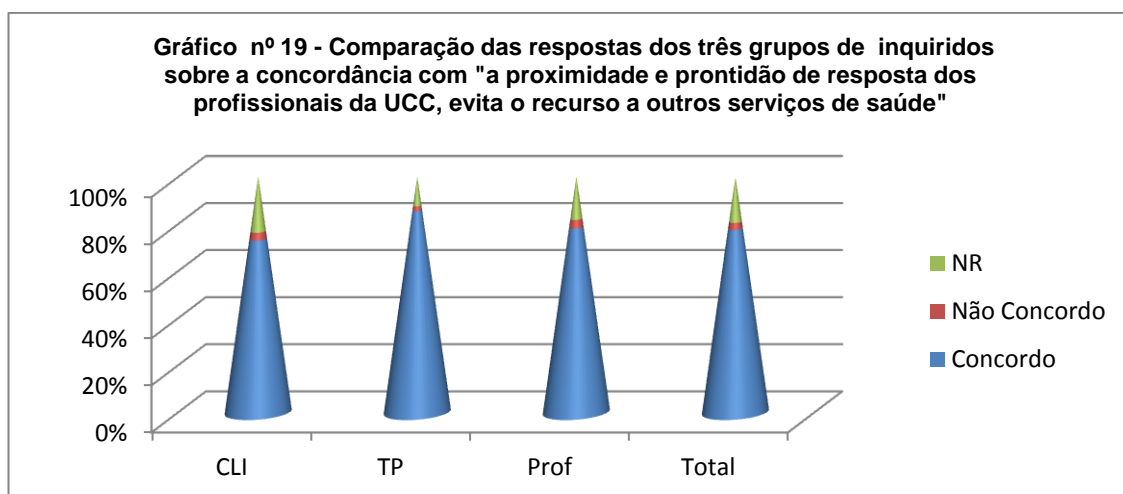
No Gráfico nº 18 (Tabela AB no ANEXO XIV), pode-se observar que 10 dos 11 critérios de referenciação para a Visita Domiciliária da UCC, ainda suscitam dúvidas entre os Prof. Metade dos inquiridos que reponderam a esta questão considerou que basta a condição de “a pessoa estar acamada, independentemente do tipo de cuidados a necessitar” (item 10), para ser critério válido para referenciar para a UCC, o que está em desacordo com a Circular Normativa 7/2010 (ANEXO XIII). Há também quem não tenha conhecimento de que “as pessoas dependentes com necessidade de cuidados domiciliários, fora da abrangência da USF/ UCSP, são da responsabilidade da UCC (item 6) e que como a USF/UCSP tem na carteira de serviços a visita domiciliária a recém-nascidos e a puérperas, só os que têm risco psicossocial é que são critério para a UCC (item 2).

Torna-se, assim, evidente que os Critérios de referenciação para a Visita Domiciliária da UCC que constam na Circular Normativa 7/2010 não são suficientemente claros para os

profissionais que trabalham nas outras Unidades de Saúde do concelho, o que na prática revela constrangimentos aos clientes, na permuta de equipa prestadora de cuidados, por má referência.



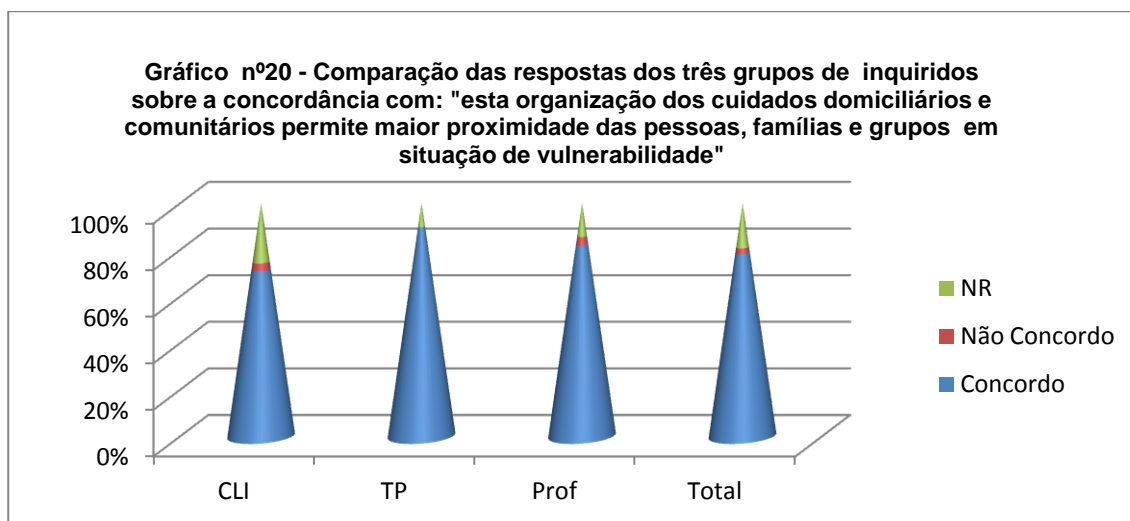
Quando solicitada a opinião sobre as mais-valias (benefícios) que a UCC trouxe à comunidade, apenas 2 a 4% **não concordam** com as duas mais-valias propostas. Como se pode verificar no Gráfico nº19, a maioria dos inquiridos considerou que “A **proximidade** e prontidão de resposta dos profissionais da UCC, evita o **recurso a outros serviços de saúde.**” (Tabela AC no ANEXO XIV)



A este propósito, na análise do setor da Saúde, é defendida a importância de desenvolver significativamente os CSP, criando mecanismos de pro-atividade com cuidados de **proximidade** e regulares, na gestão da doença crónica, sendo que a Enfermagem, bem como outro tipo de profissionais, poderão ter um papel muito relevante (DETROITTE CONSULTORES, 2011).

No quadro de indicadores de ganhos potenciais em saúde, no PNS 2011-2016, destaca-se um, para o qual os cuidados numa UCC poderão contribuir mais diretamente: a taxa de internamento por causas sensíveis a cuidados de ambulatório por 100 000 habitantes, que já na última década (2000-2009) registou um decréscimo (ACS,2012). Este facto poderá estar relacionado, com a reorganização dos CSP, que aumentou a sua oferta ao nível dos cuidados domiciliários. Perante a outra mais-valia (benefício) proposta no Questionário e que relaciona a **proximidade** e atuação na **vulnerabilidade**, “Esta **organização** dos cuidados domiciliários e

comunitários permite maior proximidade das pessoas, famílias e grupos em situação de **vulnerabilidade**”, as respostas foram similares, pelo que se considera que existe um reconhecimento positivo do trabalho desenvolvido por esta equipa (Gráfico nº 20 e Tabela AC do ANEXO XIV). Estas características devem estar intrínsecas a este tipo de Unidades de Saúde.



Face à sugestão de outras mais-valias (benefícios), surgiram 21 comentários que foram tratados segundo a análise de conteúdo, como recomenda BARDIN (1997). Depois da leitura fluente sobre todos os comentários, foram estabelecidas sete categorias: “Perfil dos profissionais”; “Cuidados na comunidade: domiciliários e a grupos”; “Ganhos em saúde”; “Segurança aos cuidadores”; “Articulação”; “Acessibilidade” e “Não há diferença”, como se pode verificar no Quadro T (ANEXO XIV).

Foi considerado por quatro inquiridos que o **perfil dos profissionais** da equipa da UCC é uma mais-valia para a comunidade. Este facto pode estar relacionado com o processo de criação da UCC por candidatura, permitindo que os profissionais, por sua iniciativa, se organizassem, promovendo a motivação profissional, permanecendo na equipa quem realmente gosta do contexto de trabalho. Nos comentários destacam-se aspetos relacionadas com o domínio de apoio afetivo, que também sobressaíram nos itens com maior grau de satisfação.

Nas categorias de **Cuidados na comunidade: domiciliários e a grupos** e **Articulação**, foram enquadradas unidades de registo que se relacionam com o próprio conceito da UCC, a sua carteira de serviços, com respostas articuladas e integradas. A este propósito, STANHOPE e LENCASTER, referem que “as parcerias envolvendo enfermeiros a trabalhar com organizações comunitárias oferecem um dos meios mais eficazes para as intervenções, porque envolvem ativamente a comunidade e apoiam-se nas forças nela existentes” (2011, p 365).

Um dos TP reconheceu que a mais-valia foi a “melhoria na qualidade de vida dos utentes”, o que foi categorizado como **Ganhos em Saúde**. Estes traduzem-se por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, diminuição da incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e **melhoria da qualidade de vida** relacionada ou condicionada pela saúde (Ministério da Saúde, 2000, in ACS, 2012).

“O sentido dos indicadores associados aos ganhos em saúde passa por acrescentar anos à vida e, fundamentalmente, vida aos anos” (PEREIRA,2009, p 74).

Foram encontradas cinco unidades de registo, que foram categorizadas na **Segurança aos cuidadores**. Nelas fica evidenciado o apoio, mas também a confiança transmitida ao cuidador para saber como proceder. MELEIS et al (2000, p 22) refere que “uma realização saudável de uma transição é determinada pela medida em que os indivíduos demonstram o domínio (mestria) das competências e comportamentos necessários para gerir as novas situações ou ambientes”.

Na mesma perspetiva, um estudo realizado na Austrália (MCKENZIE et al, 2007), demonstra que o contacto regular com os enfermeiros da comunidade, está associado a um forte sentimento de segurança acerca da sua situação de saúde imediata, na gestão do autocuidado e controle sintomático, quer para os clientes que sofrem de doença oncológica (com toda a sua imprevisibilidade), quer para os seus cuidadores familiares. Sendo esta sensação de segurança um importante componente no bem-estar físico e psicossocial dos mesmos.

Como se pode verificar no Quadro U (ANEXO XIV), pela análise de conteúdo das sugestões para melhorar a qualidade de cuidados na UCC, foram criadas quatro categorias: Recursos Humanos e Materiais, Reforço nas atividades, Divulgação/envolvimento e Outros comentários.

Destacam-se, pelo seu número, as unidades de registo relacionadas com os **Recursos Humanos e Materiais**.

Assim, quer CLI quer TP, identificam a necessidade de mais profissionais, nomeadamente enfermeiros, terapeutas e médicos para cuidados domiciliários.

Foi sugerido ao nível dos recursos materiais: ar condicionado para o ginásio, bebedouro de água, equipamento de fisioterapia e veículos de serviço.

No reforço das atividades, foi sugerido na vertente das Classes de Mobilidade, estas serem mais duradouras. No programa de Cuidados Continuados Integrados/ Visita Domiciliária, mais apoio ao cuidador e a doentes em fase final de vida.

Um dos Prof alerta para a necessidade de estabelecer adequadamente as prioridades entre as atividades da UCC, e um outro remete para a discussão dos critérios de referenciação para a visita domiciliária da UCC, sugerindo a inclusão da condição de ter apoio social de instituição parceira, pela maior facilidade de articulação da UCC com estas instituições. Este foi um critério utilizado antes de entrar em vigor a Circular Normativa 7/2010 (ANEXO XIII) e vem reforçar a ideia de ser essencial a revisão, clarificação e divulgação destes critérios.

Foi classificado na categoria **Outros comentários**, as unidades de registo que fazem uma apreciação global da UCC, sem fazerem sugestões. Entre vários elogios ao desempenho, encontra-se uma unidade de registo com parecer desfavorável acerca dos profissionais da equipa da UCC, que surge no grupo dos Prof e que faz refletir na eventual influência negativa que poderá ter este profissional, para a consecução dos objetivos da UCC, tendo em conta o conceito de *stakeholders*. Destacam-se duas unidades de registo da parte dos TP, que sugerem maior divulgação dos programas da UCC, o que vem ao encontro da constatação de existir elevado número de itens com moda de “Sem opinião”.

3 – À PROCURA DE EVIDÊNCIA NA PROMOÇÃO DE SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR

Um dos aspetos que assumiu relevância na análise dos dados, provocando alguma inquietação no seio da equipa, foi o facto de os itens com menor valor percentual de respostas certas, na avaliação das sessões realizadas nas turmas do 8º ano, estarem relacionados com a prevenção de IST. Esta situação fez emergir a necessidade de melhorar a prática aplicando a melhor evidência científica disponível. A Prática Baseada em Evidências (PBE) prevê metodologias e processos para a identificação de evidências, propondo que os problemas clínicos que surgem na prática assistencial, de ensino ou pesquisa, sejam decompostos e a seguir organizados utilizando a estratégia PICO” (SANTOS, PIMENTA, NOBRE, 2007). PICO representa um acrónimo para Participantes, Intervenções, Comparação, Outcomes (resultados). Este serve para formular uma questão de partida em formato PI[C]O, a qual funciona como guia orientador para a elaboração da revisão sistemática de literatura.

3.1 PROTOCOLO DE PESQUISA DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A pergunta PI[C]O formulada foi:

Quais as estratégias de promoção de saúde (I) que contribuem para a prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (O) em adolescentes em contexto escolar (P)?

Como se pode verificar pelo Quadro V (ANEXO XVI), foram selecionados cinco termos de busca, relacionados com as componentes da estratégia PICO, que foram considerados como palavras-chave: Adolescents, School, Health Promotion, Prevention, Sexually transmitted diseases. No âmbito do protocolo de pesquisa, verificámos que as palavras-chave são descritores na MeSH Browser e DeCS, ou seja são termos controlados, conhecidos como descritores de assuntos, que são utilizados para a indexação de artigos nas bases de dados.

Na MeSH Browser e DeCS considera-se que ADOLESCENTS são as pessoas entre os 13 e 18 anos de idade.

O descritor SCHOOL, foi encontrado na MeSH Browser como Instituições de ensino e na DeCS como instituições académicas, mas o conceito é o mesmo.

HEALTH PROMOTION surge na perspetiva da MeSH Browser, como encorajar comportamentos de consumo mais prováveis para otimizar os potenciais de saúde (física e psicossocial) através de **informações de saúde**, programas de prevenção e acesso a cuidados médicos. Recorrendo a DeCS surge o conceito defendido na Carta de Ottawa, realçando que PROMOÇÃO DA SAÚDE é o processo de **capacitação** do indivíduo em melhorar e controlar a sua saúde. Para alcançar o estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com seu ambiente. Saúde é vista, portanto, como um meio de vida e não um objetivo. A política de promoção de saúde envolve abordagens diversas, mas complementares, levando em conta as diferenças sociais, culturais e económicas de cada país.

PREVENTION segundo a MeSH Browser é usado com doenças para aumentar a resistência humana ou animal contra a doença (por exemplo, imunização), para o controle de agentes de transmissão, para a prevenção e controle de riscos ambientais ou para a prevenção e controle dos fatores sociais que levam à doença. Ela inclui medidas preventivas em casos individuais. Enquanto a DeSC refere-se a PREVENÇÃO DE DOENÇAS como o conjunto de ações que visa erradicar, eliminar ou reduzir o impacto de determinada doença ou incapacidade, ou ainda, conter sua dispersão.

Em vez de Infecções sexualmente transmissíveis, pois este termo não era descritor, foi utilizado SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES, sendo na DeSC, doença transmitida por contacto sexual e na MeSH Browser faz referência que nem todas as doenças genitais são venéreas ou sexualmente transmitidas e que nem todas as doenças sexualmente transmitidas são genitais.

De acordo com a conceptualização, foi definida a seguinte hierarquização das palavras-chave: 1 - Health Promotion, 2 – Prevention, 3 - Sexually transmitted diseases, 4- Adolescents e 5- School.

Foi elaborado um roteiro de pesquisa com o conjunto de palavras-chave, que foi repetido em quatro bases de dados, para o friso cronológico de 6 anos.

Recorreu-se à plataforma EBSCO e pesquisou-se no dia 3 de outubro, de forma sistemática nas seguintes revistas *online*: MedicLatina; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text.

Os limitadores adotados na pesquisa, encontram-se descritos no Quadro W (ANEXO XVI).

A pesquisa iniciou-se com cada palavra-chave individualmente, depois conjugando duas a duas, pela sequência da hierarquização, que produziu sempre resultados distribuídos pelas diferentes bases de dados (Quadro X no ANEXO XVI). Na conjugação das primeiras três palavras-chave, emergiram 24 estudos/artigos relacionados. Com quatro palavras-chave obteve-se 8 artigos e na última combinação permitiu pesquisar 6 artigos (Quadro Y no ANEXO XVI)., aos quais foram aplicados os critérios de inclusão e exclusão (Quadro Z no ANEXO XVI).

Foi feita uma primeira leitura dos títulos e resumos dos seis artigos encontrados. Quando se passou para a leitura do texto integral, verificou-se que um dos artigos não fazia qualquer referência à problemática das estratégias de promoção da saúde em contexto escolar, um dos critérios de inclusão, pelo que foi rejeitado. Quanto aos restantes cinco artigos, veio a confirmar-se a sua pertinência, com a leitura do texto integral e realização das respetivas Fichas de Leitura, que permitiram um enfoque nas principais ideias relacionadas com a problemática em estudo. (Quadros AA, AB, AC, AD no ANEXO XVI).

3.2 ANÁLISE REFLEXIVA

Procurou-se de seguida realizar uma reflexão acerca destes artigos, mobilizando a evidência encontrada nos mesmos como contributos para melhorar a prática.

Como se pode verificar no Quadro seguinte, os estudos pesquisados são todos de abordagem quantitativa, classificando-se três deles com nível de evidência II, pois enquadram-se no tipo de ensaio clínico randomizado controlado (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

Quadro nº 17- Resumo da evidência encontrada

Arti	Participantes	Tipo de estudo	Nível Evidência	Contributos para a resposta à pergunta PI[C]O	Teoria subjacente
1	1057 Alunos do 6º ano (África do Sul, 2011)	Ensaio Clínico Randomizado Controlado	II	Sessões de promoção da saúde durante o período extracurricular. Envolvimento de facilitadores treinados, manuais e material construído para o efeito.	Teoria Social Cognitiva e Teoria do comportamento planejado
2	26257 homens com práticas homossexuais (EUA, 2010)	Estudo Quantitativo Analítico		Estudo excluído por não se referir ao contexto escolar	
3	Alunos do 9º ao 12º ano (13953 alunos) EUA, 2005)	Estudo Quantitativo de Prevalência	VI	Entre 88 e 89% dos alunos do ensino Secundário tiveram abordagens na escola sobre VIH/SIDA, enquanto que no 9º ano foi de 85%.	
4	791 Pais com um dos filhos adolescentes entre 14 e 17 anos (México, 2008)	Ensaio Clínico Randomizado Controlado	II	Envolvimento dos pais na promoção de saúde, aumentando a sua capacidade de comunicar com os filhos sobre a prevenção de comportamentos de risco ao nível da sexualidade. Estratégias utilizadas: grupos de discussão, pequenos grupos de discussões, vídeos, exercícios interativos, tais como dramatizações, habilidades de construção de atividades e atividades em casa.	Teoria do comportamento planejado
5	Diretores de 175 escolas (EUA,2007)	Estudo Quantitativo Analítico	VI	Importância de atividades desportivas extracurriculares na prevenção de comportamentos de risco (relacionaram com taxas de apreensão de menores e taxas de natalidade de mães adolescentes)	
6	404 Alunos escola secundária entre os 16-18 anos (Reino Unido, 2007)	Ensaio Clínico Randomizado Controlado	II	Folheto informativo promovendo competências cognitivas e comportamentais necessárias para o uso do preservativo, associado a incentivo motivacional (jogo e prémio).	Teoria do comportamento planejado

Nível de Evidência segundo MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT(2005)

Pelo artigo nº3, verifica-se a prevalência elevada de alunos americanos sujeitos a abordagens na escola sobre o VIH/SIDA (EATON et al, 2005), o que assume particular relevância na atual discussão, reforçando a pertinência da continuidade destas intervenções em contexto escolar.

COHEN et al (2007) relacionam no artigo nº5, as atividades desportivas extracurriculares com os comportamentos de risco, sendo estes avaliados através da taxa de apreensão e incidência de gravidez na adolescência. Este contributo poderá ser utilizado para reforçar a argumentação da necessidade de existência de desporto escolar ou clubes na escola, quando é solicitada a opinião dos representantes da Saúde em fóruns relacionadas com a Educação, como o Conselho Geral de Agrupamento de Escolas ou o Conselho Municipal de Educação.

No estudo nº1, o grupo de controlo é que foi sujeito a uma intervenção relacionada com a prevenção de IST, porém salienta-se as estratégias de intervenção relacionadas com os

momentos em que decorreram as sessões (período após as aulas) e o envolvimento de facilitadores treinados, com a construção de materiais adequados ao contexto (JEMMOTT III et al, 2011). Uma das questões que se coloca com a alteração do plano de estudos, é se as intervenções de promoção de saúde deveriam ocorrer em tempo não letivo, em clubes de frequência facultativa. Porém, no contexto atual, em que as solicitações dos adolescentes são diversas, poderá ser uma estratégia arriscada.

VILLARRUEL et al (2008), no 4º artigo, defendem que uma intervenção sustentada na **Teoria do comportamento planeado**, melhorou a comunicação entre pais e filhos adolescentes sobre comportamentos sexuais de risco. Destaca-se neste estudo o **envolvimento dos pais** como estratégia de promoção de saúde. Esta poderá ser uma vertente a explorar no contexto do Programa de Saúde Escolar, aproveitando as reuniões dos encarregados de educação para informar sobre a intervenção realizada com os adolescentes e, em complementaridade, avaliar a necessidade e interesse na concretização de um programa para os pais. Destacam-se, porém, as estratégias utilizadas: pequenos grupos de discussões, vídeos, exercícios interativos, tais como dramatizações, habilidades de construção de atividades e atividades em casa. Algumas destas metodologias de formação, foram também referidas nas sugestões apresentadas pelos alunos inquiridos no decorrer do projeto (capítulo 2.2.1.2)

Por último, no estudo de HILL e ABRAHAM, é apresentada uma prova experimental da eficácia de um folheto concebido para atingir os mais fortes correlatos cognitivos do uso do preservativo, associado a um incentivo motivacional (sorteio de prémios) de modo a promover a sua leitura cuidadosa (HILL; ABRAHAM, 2007).

Os autores referem que aumentaram 6 dos 8 itens cognitivos avaliados, tais como: (1) atitude em relação ao uso do preservativo com um novo parceiro (2) atitude em relação ao uso de um preservativo com parceiro fixo (3) crenças normativas em relação à preparação de ações, (4) autoeficácia em relação a ações preparatórias, (5) autoeficácia em relação ao uso do preservativo e (6) a intenção de usar preservativos. Estes alunos também relataram altas pontuações a favor de medidas preparatórias para o uso do preservativo, ou sejam: a compra de preservativos, transporte de preservativos e discussão sobre o uso do preservativo com o parceiro (HILL; ABRAHAM, 2007).

Nos conteúdos do folheto, foram incluídos argumentos persuasivos para a utilização do preservativo, onde esteve subjacente a **Teoria do comportamento planeado**. Neste contexto, a fim de promover atitudes positivas em relação ao uso do preservativo, o folheto destacou uma série de benefícios potenciais (por exemplo, fornecendo proteção contra as IST e na demonstração de preocupação para com o parceiro). O folheto também tranquilizou os leitores que o preservativo "pode ajudar a adicionar o divertimento a sua vida sexual, sem qualquer perda de sensibilidade ou de proteção". O folheto procurou promover crenças normativas, afirmando que os parceiros amigos, familiares e sexuais são propensos a aprovar o uso do preservativo regular, e para reforçar a motivação contraceptiva, o folheto lembrou aos leitores que mais de 3 milhões de pessoas jovens, no Reino Unido, usam preservativos como principal método de controlo de natalidade. A autoeficácia foi promovida, quando o folheto afirma que "obter preservativos é fácil, pois "não necessita de prescrição médica", "os preservativos

podem ser comprados em farmácias, supermercados, postos de gasolina, máquinas, etc" e "salienta-se que o preservativo pode ser facilmente transportado". Foram incluídas instruções claras e ilustradas sobre o uso correto e mensagens alvo de ações preparatórias ou habilidades. Nomeadamente, a fim de promover a discussão do uso do preservativo com potenciais parceiros sexuais, o folheto forneceu exemplos de como abordar o tema do uso do preservativo com um parceiro sexual ("O meu ou o teu preservativo?", "Colocas-me tu ou vou-te mostrar como fazê-lo?") e como responder a uma reação negativa à proposta de uso do preservativo ("Tu não te importas o suficiente comigo para usar um preservativo, então não és o tipo de pessoa com quem que eu gostaria de dormir!") (HILL; ABRAHAM, 2007).

Estas sugestões são uma mais-valias para a resposta à pergunta PI[C]O, podendo ser utilizadas quer em folhetos, como no estudo, quer nas sessões de educação para a saúde a grupos, quer no atendimento individualizado aos adolescentes.

A pesquisa realizada permitiu obter artigos de qualidade com altos níveis de evidência, onde se salienta a importância da **Teoria do comportamento planeado** que estava subjacente em três dos estudos e que deverá ser orientadora da prática clínica neste contexto.

Destaca-se a importância da crença relativa aos resultados (benefícios potenciais), as crenças normativas (normas sociais e motivação para cumprir as expectativas de "autoridades externas", como amigos ou pessoas cujas opiniões são importantes). Tendo em conta que o indivíduo possui os recursos, aptidões ou oportunidades necessárias à prática da ação desejada. O controlo sobre o comportamento pretendido, reflete a capacidade percebida do indivíduo, para praticar o comportamento desejado. Os fatores facilitadores ou inibidores, tanto podem ser fatores de controlo internos (aptidões, informação, etc), como externos (oportunidades e a dependência em relação aos outros). O controlo percebido (autoeficácia), combina-se com as atitudes e normas percebidas, para formar a intenção de desenvolver um comportamento particular (AJZEN,1985 in BENNETT; MURPHY, 1999).

4 – CONCLUSÕES

Na vertente da uniformização de critérios de registo, como estratégia para melhorar a visibilidade da UCC, verificou-se que embora a situação tenha evoluído desde a elaboração do Projeto, pois **já são contabilizados alguns indicadores de processo de Enfermagem através do SIARS**, ainda há um longo caminho a percorrer até chegar à contratualização. Continuam a descoberto os registos dos técnicos, pois não existe um sistema de informação integrado e adequado ao âmbito de intervenção desta Unidade.

As limitações do sistema de informação ao monitorizar o desempenho dos profissionais da UCC, no SIARS, não permitem contribuir para o que SILVA (2006) defende quando refere que, a visibilidade do exercício profissional dos enfermeiros para fora do grupo profissional e para efeitos de inclusão dessa informação nas tomadas de posição em saúde, só é viável através da produção de indicadores que são construídos a partir da informação documentada pelos enfermeiros, ao nível da prestação de cuidados.

A análise dos registos de enfermagem da UCC, evidenciou que os focos utilizados com maior frequência, contemplam as dimensões centrais dos cuidados, referidos por PEREIRA (2009) e que poderão levar a resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A discussão para a uniformização de critérios de registo terá de continuar, embora a visibilidade dos resultados dependa da vontade política nacional, em adequar o sistema de informação, a indicadores de desempenho definidos a nível nacional.

Considera-se assim, relevante o parecer de DELOITTE CONSULTORES, SA (2011) quando refere que, mais do que uma estratégia de sistemas de informação (que existe, embora a sua execução seja normalmente mais lenta que o desejado), é necessária uma estratégia, que identifique as necessidades de informação para cada um dos *stakeholders* da saúde, sejam estes prestadores, pagadores ou reguladores. Só esta definição clara de que informação é necessária em cada organização e que informação deve ser partilhada, permitirá a criação de bases razoáveis em diversos domínios.

A visibilidade da UCC está relacionada com a satisfação dos clientes, sendo um dos indicadores de qualidade referidos pelos autores.

Relativamente à **satisfação dos alunos**, com as sessões de educação para a saúde no 8º ano, 97,63%, concordou com a utilidade dos conteúdos e 96,68% concordou com a adequação das estratégias utilizadas (**relevância e adequação**).

Ao nível da compreensão, todos os itens tiveram a maioria de respostas certas, encontrando-se mais respostas erradas, nos itens relacionados com a prevenção de IST.

Nas sugestões de novos conteúdos, destaca-se a **gravidez**, mais concretamente **na adolescência**.

A Revisão Sistemática da Literatura contribuiu para orientar a prática baseada na evidência científica, salientando a importância de ter subjacente nas intervenções de promoção de saúde, a Teoria do comportamento planeado. Como resposta à pergunta PI[C]O (Quais as

estratégias de promoção de saúde que contribuem para a prevenção de IST em adolescentes em contexto escolar?), surgiu: **a utilização de um incentivo motivacional, a utilização de estratégias interativas** (grupos de discussão, dramatizações, vídeos, dinâmicas de grupo) e **envolvimento dos pais em atividades paralelas**. Ficou evidenciada a **importância das atividades de educação para a saúde nas escolas e de atividades desportivas extracurriculares, na prevenção de comportamentos de risco**.

Na avaliação das sessões de prevenção de tabagismo (5º e 7º ano), verificou-se a experiência com tabaco em 11,65% dos inquiridos, entre os 10 e 15 anos, o que **justifica a necessidade de realizar a sessão de prevenção do tabagismo logo no 5º ano**. Dois dos alunos que tinham fumado na última semana, referiram após a sessão, que não vão continuar a fumar.

Entre os 515 alunos inquiridos, 96,31% referiram após a sessão, que não pensam fumar no futuro, valor superior ao encontrado no Diagnóstico Social em 2006, que apontava para 70%. A maioria dos alunos refere intenção de passar a informação aos familiares fumadores, dissuadi-los de continuar a fumar e proteger-se das situações em que se torna fumador passivo.

Através dos questionários 1.3, 2 e 3, confirmou-se **a necessidade de divulgação da UCC, dos serviços prestados e dos profissionais envolvidos**, pois existe ainda alguma confusão de quem são os profissionais e quando assumem as funções da UCC. Esta situação deve-se ao facto de a mesma pessoa ter afeta carga horaria a diferentes Unidades de Saúde, pelo que foram alertados todos os profissionais para a importância de utilizarem o respetivo fardamento ou o crachá com a identificação da UCC, sempre que exercem funções nesse âmbito.

Os programas com maior visibilidade são os Cuidados Continuados Integrados/Visita Domiciliária, CPCJ e Classes de Mobilidade de Fisioterapia. Os Encontros de Saúde Materna e Infantil são os menos conhecidos entre a totalidade de inquiridos.

No âmbito da satisfação global destacam-se pela positiva, os itens relacionados com a acessibilidade, nomeadamente formas de contato, atendimento telefónico e horário de funcionamento, aspetos que tentam minimizar a insatisfação com a localização das instalações, que se situa num extremo do concelho. **93,40% dos inquiridos refere que recomendaria os serviços da Unidade a familiares e amigos**.

Entre os clientes inquiridos, 91,21% apresentaram uma atitude positiva perante o trabalho desenvolvida pela UCC, atingindo no somatório de cada grupo de itens, uma pontuação positiva.

Apesar de haver grande dispersão nas respostas dos clientes, todos os 59 itens atingiram médias positivas destacando-se o Curso de Preparação para a Maternidade, que obteve o nível de satisfação de “Muito Satisfeito”, em todos os itens.

O programa de Cuidados Continuados Integrados e Visita Domiciliária, apresentou entre os profissionais/colaboradores das Unidades de Saúde, a moda de “Satisfeito” em 7 dos 11 itens, por outro lado os clientes demonstram uma grande divergência de opiniões, destacando-se o item 7, “Na disponibilidade para ajudar o cuidador nas suas dificuldades”, no domí-

nio do apoio afetivo, que atingiu a moda de “Muito Satisfeito” e no domínio da competência técnica, o tratamento de feridas, com moda de “Satisfeito”.

Apesar da satisfação manifestada pelos clientes, há necessidade de maior divulgação dos resultados das Classes de Mobilidade entre os profissionais, pois apenas 1/3 dos respondentes, têm opinião formada, o que poderá condicionar a referência para o programa, uma vez que a sua frequência é condicionada pela indicação médica da USF/UCSP.

No Programa de Saúde Escolar, nos dois grupos de inquiridos (TP e Prof), destacam-se pela positiva a satisfação com as atividades relacionadas com o programa de Saúde Oral na escola. Entre os profissionais/colaboradores das outras Unidades de Saúde, salienta-se o Item 6 – “Apoio na inclusão de alunos com NSE” (média 1,13), atividade que exige articulação com a equipa da USF/UCSP, permitindo formar opinião.

A maioria dos testemunhos privilegiados ainda não tem opinião formada sobre os Programas da UCC, sugerindo maior divulgação dos mesmos.

A utilização de um instrumento de colheita de dados que questiona o nível de satisfação da globalidade dos programas, contribuiu para a divulgação dos mesmos. Porém, em próximos momentos de avaliação da satisfação com os cuidados de saúde, sugere-se que sejam disponibilizados apenas, os itens do programa que frequentam. Considera-se, que este questionário poderá ser replicado noutros momentos e noutras UCC, com as respetivas adaptações.

Ao nível do conhecimento sobre **os critérios de referência para a visita domiciliária da UCC**, torna-se assim evidente que não estão claros para os profissionais/colaboradores que trabalham nas outras Unidades de Saúde do concelho, o que traz alguns constrangimentos aos clientes, na permuta de equipa prestadora de cuidados por referência inadequada. Um dos inquiridos alerta para a necessidade de discussão dos critérios, sugerindo também a inclusão da condição de ter apoio social de instituição parceira, pois há maior facilidade de articulação da UCC com estas instituições.

Cerca de 78% dos inquiridos concorda que *“a proximidade e prontidão de resposta dos profissionais da UCC, evita o recurso a outros serviços de saúde”* e que *“esta organização dos cuidados domiciliários e comunitários permite maior proximidade das pessoas, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade”*. Foram sugeridas outras **mais-valias**, pelos inquiridos, tais como: *o perfil dos profissionais, os cuidados serem domiciliários e a grupos, a intervenção ser articulada, desenvolverem segurança nos cuidadores e melhorarem a qualidade de vida.*

Nesta linha de raciocínio, poderá dizer-se que entre as **mais-valias que a UCC trouxe à comunidade, reconhece-se** a existência de ganhos em saúde, com melhoria da qualidade de vida, autonomia, maior controlo e estabilidade dos clientes/familiares/cuidadores, que por sua vez diminui a procura desnecessária aos serviços de saúde, refletindo-se na poupança de custos.

No que concerne às sugestões para melhorar a qualidade dos cuidados na UCC, salienta-se a necessidade de **reforçar os recursos humanos ao nível de Enfermeiros, Terapeutas e Médicos**. No âmbito dos **recursos materiais** sugerem: ar condicionado para o ginásio, bebedouro de água, equipamento de fisioterapia e veículos de serviço. É sugerido **reforço**

das atividades, nomeadamente no âmbito das **Classes de Mobilidade e no apoio ao cuidador e doentes em fase final de vida**, esta última exige formação específica.

Ao finalizar este Relatório considera-se que o trabalho de campo permitiu atingir os objetivos propostos e conseguiu-se alcançar um patamar superior no desenvolvimento profissional. Ao nível do primeiro objetivo, conseguiu-se compreender melhor a importância da parametrização dos sistemas de informação, perceber as dificuldades nos registos de enfermagem e criar um guia como base de trabalho para a discussão dos critérios de registo.

Quanto aos objetivos que se relacionavam com a visibilidade da UCC no meio envolvente, conseguiu-se avaliar a informação que os testemunhos privilegiados e os profissionais de saúde das outras Unidades de Saúde do concelho possuem sobre a UCC. Também se avaliou a satisfação destes grupos com os cuidados prestados pela UCC, assim como a satisfação dos clientes e de outros colaboradores das Unidades de Saúde. Concluiu-se **que a visibilidade do trabalho desenvolvido na UCC embora positiva, ainda é reduzida, pois muitos inquiridos não têm opinião formada e a monitorização dos indicadores de desempenho das UCC é insuficiente**, pelo que mais medidas terão que ser tomadas...

Este trabalho permitiu um avanço no conhecimento para novas descobertas em relação à prática clínica em contexto comunitário, contribuindo para uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista nesta área de intervenção, nomeadamente no âmbito de avaliação de programas e projetos de intervenção.

Foi um percurso sinuoso, mas na perspetiva dos clientes, as conclusões e sugestões, se utilizadas, poderão melhorar a prática clínica. No ponto de vista da equipa da UCC, as mesmas foram alvo de reflexão e como coordenadora da Unidade, poderão servir de fundamentação na argumentação sempre que for oportuno, por exemplo, no planeamento das atividades de Saúde Escolar (conteúdos, estratégia de abordagem, carga horária, etc). Porém, também serão divulgadas aos dirigentes do ACES, para ajuda na tomada de decisão, nomeadamente na necessidade de clarificação dos critérios de referência para visita domiciliária da UCC, necessidade de recursos materiais e humanos.

A criação de um instrumento para avaliação da satisfação dos clientes da UCC, foi uma mais-valia que poderá ser utilizada noutros momentos.

Fica reforçada a convicção de que no contexto de uma UCC, onde se evidenciam as intervenções autónomas, faz sentido a descrição que BASTO (2007) faz da intervenção de enfermagem, na medida em que se processa nas seguintes etapas interligadas e circulares: identificar a **transição** pela qual o cliente está a passar; estabelecer uma **relação de proximidade** com a intenção de ajudar o cliente a dar continuidade ao seu projeto de saúde e identificar os **ganhos em saúde** atribuíveis à intervenção de enfermagem.

Estes aspetos fazem ressonância quando se reflete nos itens de satisfação dos clientes, em que para além da competência técnica, se destacam os domínios do apoio afetivo, do controlo de decisão e da informação de saúde, que fazem parte das intervenções autónomas da Enfermagem e que são determinantes na população alvo da UCC, em que o denominador comum é a **vulnerabilidade**.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP (2012). **Cuidados de Saúde Primários – Metodologia de Contratualização**. [Consult. 2012-07-28]. Disponível em http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/14_Mar_2012_MetodologiaContratualizacaoCSP_2012.pdf

ADUBEIRO, N.C.F.A. (2010). **Avaliação da satisfação dos estudantes do curso de radiologia da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto**. Dissertação de mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra [Consult. 12-08-2012]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/14352>

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE. (2012). **Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Objetivo para o Sistema de Saúde. Obter Ganhos em Saúde**. Lisboa. [Consult. 2012-09-21]. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/OSS1.pdf>

AMENDOEIRA, J.- Enfermagem, Disciplina do Conhecimento. **Sinais Vitais**. (67) (2006) p. 19-27

BARBI, F.C. (2009). **Análise dos Stakeholders**. [Consultado a 2012-06-02]. Disponível em <http://www.gestaodeprojeto.info/analise-dos-stakeholders>

BARBOSA, S.M., DIAS, F.L.A., PINHEIRO, A.K.B., PINHEIRO, P.N.C., VIEIRA, N.F.C. **Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção às DST/AIDS**. Revista Eletrónica. Enfermagem 2010;12 (2):337-41. [Consultado a 2012-07-15]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a17.htm>.doi: 10.5216/ree.v12i2.6710

BASTO, M.L.- Da tarefa ao cliente como ser cultural: saberes utilizados por enfermeiras num Centro de Saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Nº1. vol. 25 (2007) p.59-69

BRANDALISE, L.T. (2005) - **Modelos de medição de perceção e comportamento – uma revisão** – Trabalho Realizado no âmbito do Doutoramento em Engenharia da Produção. [Consultado a 2012-06-01]. Disponível em: <http://www.lgti.ufsc.br/brandalise.pdf>

COHEN, D.; TAYLOR, S.; ZONTA, M.; VESTAL, K.; SCHUSTER, M. Availability of High School Extracurricular Sports Programs and High-Risk Behaviors **Journal of School Health**. EUA: American School Health Association. Vol. 77, Nº 2 (2007) p. 80-86

CONSELHO LOCAL DE AÇÃO SOCIAL DO CARTAXO (2006). **Diagnóstico Social do Município do Cartaxo**.

BENNET, P.; MURPHY, S. (1999) **Psicologia e promoção de saúde**, Lisboa: Climepsi Editores. 1ª edição.

DECRETO-LEI nº 28/2008. "DR I serie".38 (2008-02-22) 1182-1189

DELOITTE CONSULTORES,SA (2011). **Saúde em análise Uma visão para o futuro Public Sector, Life Sciences & Healthcare 2011** [Consult. 2012-06-13]. Disponível em:[http://www.deloitte.com/assets/DcomPortugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt\(pt\)_Ishc_saudeemanalise_04022011.pdf](http://www.deloitte.com/assets/DcomPortugal/Local%20Assets/Documents/PSLSHC/pt(pt)_Ishc_saudeemanalise_04022011.pdf)

EATON,D.; KANN, L.;KINCHEN, S.; ROSS, J.;HAWKINS, J.; HARRIS, W.; LOWRY, R.; MCMANUS, T.; CHYEN, D.; SHANKLIN, S.; LIM, C.;GRUNBAUM, J.; WECHSLER,H. Youth

Risk Behavior Surveillance—United States.2005 **Journal of School Health**. EUA: American School Health Association. Vol. 76, No.7 (2006) p. 352-372

GASPAR,P.J.S. (2006). **Educação para a saúde e estudantes: as fontes e o impacto da informação**. Dissertação de Mestrado em Comunicação e Educação em Ciência, submetida à Universidade de Aveiro.

GRAÇA, L. (2004) **A Proteção e a Promoção da Saúde dos Trabalhadores: Desafios e Oportunidades em Portugal e na Europa**. [Consult. 2012-06-13]. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos192.html>

JEMMOTT III, J.; JEMMOTT, L.; LEARYC, A.; NGWANED,Z.;ICARDE,L.; BELLEMYF, S.; JONESG, S.; LANDISF, R.; HEERENH, G.; TYLERI,J.; MAKIWANEJ, M. - Cognitive-behavioural health-promotion intervention increases fruit and vegetable consumption and physical activity among South African adolescents: a cluster-randomised controlled trial **Psychology and Health**. EUA: Routledge Taylor e Francis Group.ISSN 0887–0446 print/ISSN 1476–8321 online.Vol. 26, No. 2 (2011) p.167–185

JOZKOWSKI, K.; ROSENBERGER, J.; SCHICK, V.; HERBENICK, D.; NOVAK, D.; REECE, M.; Relations Between Circumcision Status, Sexually Transmitted Infection History, and HIV Serostatus Among a National Sample of Men Who Have Sex with Men in the United States. **AIDS PATIENT CARE and STDs**. EUA: ^a Mary Ann Liebert, Inc. Vol. 24 Nº 8 (2010) p.465-470

HILL, C.; ABRAHAM, C. School-based, randomised controlled trial of an evidence-based condom promotion leaflet.**Psychology and Health**. Reino Unido: Routledge Taylor e Francis Group. ISSN 0887-0446 print/ISSN 1476-8321 online. 23(1) (2008)p. 41–56

MALHOTRA, N.,K. (2004). **Pesquisa de marketing- uma orientação aplicada**. São Paulo: Artmed Editora S.A. ISBN 0-13-033716-1

MATOS, M; DINIZ, J; SIMÕES,C. (2010) **Health Behaviour in School Children - Dados Nacionais 2010**. [Consult. 2012-07-15].Disponível em: <https://www.utl.pt/admin/imagesuploaded/Dados%20Nacionais.pdf>

MELEIS, A.I.,SAWER, L. M., MESSIA, E.O., SCHUMACKER, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **In Advanced Nursing Science**. 23(1): 12-28

MELNYK, M.B.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Rapid critical appraisal of randomized controlled trials (RCTs): An essential skill for evidence-based practice (EBP). **Pediatric Nursing**, 31(1).(2005). p. 50-52.

MCKENZIE, H.; [et al] (2007) **A sense of security for cancer patients at home: the role of community nurses**. University of Sydney. Health and Social Care in the Community. Journal compilation. 352-359.

MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (2009), **Documento de Suporte à Implementação da UCC**, Ministério da Saúde.

NELAS, P.A.A.B. (2011). **Educação sexual em contexto escolar: uma intervenção contra a vulnerabilidade na vivência da sexualidade adolescente**. Doutoramento em Ciências da Educação, submetida à Universidade de Aveiro [Consult. 2012-07-15].Disponível em <http://ria.ua.pt/handle/10773/4656>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) - **Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde**. Lisboa.

PEREIRA, F. Dos Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem aos Indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido. **Suplemento da Revista Nº 13**, Julho (2004) p.14 – 21

PEREIRA, F. (2009). **Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros - Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem** Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. [Consult. 12-01-2012]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7182>

PORTO EDITORA. (2010). **Dicionário Ilustrado da Língua Portuguesa**. Porto: Porto Editora. ISBN 978-972-0-05750-1.

REGULAMENTO Nº 128/2011. “DR II serie”.35 (2011-02-18) 8667-8669

SANTOS, C.; PIMENTA,C.; NOBRE,M. (2007) Revista Latino-americana Enfermagem maio-junho; 15(3)

SILVA, ABEL PAIVA. (2006). **Sistemas de Informação em Enfermagem - Uma teoria explicativa da mudança**. Coimbra:Formasau – Formação e Saúde, Lda. ISBN 972-8485-76-X.

STANHOPE, M.; LENCASTER, J. (2011). **Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de saúde na Comunidade, centrados na população**. 7ª edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-29-1

STANHOPE, M.;LENCASTER, J. (1999). **Enfermagem Comunitária – Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 4ª edição. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-8383-05-3

VILLARRUEL, A.; CHERRY, C.; CABRIALES, E.; RONIS, D.; ZHOU,Y. A Parent-adolescent intervention to increase sexual risk communication: results of a randomized controlled trial. **AIDS Education and Prevention**. México: The Guilford Press 20(5), (2008) p. 371–383.

http://www.nlm.nih.gov/mesh/2010/mesh_browser/MBrowser.html

<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>

ANEXOS

ANEXO I

PROJETO

A VISIBILIDADE DA UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

UNIDADE CURRICULAR - TRABALHO DE PROJETO

A visibilidade da Unidade de Cuidados na Comunidade Projeto

Orientador:

Prof^ª. Dr^ª. Maria João Esparteiro

Co-orientadora:

Prof^ª Dr^ª Irene Santos

Mestranda:

Albertina Mendonça nº 100431013

SANTARÉM

março 2012

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	83
1. METODOLOGIA DE TRABALHO DE PROJETO	86
1.1 – IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	86
1.1.1 Caracterização do problema	86
1.1.2 Experiências concretas	86
1.1.3 Causalidades	87
1.1.4 Tendências do problema	87
1.1.5 Percepção do problema	88
1.2 – FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	91
1.2.1 Vulnerabilidades	91
1.2.2 Pontencialidades	91
1.2.3 Recursos	91
1.2.4 Necessidades	92
2- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	92
2.1- REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	92
2.2- AS UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	93
2.3- INDICADORES DE AVALIAÇÃO	94
2.4 - VISIBILIDADE/GANHOS EM SAÚDE	98
3 - PLANEAMENTO	100
3.1 PLANO DE ACTIVIDADES E CRONOGRAMA	100
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
ANEXOS	105
ANEXO I – Questionário de validação do problema para o Projeto	107
ANEXO II - Pedido de Autorização ao Agrupamento de Centros de Saúde no início do Projeto	109

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro nº1 – As Unidades de Cuidados na Comunidade do Agrupamento de Centros de Saúde Ribatejo	88
Quadro nº 2 – Os profissionais das Unidades de Cuidados na Comunidade	89
Quadro nº 3 - Respostas à pergunta: “Considera que o trabalho desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade a que pertence é valorizado?”	90
Quadro nº 4 – Resposta à pergunta: “Para melhorar a visibilidade do trabalho desenvolvido pela sua Unidade de Cuidados na Comunidade, o que sugere?”	90
Quadro nº 5 – Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados na Comunidade – Ponto de situação	92

ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura 1 – Curva do processo de “descongelamento” e transformação dos Cuidados de Saúde Primários	92

CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ACS – Alto Comissariado da Saúde
ACSS – Administração Central de Sistema de Saúde
CE – Coordenação Estratégica
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CSPP - Cuidados de Saúde Primários de Portugal
MCSP – Missão dos Cuidados de Saúde Primários
NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
OE – Ordem dos Enfermeiros
PNS – Plano Nacional de Saúde
PNSE - Plano Nacional de Saúde Escolar
PNPSO - Plano Nacional de Promoção de Saúde Oral
UAG – Unidade de Apoio à Gestão
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública
RMDE – Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem
SAM – Sistema de Apoio ao Médico
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SI – Sistema de Informação
SIARS – Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde
SNIPI – Sistema Nacional Intervenção Precoce na Infância

Nº - Número

p. - Página

INTRODUÇÃO

A visibilidade da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) foi a temática escolhida para ser trabalhada neste projeto que se insere no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária. Através da metodologia de trabalho de projeto irá contribuir para o desenvolvimento das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), no Regulamento das Competências Específicas nesta área de especialização, no que diz respeito à avaliação de programas e projetos de intervenção, com vista à resolução dos problemas de saúde identificados, quando monitoriza a eficácia dos mesmos, procede à quantificação de ganhos em saúde da comunidade e procede à sistematização de indicadores de avaliação, pertinentes à tomada de decisão política (REGULAMENTO Nº 128/2011).

Após dois anos do início de funcionamento das primeiras UCC, emerge a necessidade de conhecer **que mais-valias trazem estas unidades de saúde à população.**

Na estrutura orgânica dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) há que salientar, que as UCC dependem diretamente do Diretor Executivo do ACES, são constituídas por equipas multiprofissionais, sendo as únicas coordenadas por enfermeiros.

No Plano Nacional da Saúde (PNS) 2011-2016 é reiterado pelo Alto Comissariado da Saúde (ACS), que os ganhos em saúde são medidos através dos resultados positivos de indicadores da saúde e que se traduzem por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, diminuição da incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (ACS, 2011).

A preocupação em medir os ganhos em saúde resultantes das intervenções de enfermagem, já é antiga na profissão, tendo sido um dos objetivos da criação da Classificação Internacional da Prática de enfermagem (CIPE). No entanto, a visibilidade dos ganhos em saúde, torna-se mais complexa, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) ainda em reforma, nomeadamente numa Unidade sem histórico, como a UCC, em que a promoção da saúde é preponderante e os resultados se manifestam a longo prazo.

Embora os enfermeiros tenham consciência da importância dos cuidados de enfermagem, para a obtenção de ganhos em saúde, num panorama de contenção de custos, assume assim relevância a necessidade, de dar visibilidade a esse valor.

SILVA (2006) relembra que **a visibilidade** do exercício profissional dos enfermeiros para fora do grupo profissional e para efeitos de inclusão dessa informação nas tomadas de posição em saúde, só é viável através da produção de indicadores que são construídos a partir da informação documentada pelos enfermeiros, ao nível da prestação de cuidados.

No âmbito da prestação de cuidados, está disponível o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), onde os enfermeiros da UCC registam os diagnósticos de enfermagem,

na vertente do utente, com os focos de atenção que foram considerados no âmbito do estudo de PEREIRA (2004), como altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem, quer no hospital, quer no centro de saúde: a úlcera de pressão, a dor, o(s) auto-cuidado(s), o papel de prestador de cuidados, a gestão e a adesão ao regime terapêutico. Estes registos garantem a continuidade dos cuidados, mas os dados mensais disponíveis, através do Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS) não possibilita calcular indicadores de qualidade e por conseguinte, não dão visibilidade do trabalho desenvolvido.

De acordo com CORDEIRO (2009), os indicadores de qualidade permitem não só identificar as principais necessidades de cuidados de enfermagem à população, como os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, constituindo assim informação útil para a implementação, promoção e avaliação de programas de melhoria contínua da qualidade, com a capacidade de influenciar as decisões políticas em saúde.

No papel de coordenadora de uma UCC, surgem dificuldades na elaboração do Relatório de Atividades. Se por um lado os técnicos não dispõem de um sistema de informação integrado com os outros profissionais de saúde, por outro, apenas um dos indicadores solicitados para o relatório, foi produzido a partir da informação documentada pelos registos de enfermagem no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Os restantes indicadores de enfermagem, assim como dos técnicos, resultam da informação de mapas de monitorização elaborados em folhas de cálculo de Excel, criados para o efeito.

Definiram-se como linha de orientação deste projeto, os seguintes **objetivos**:

- Contribuir para o aumento do número de indicadores de qualidade, possíveis de obter pelo SIARS, permitindo a comparação do desempenho das várias UCC do mesmo ACES, dando visibilidade ao trabalho desenvolvido nas mesmas;
- Identificar a informação e opinião que os parceiros comunitários e os testemunhos privilegiados têm sobre o funcionamento e o trabalho desenvolvido pela UCC Cartaxo.
- Identificar a informação e opinião que os profissionais de saúde das Unidades de Saúde Familiar e Cuidados de Saúde Personalizados (USF e UCSP) do Cartaxo têm sobre o funcionamento e o trabalho desenvolvido pela UCC Cartaxo e sobre os critérios de referência para a UCC, definidos pela Orientação Técnica do Conselho Clínico do ACES Ribatejo

Numa lógica de trabalho de projeto, centrado no estudo de problemas, no seu contexto social, atravessa as seguintes etapas:

1. Identificação/formulação do problema – com a apresentação deste projeto;
2. Pesquisa/produção – com o desenvolvimento do projeto;
3. Apresentação/globalização/avaliação final – com a apresentação do Relatório, que será alvo de discussão pública, para prova de capacidade científica, para atribuição do grau de mestre.

Esta metodologia pressupõe empenho, intervenção, intencionalidade, criatividade e uma dinâmica integradora entre a teoria e a prática (LEITE; MALPIQUE; SANTOS, 2001).

Na primeira fase do trabalho de projeto, **a identificação do problema**, é apresentada a caracterização do problema, experiências concretas, causalidades e tendências do problema. Para a percepção do problema no seio da equipa multiprofissional e obter eventuais contributos para a resolução do mesmo, procurou-se validar com os profissionais de UCC, se **a visibilidade** do trabalho desenvolvido na unidade, é sentida como situação problemática.

Segue-se a **formulação do problema** com a descrição das vulnerabilidades, potencialidades, recursos e necessidades.

Confirmada a problemática, com a Revisão Bibliográfica pretende-se contextualizar a UCC na reforma dos CSP, fazendo uma breve abordagem sobre os indicadores de avaliação que poderão contribuir para a visibilidade dos ganhos em saúde e/ou mais-valias da UCC.

Por último, neste Projeto é apresentado o Plano de Atividades e Cronograma para o desenvolvimento do Projeto.

De acordo com os resultados obtidos, poderão ser introduzidas medidas corretivas, que permitirão dar maior **visibilidade** do desempenho da equipa da UCC.

1 - METODOLOGIA DE TRABALHO DE PROJETO

O trabalho de projeto é uma metodologia, isto é, um conjunto de técnicas e procedimentos que visa resolver/estudar um problema que preocupa os intervenientes. Está subjacente além da aprendizagem, o empenhamento pessoal e a intencionalidade da ação. Desenvolve-se no contexto social, de forma faseada, com determinado grau de incerteza, procurando diminuir a distância entre a situação real e a desejável.

Consideram-se nesta metodologia três etapas: identificação/formulação do problema, pesquisa/produção e apresentação/globalização/avaliação final (LEITE, et al, 2001).

No âmbito da primeira etapa, é necessário caracterizar o problema, descrever experiências concretas que levam a reforçar o problema, as causalidades, com os fatores que podem levar a que a situação não se altere ou que justifique a sua existência, as tendências do problema e a percepção do mesmo pelos membros da equipa.

Os capítulos que se seguem enquadram-se na etapa da identificação/formulação do problema.

1.1 IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

1.1.1 Caracterização do problema

Como já foi referido, as UCC são unidades muito recentes, coordenadas por enfermeiros, constituídas por equipas multiprofissionais e com uma intervenção no âmbito domiciliário e comunitário, onde os sistemas de informação não estão desenvolvidos.

Urge avaliar o desempenho destas unidades através de indicadores de qualidade, que permitam dar visibilidade dos ganhos em saúde, adquiridos com a intervenção destas equipas, de modo a caminhar-se para a contratualização.

Quanto à dimensão da satisfação (um dos indicadores de qualidade) está a ser desenvolvido um estudo sobre a satisfação dos profissionais, ao nível do ACES. Porém, não está avaliado a satisfação dos clientes e nem das parcerias da comunidade, também não está estudado o impacto que teve a atividade da UCC na afluência às urgências, a cuidados de saúde no Atendimento Complementar.

Sendo uma unidade com um âmbito de intervenção diferente, mas com a mesma população alvo que as USF/UCSP, surgem algumas zonas cinzentas nos limites de atuação, assim como desconhecimento dos critérios de referência para as UCC.

1.1.2 Experiências concretas

Refletindo nas **experiências concretas**, verificou-se em 2010, que o Movimento Assistencial das Unidades de Saúde da – ARSLVT, não dá visibilidade aos indicadores de qualidade

do desempenho das UCC visto que, só monitorizou os seguintes dados: nº de sessões de educação para a saúde dentro ou fora do Centro de Saúde, entrevista com e sem consulta médica, nº de tratamentos (injeções, pensos e outros tratamentos) e número de visitas domiciliárias (promoção de saúde, inquéritos epidemiológicos, injeções, pensos e outros tratamentos).

Para a elaboração do Relatório de Atividades da UCC, os dados disponíveis resultam essencialmente de monitorização em grelhas de Excel, o que não credibiliza a informação, o mesmo já não acontece com as USF e UCSP cujos sistemas de informação SAPE e Sistema de Apoio ao Médico (SAM) estão adequados aos indicadores de avaliação de desempenho. Os técnicos ainda não dispõem de sistema de informação integrado.

Em 2011, o SIARS permitiu visualizar dados resultantes dos registos no SAPE, porém a análise dos mesmos e a discussão entre coordenadores de UCC e dirigentes do ACES, em Janeiro de 2012, tornou mais evidente a diversidade nos critérios de registo na UCC, o que desencadeou incongruências que não permitem tirar conclusões nem comparações creíveis, nomeadamente na associação aos programas de saúde, na escolha da vertente utente, família ou comunidade, etc.

Estas questões já foram ultrapassadas nas USF e UCSP uma vez que existem documentos orientadores da Administração Central de Sistema de Saúde (ACSS) em conjunto com a Missão para os CSP (MCSP), que uniformizam critérios e regras de construção e implementação das fórmulas de cálculo dos indicadores de desempenho dos prestadores de cuidados (ACSS e MCSP, 2009). Estes critérios foram-se aperfeiçoando com ajustes nos sistemas de informação paralelamente à implementação da política de incentivos financeiros.

1.1.3 Causalidades

Os fatores que justificam a existência desta problemática, são:

- Unidade recente,
- Pouco protagonismo médico e por conseguinte pouco empenhamento político;
- A área da promoção da saúde e prevenção da doença difícil de avaliar;
- Existência de sistemas de informação diversificados: SAPE, SAM e plataforma da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- No SAPE, a vertente da família e da comunidade não está parametrizada;
- Inexistência de sistema de informação integrado para os técnicos que fazem parte das UCC;
- Contratualização e financiamento das unidades de saúde dependente de indicadores de processo e ainda afastado de indicadores de resultado ou dos ganhos em saúde;
- Crise económica atual.

1.1.4 Tendências do problema

Ao refletir sobre as tendências do problema, pode dizer-se que tendo em conta que as mais-valias destas unidades não estão documentadas, o reconhecimento das UCC será mais demorado. Corre-se o risco de nesta fase de crise económica, com necessidade de rentabilização de recursos, serem desviados recursos humanos e materiais para outras unidades de saúde.

de, já com indicadores de desempenho contratualizados e facilmente mensuráveis, ficando as pessoas mais vulneráveis sem os cuidados de saúde de proximidade.

Contribuir para a uniformização dos critérios de registo no SAPE, permitirá dar alguma visibilidade da UCC, mas há questões que não dependem diretamente da equipa, na medida em que o SAPE não tem desenvolvida a vertente da comunidade, e este aspeto terá de ser resolvido ao nível central.

Perceber o conhecimento que existe sobre o trabalho desenvolvido na UCC, ao nível do seu meio envolvente, permitirá agir em conformidade, melhorando a visibilidade.

1.1.5 Perceção do problema

A Coordenação Estratégica (CE) dos CSP, que substituiu a MCSP, apresenta nas áreas prioritárias de investigação para 2011-2015, a seguinte questão: “Que mais-valias, em qualidade e quantidade, trazem as UCC para a comunidade?”. Esta problemática, fez ressonância nas preocupações do dia a dia da UCC, pois não tendo visibilidade as mais valias/os ganhos em saúde, também não é reconhecido o trabalho desenvolvido.

Vários elementos da equipa da UCC, já manifestaram a sua insatisfação pela falta de reconhecimento do seu trabalho, por parte de alguns enfermeiros das USF/UCSP, de alguns médicos da USF, de profissionais de saúde do meio hospitalar, de decisores políticos, etc.

No âmbito da colaboração com o Observatório da Ordem dos Enfermeiros para os Cuidados de Saúde Primários, entre 2008 e janeiro de 2012, a mestranda presenciou desabafos de coordenadores de UCC, que revelam a pouca importância dada a estas unidades.

Por outro lado, os clientes: utentes/familiares/grupos e parceiros da comunidade reconhecem de forma informal, a importância do trabalho da UCC.

A participação no Encontro da Ordem dos Enfermeiros sobre Financiamento/Contratualização/Sistemas de informação, permitiu perceber que a contratualização com as unidades de saúde, é um tema da atualidade e que está na agenda política.

Para validar a relevância da problemática, optou-se por recorrer aos profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos e médicos) que se encontram a desempenhar funções numa UCC.

Selecionaram-se os indivíduos disponíveis/acessíveis que desejaram cooperar, e que pelo seu estatuto de profissional de saúde numa UCC, possuem experiência que lhes confere um nível especial de conhecimento.

Das cinco UCC do ACES Ribatejo, três foram pioneiras ao nível nacional e as restantes iniciaram no semestre seguinte, como se pode ver no quadro nº 1.

Quadro nº1 – As UCC do ACES Ribatejo

	Concelho	Utentes	Data de início
UCC Azambuja	Azambuja	23.068	07/06/2010
UCC Cartaxo	Cartaxo	27.467	18/12/2009
UCC Saúde Lusitana	Golegã e Santarém	30.149	14/06/2010
UCC Rio Maior	Rio Maior	23.705	18/12/2009
UCC Santarém	Santarém	43.983	18/12/2009

Fonte: <https://sites.google.com/site/acesribatejo/unidades-de-saude/ucc> consultado a 27/11/2011

Como o ACES Ribatejo tem toda a sua área geográfica coberta por estas unidades, optou-se pela realização de um questionário aplicado via online (Anexo I), depois de obter a autorização do ACES Ribatejo para a sua aplicação (Anexo II). A opção de alargar a aplicação do questionário, além da equipa onde se desenvolve o projeto, permite obter uma maior representatividade e manter o anonimato, pois em cada equipa apenas existe um técnico de cada área profissional (por exemplo um psicólogo, um terapeuta ocupacional, um fisioterapeuta). (Quadro nº 2).

Quadro nº 2 – Os profissionais das UCC

	Enfermeiros	Técnicos	Médicos	Total
UCC Azambuja	6	3		9
UCC Cartaxo	8	5	1	14
UCC Saúde Lusitana	5	4		9
UCC Rio Maior	7	3		10
UCC Santarém	7	4	1	12
Total	33	19	2	54

Fonte: <https://sites.google.com/site/acesribatejo/unidades-de-saude/ucc> consultado a 27/1/2012

Foram solicitados os endereços de correio eletrónico aos vários coordenadores de UCC, tendo sido disponibilizados 49 endereços de correio eletrónico.

Foi efetuado pré-teste a 4 profissionais de saúde de UCC de outros ACES, dos quais 3 responderam, tendo sugerido a reformulação da nota introdutória, incluindo um prazo para resposta.

A aplicação do questionário de validação decorreu entre 23/02 e 1/03/2012. Dos 49 mails enviados, um foi devolvido. Dos vinte e cinco profissionais que iniciaram o questionário, - vinte e um concluíram o questionário.

A maioria dos respondentes eram enfermeiros (78,3%), 8,7% terapeutas ocupacionais com o mesmo número, o que corresponde a 4,3% do total, enquadra-se na seguinte profissão: fisioterapeuta, cardiopneumologista e higienista oral.

Comparando com os dados disponibilizados no sítio do ACES, responderam mais de metade dos enfermeiros (54,5%) a desempenhar funções nas UCC e cerca de 1/4 dos técnicos (26,3%). Os médicos não responderam.

Da análise da segunda pergunta, (Quadro nº 3), salienta-se que na opinião destes profissionais de saúde, o trabalho da UCC **é mais valorizado** pelos utentes/familiares, o que perfaz 91,3% se juntarmos as opções “Muitas vezes” e “Sempre”. De seguida aparece o item pelos parceiros comunitários, perfazendo 60,9%.

Utilizando a mesma lógica de análise, juntando as opções **mais desfavoráveis** (“Nunca” e “Por vezes”), o que representa, os que menos valorizam o trabalho das UCC, aparece o item “Pelos políticas nacionais” com 78,2%, de seguida “Pelos profissionais das USF/UCSP” com 69,6%, ainda com valor considerável “Pelos dirigentes do ACES” (65,2%) e com igual valor de 43,5% os itens “Pelos profissionais da Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)” e “Pelos profissionais da Unidade de Saúde Pública (USP)”.

Quadro nº3 – Respostas à pergunta: “Considera que o trabalho desenvolvido na UCC a que pertence é valorizado?”

Por quem?	Nunca		Por vezes		Muitas vezes		Sempre		Sem opinião	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pelos utentes/famílias	0	0,0	2	8,7	11	47,8	10	43,5	0	0
Pelos parceiros comunitários	0	0,0	8	34,8	10	43,5	4	17,4	1	4,3
Pelos dirigentes do ACES	2	8,7	13	56,5	5	21,7	2	8,7	1	4,3
Pelos profissionais das USF/UCSP	2	8,7	14	60,9	5	21,7	1	4,3	1	4,3
Pelos profissionais da URAP	2	8,7	8	34,8	5	21,7	3	13,0	5	21,7
Pelos profissionais da USP	2	8,7	8	34,8	5	21,7	1	4,3	7	30,4
Pelas políticas nacionais	5	21,7	13	56,5	2	8,7	1	4,3	2	8,7

A terceira pergunta, pretendia obter alguns contributos para a solução do problema identificado e fundamentar a necessidade de estudos nesta temática. A análise dos resultados apontam nesse sentido, com 68,2% dos respondentes a sublinhar a importância de uniformizar os critérios de registo, 63,6 % a confirmar a necessidade de estudos e aproveitar eventos científicos para divulgar a UCC, seguem-se as sugestões relacionadas com a necessidade de identificar o conhecimento dos parceiros comunitários e profissionais de saúde das outras unidades sobre os critérios de referência para a UCC e outras formas de divulgação (54,5%).

De realçar que metade dos respondentes assinalaram a sugestão de criar momentos de discussão de caso/situação com os profissionais de saúde das outras unidades, como se pode verificar no quadro seguinte.

Quadro nº 4 – Resposta à pergunta: “Para melhorar a visibilidade do trabalho desenvolvido pela sua UCC, o que sugere?”

	Nº	%
Uniformizar os critérios de registos	15	68,2
Avaliar o conhecimento dos profissionais doutras unidades sobre os critérios de referência p/UCC	12	54,5
Identificar o conhecimento dos parceiros comunitários sobre o trabalho da UCC	12	54,5
Divulgar melhor a UCC nos meios de comunicação	12	54,5
Criar momentos de discussão de caso/situação com os profissionais de saúde de outras unidades	11	50,0
Informar o Diretor Executivo sempre que a prestação de cuidados esteja comprometida	8	36,4
Informar sindicato e/ou ordem profissional sempre que a prestação de cuidados esteja comprometida	3	13,6
Aproveitar todos os fóruns comunitários para divulgar a UCC	11	50,0
Aproveitar eventos científicos para divulgar a UCC	14	63,6
Rever os critérios de referência para as UCC	8	34,4
Promover estudos ao nível das mais valias das UCC	14	63,6
Outras sugestões:	1	4,5

A sugestão apresentada, refere-se à interdisciplinariedade, como fator de visibilidade das UCC.

Neste contexto, o problema foi validado pelos inquiridos, há necessidade de dar visibilidade ao trabalho desenvolvido pela UCC, essencialmente perante as políticas nacionais, profissionais das USF e UCSP e dirigentes do ACES. Mais de metade dos respondentes sugere a realização de estudos neste sentido, apontando como estratégias: a uniformização dos critérios de registos, a divulgação da unidade e a identificação da informação que o meio envolvente dispõem sobre o funcionamento e o trabalho desenvolvido pela UCC.

1.2 – FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

1.2.1 Vulnerabilidades

O aperfeiçoamento dos sistemas de informação para que os indicadores sejam calculados diretamente pelo SIARS depende de decisões políticas ao nível da ACSS. Ao nível local, poder-se-á contribuir para a realização de consensos, otimizar e uniformizar os critérios de registo, de modo a dar alguma visibilidade aos indicadores.

1.2.2 Pontencialidades

Ser coordenadora de uma UCC.

A motivação da equipa da UCC Cartaxo e dos coordenadores das UCC do ACES Ribeirão Preto.

A Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico do ACES está sensível à problemática.

Facilidade de comunicação com os vários intervenientes, membros da equipa da UCC, coordenadores das UCC, parceiros comunitários, profissionais de saúde das USF e UCSP.

Estão identificados pela equipa da UCC, alguns constrangimentos nos cálculos dos indicadores pelo SAPE, assim como, as sugestões de melhoria, nomeadamente uniformização dos Programas de Saúde a associar, necessidade de dar termo aos focos, para a contabilização de ganhos em saúde, etc.

1.2.3 Recursos

Fácil acesso à internet.

Participação no grupo de trabalho do ACES para a uniformização dos critérios de registos no SAPE.

1.2.4 Necessidades

As necessidades reportam-se à diferença entre o real e o desejável. Assim, é necessário:

- na monitorização do desempenho da UCC, recorrer aos dados do SAPE/SIARS, passando de apenas um indicador disponível (com fórmula de cálculo duvidosa) para mais indicadores...
- perceber qual a imagem que passa da UCC para meio envolvente, de modo a introduzir medidas que favoreçam a visibilidade da mesma.

Sublinha-se assim, que o problema identificado foi qual a visibilidade do trabalho desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade?

2 - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 REFORMA DOS CSP

O início do processo de mudança nos CSP remonta, pelo menos, a 1996-1998 com os “projetos Alfa” a que se seguiram os grupos “RRE” (Regime Remuneratório Experimental), ao mesmo tempo que se deu início ao processo de contratualização, conforme demonstrado na Figura 1 (CE - CSPP, 2011).

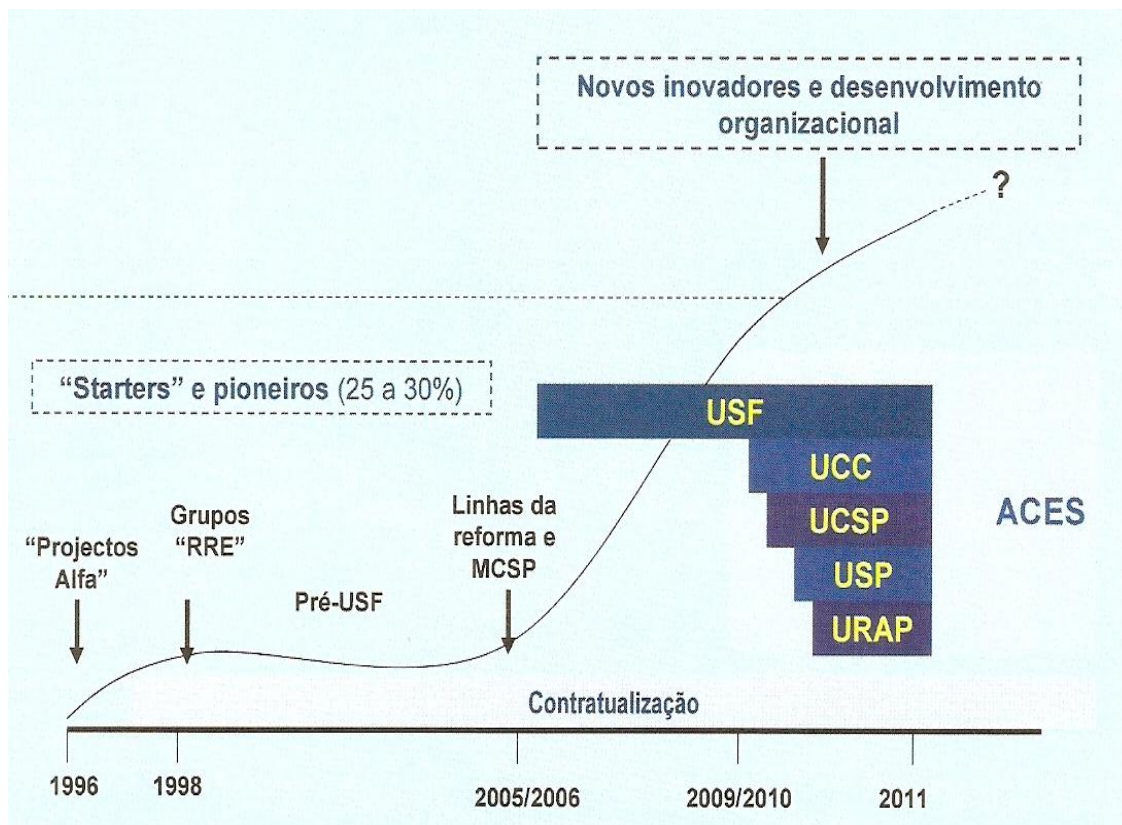


Figura 1 – Curva do processo de “descongelamento” e transformação dos CSP

Fonte: Coordenação Estratégica dos CSP de Portugal, 2011

A mudança em sistemas sociais humanos complexos, tal como nos sistemas biológicos, não acontece em linha reta ascendente. A curva é, habitualmente, de tipo “S”, mais ou menos horizontalizado.

Em relação às USF, que foram precursoras e, mais tarde, a ponta de lança da reforma, o arranque ascendente ocorreu em 2006/2007.

O DECRETO-LEI nº 28/2008 cria os ACES do Serviço Nacional de Saúde (SNS), estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento, criando as suas unidades funcionais.

A implementação dos ACES integra-se no quadro global da transformação organizacional da administração pública, da administração da saúde e dos serviços prestadores de CSP.

Os Centros de Saúde reorganizados no novo modelo de ACES caracterizam-se pelos seguintes aspetos:

- Estrutura organizacional assente em cinco tipos de unidades funcionais com trabalho em equipa multiprofissional, com missões específicas, intercooperantes e complementares, organizadas em rede;
- Autonomia administrativa para decidir e implementar soluções adaptadas aos recursos e às condições de cada local e comunidade;
- Órgãos e instrumentos próprios de gestão organizacional;
- Sistemas de liderança e de governação clínica e técnicas bem definidas;
- Mecanismos de representação e de participação da comunidade e dos cidadãos (MCSP, 2008).

O período 2005-2010 correspondeu à fase conduzida pela MCSP. Esta fase foi desencadeada com o início das primeiras duas centenas de USF a que se seguiu o início da reorganização dos Centros de Saúde em ACES e da implementação dos órgãos de governação (directores executivos, conselhos clínicos, conselhos da comunidade e conselhos executivos), bem como o processo de candidaturas das UCC e o início da constituição dos restantes tipos de unidades funcionais: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Saúde Pública (USP) e Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), bem como as Unidades de Apoio à Gestão (UAG) e os Gabinetes do Cidadão. Incluem-se ainda a definição dos modelos de apoio, de contratualização, de afetação financeira, de avaliação e de responsabilização.

Segundo o ponto de situação de 23/01/2012 (Quadro nº 5), estão em atividade cerca do dobro de USF face a UCC.

Quadro nº 5 – USF e UCC – Ponto de situação

	Candidaturas	Em actividade	População inscrita abrangida	Enfermeiros	Médicos	Técnicos	Assistentes técnicos
USF	385	316	3 918 659	2 195	2210		1 760
UCC	273	155	6 807 456	1 395		910	160

Fonte: <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=32> consultado a 29/01/2012

2.2 AS UNIDADES DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

De entre as Unidades Funcionais, compete à **Unidade de Cuidados na Comunidade** e à luz do disposto no artigo 11.º do DECRETO-LEI n.º 28/2008, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados (MCSP, 2009).

A UCC tem por **missão** contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo, assim e de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra. (MCSP, 2009).

A UCC, é uma unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida, regendo-se esta pelos seguintes princípios: cooperação; solidariedade, trabalho de equipa bem como autonomia assente na auto-organização funcional e técnica, articulação efetiva com as outras unidades funcionais do ACES; e parceria com estruturas da comunidade local (Autarquias, Segurança Social, IPSS, Associações, Escolas e outras) (MCSP, 2009).

Os cuidados são prestados geralmente fora dos “muros institucionais” guiados por critérios estritos, que pressupõem uma hierarquização de prioridades e decisões de intervenção, em função da magnitude e da gravidade de cada situação ou problema e das necessidades especiais de cuidados de saúde das pessoas, famílias ou grupos (CE, 2011).

Já em 2011, a CE emanou orientações aprovadas pelo Secretário de Estado da Saúde, que clarificam a Carteira de Serviços da UCC, onde se destacam as grandes áreas:

- Contributos para o diagnóstico de saúde da comunidade;
- Intervenções com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade, no âmbito da Rede Social, Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), entre outras;
- Intervenção em programas no âmbito da protecção e promoção de saúde e prevenção da doença na comunidade, no âmbito do Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) e Plano Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO);
- Projectos de intervenção comunitária dirigidos a indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, nomeadamente a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)
- Outros projetos de promoção de estilos de vida saudáveis para a população ao longo do ciclo de vida (Exemplo: Preparação para a Parentalidade) (CE, 2011).

2.3 INDICADORES DE AVALIAÇÃO

A monitorização e avaliação da UCC incumbe ao ACES, num processo global de avaliação e acreditação de todas as unidades funcionais do respetivo ACES. Devem incidir sobre as áreas da disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efetividade, eficiência e satisfação. Podem também contemplar especificidades e características de carácter regional, quando estas se apresentem como fatores corretivos e niveladores da matriz nacional (MCSP, 2008).

Com a implementação das primeiras UCC, surge em março de 2010, 35 indicadores de desempenho das UCC propostos pela MCSP, classificados nos tipos: Acessibilidade (18), Qualidade Técnico Científica (11), Satisfação (2), Resultado (1), Produtividade (2), Efetividade (1) (MCSP, 2010).

Estes Indicadores têm relevância, face à pesquisa bibliográfica, onde se encontra o Modelo de DONABEDIAN (2003 in PEREIRA, 2009) emergem três componentes: a estrutura, o processo e os resultados. A estrutura é definida como as condições, sob as quais, os cuidados de saúde são prestados, sendo assim, os indicadores de estrutura procuram medir aspetos relativos aos recursos materiais disponibilizados para a assistência, os recursos humanos e as características organizacionais, como por exemplo, as metodologias de organização e distribuição do trabalho ou o número de camas hospitalares por cada mil habitantes.

No que se refere aos processos, este componente aponta para as atividades que constituem os cuidados de saúde habitualmente levadas a cabo pelos profissionais de saúde, mas que podem incluir outras contribuições, como por exemplo, atividades desenvolvidas pelas famílias juntos dos clientes. Os indicadores de processo incluem, entre outros, aspectos relativos às atividades de diagnóstico, tratamento e reabilitação, preparação do cliente em termos cognitivos, terapêuticas médicas e cirúrgicas (DONABEDIAN, 2003 in PEREIRA, 2009).

Os resultados traduzem as modificações (desejadas ou indesejadas) nos indivíduos e populações que podem ser atribuíveis aos cuidados de saúde. No fundo, os indicadores de resultado, procuram medir demonstrações dos efeitos da combinação de fatores envolventes, da estrutura e processos nas condições dos indivíduos (DONABEDIAN, 2003 in PEREIRA, 2009).

Estes aspetos também são mencionados no documento em discussão do PNS 2011-2016, onde é referido que a Qualidade em saúde depende da intervenção dirigida a:

- Estruturas de prestação de cuidados, como os recursos materiais e humanos, instalações e organização;
- Processos decorrentes da própria prestação de cuidados, como sejam a qualidade técnica dos cuidados, a adequação e validade da informação produzida, a integração e a continuidade de cuidados;
- Resultados, que incluem a reabilitação / recuperação do doente o controlo da doença crónica, a capacitação, educação e literacia em saúde, a mudança de comportamentos e a satisfação com os cuidados”. (DONABEDIAN, 1997 in ACS, 2011, p.3).

Fazendo uma breve retrospectiva, percebe-se que na última década, vários grupos se debruçaram sobre esta temática, procurando contribuir para a identificação de indicadores que permitissem avaliar a qualidade dos cuidados prestados.

Existem vários documentos que foram emanados pela OE, no sentido de facilitar a construção de indicadores e promover sistemas de melhoria contínua de qualidade.

A divulgação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, permitiu definir seis categorias de enunciados descritivos que viriam a orientar as primeiras listagens de indicadores (OE, 2001). Este documento desencadeou o projeto com o mesmo nome, ao qual aderiram várias instituições da rede hospitalar, dos CSP e do ensino, com a finalidade de: “contribuir para a implementação e para o desenvolvimento de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e da qualidade dos cuidados, através da apropriação, pelos enfermeiros, dos padrões de qualidade e do envolvimento das organizações prestadoras de cuidados de saúde onde os enfermeiros desenvolvem a sua atividade profissional.” (ALMEIDA, 2007, p.1)

CORDEIRO (2009) ao debruçar-se sobre a importância dos Padrões de Qualidade, salienta que os mesmos, orientam na tomada de decisão em enfermagem, dão **visibilidade à dimensão autónoma** dos cuidados e permitem definir indicadores de qualidade.

É publicado em 2004, na revista da OE, o Quadro de Referência para a Construção de Indicadores de Qualidade e Produtividade, onde relativamente à Organização, este defendia a necessidade de existirem Sistemas de Informação (SI) e documentação em enfermagem, integrados nos sistemas de informação da saúde, que utilizem a CIPE. Os SI devem incorporar de forma regular e sistemática, a documentação referente às necessidades de cuidados de enfermagem, as intervenções e os resultados obtidos, que são sensíveis às intervenções de enfermagem (OE, 2004).

Na listagem de indicadores propostos em 2004 pela OE, podemos constatar que vários indicadores são aplicáveis ao contexto dos programas da UCC, nomeadamente: taxa de eficácia na prevenção de úlceras de pressão, ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras pressão, taxa de incidência/prevalência do autocontrolo ineficaz da dor, taxa de resolução da dependência no autocuidado higiene (OE, 2004).

Na mesma publicação da OE, surge um artigo que ilustra o caminho percorrido na construção dos Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem (RMDE) até aos indicadores dos ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem. Salienta-se que neste estudo foram considerados pelos enfermeiros, como altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem, quer no hospital, quer no centro de saúde, os seguintes focos de atenção: úlcera de pressão, dor, o(s) auto-cuidado(s), o papel de prestador de cuidados, a gestão e a adesão ao regime terapêutico (PEREIRA, 2004).

PEREIRA (2009), definiu RMDE como um mínimo de dados que, sistematicamente, deve estar documentado, no contexto de toda a informação registada nos SI de Enfermagem para efeitos da melhor descrição dos cuidados de enfermagem. É portanto, uma parte dos conteúdos dos SI, contendo a informação recolhida, analisada e interpretada com sistematização e regularidade, visando responder às necessidades específicas de informação de enfermagem de múltiplos utilizadores. Não exige tarefas adicionais de documentação por parte dos enfermeiros; o que radica no princípio de documentar os dados apenas uma vez e utilizá-los tantas vezes quantas as necessárias.

Neste estudo emergiu uma ideia-chave: “o RMDE deve ser útil para os necessários programas de melhoria e desenvolvimento contínuo da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e, desta forma, constituir-se como um recurso para os diferentes níveis da tomada de decisão em saúde.” (PEREIRA, 2009, p.392)

Um dos documentos emanados pela OE, foi o Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde, que tem como objectivo definir as linhas gerais do modelo, dos conteúdos e dos requisitos de comparabilidade para o RMDE portugueses, que viabilizem a produção automática de um conjunto de indicadores de enfermagem, para diferentes níveis e utilizadores (OE, 2007).

Neste documento é proposto o core de indicadores, no sentido que estes são o núcleo ou o grupo central, a partir dos quais se podem construir indicadores para os vários contextos de trabalho. São apresentados indicadores de tipo epidemiológico e de qualidade segundo as três componentes: estrutura, processo e resultado, de acordo com o que é sugerido por DONABEDIAN (OE, 2007). Nesta listagem, salienta-se o indicador de resultado R4 – **Satisfação** dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem.

Reforçando o que já foi referido, no estudo de PEREIRA (2009), foram designados os seguintes conceitos como “Dimensões centrais dos cuidados” representadas no RMDE, o que pode ser enquadrado dentro do “core” da disciplina: as *Atividades executadas pelo próprio*, onde se inclui o *Auto cuidado* e a *Adesão*; a *Aprendizagem* (cognitiva e de capacidades); a *Adaptação* e o *Tomar conta*, conceito com o qual se relacionam a *Parentalidade* e o *Papel de prestador de cuidados*. A *Prevenção de complicações* surgiu como um conceito derivado dos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem, da OE. Tais conceitos têm, ao longo dos tempos, de forma mais ou menos marcada, impregnado os discursos e produções teóricas de enfermagem, o que lhes confere estabilidade e consistência.

No ACES Ribatejo, em julho de 2010, foi feita a primeira tentativa de contratualização com as UCC, recorrendo à listagem dos 35 indicadores propostos pela MCSP.

No Relatório de Contratualização com a UCC Cartaxo, a primeira parte, refere-se a aspetos e indicadores na dimensão da **estrutura**, como: recursos humanos disponíveis e população abrangida por programa.

Na negociação da contratualização de metas a atingir por indicador, foram considerados para a Enfermagem, 8 indicadores de Acessibilidade, 4 de Qualidade Técnico Científica, 2 de Produtividade, 1 de Efetividade, que constam no documento emitido pela MCSP.

Os indicadores de **Acessibilidade** (UCC – 1, 4, 6, 7, 11, 16, 30 e 32, Anexo I) são um dos fatores da **Aceitabilidade** referidos por Donabedian e enquadram-se no critério do **processo** e são dirigidos aos programas de Cuidados Continuados Integrados e Visita Domiciliária, Parentalidade e Intervenção Precoce na Infância.

Os indicadores do tipo **Qualidade Técnico Científica** (UCC – 12,13,14,15), focam-se no programa de Cuidados Continuados Integrados e Visita Domiciliária e estão de acordo com as recomendações referidas anteriormente pela OE, nomeadamente: taxa de eficácia na prevenção de úlceras de pressão, ganhos expressos no controlo da intensidade da dor, ganhos em independência nos autocuidados (higiene, vestuário, uso sanitário, transferir-se, posicionar-se, alimentar-se, deambular).

Estes indicadores apresentam a componente da **eficácia**, já dão alguma visibilidade dos **resultados** obtidos em ganhos em saúde e têm subjacente alguns dos fenómenos de enfermagem considerados no “core” da disciplina por Pereira (2009), mas não estão visíveis nos dados do SIARS.

2.4 - VISIBILIDADE/GANHOS EM SAÚDE

Sendo as UCC, maioritariamente asseguradas por enfermeiros, a visibilidade das mesmas está intimamente relacionada com a visibilidade dos cuidados de enfermagem.

Para PEREIRA (2009, p.22),

. “a incorporação nos conteúdos dos SI de Enfermagem, de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, possibilita uma mudança de paradigma nos discursos acerca da visibilidade dos cuidados de enfermagem. Assim, evolui-se de uma ênfase orientada para “tornar visível o que os enfermeiros fazem”, para uma lógica de “dar visibilidade àquilo que os clientes ganham com os cuidados de enfermagem”.

CLARK (1996) citado por SILVA (2006, p19) “argumenta que o valor da enfermagem não é mais auto evidente, pelo que deve ser demonstrado aos que não tendo um entendimento que deriva da prática, têm poder para afetar ou determinar a natureza da enfermagem através de processos políticos e alocação de recursos”.

O conceito de ganhos em saúde é apresentado no PNS e incorpora referencias sobre os resultados positivos de indicadores de saúde, que se traduzem:

- por ganhos em anos de vida,
- pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração,
- diminuição da incapacidade temporária ou permanente,
- pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial,
- pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (ACS, 2011)

A **saúde** é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo, onde toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no conforto e bem-estar físico, emocional, espiritual e cultural (OE,2001)

No contexto de uma UCC, quando se refere a **cliente** como o alvo dos cuidados, pode assumir as várias dimensões: o utente, a família, um grupo, a comunidade em geral ou seja a população de residentes na área geográfica de abrangência da unidade.

Mobilizando o pensamento de MELEIS e TRANGENSTEIN, citado por BASTO, os enfermeiros interagem (interação) com o ser humano (cliente de enfermagem) numa situação de saúde-doença, ser humano que é parte integrante do seu contexto sociocultural (ambiente) e que está a viver uma transição ou a antecipação de uma transição (transição). As interações enfermeiro-cliente organizam-se em torno de uma intenção (processo de enfermagem), utilizando algumas ações (terapêuticas de enfermagem) para promover, recuperar ou facilitar a saúde (saúde) (BASTO,2007)

Em suma, “cuidar em enfermagem refere-se à intervenção profissional do enfermeiro junto do cliente, que faz parte de um **processo de decisão** que tem como finalidade contribuir para o bem-estar do cliente (pessoa ou grupo)” (MELEIS e TRANGENSTEIN,1994 in BASTO, 2005, p.26).

No contexto da carteira de serviços de uma UCC, está presente a perspectiva de que os enfermeiros são os principais cuidadores dos clientes e respetivas famílias, que estão a sofrer uma **transição**, facilitando o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com as experiências de saúde ou doença ou preparando-se para as transições iminentes (MELEIS et al (2000)).

Considera-se «Transição» como uma passagem, umas vezes desencadeada pelo desenvolvimento físico-psíquico-social, outras por fatores etiológicos intrínsecos ou do contexto que a pessoa vive, como é o caso da transição de saudável a doente”. (BASTO,2007, p 62)

Alguns exemplos de transições que podem tornar os clientes vulneráveis são: experiências de doença (diagnóstico, procedimentos cirúrgicos, reabilitação); desenvolvimentais e ciclo de vida (gravidez, paternidade, adolescência, menopausa, envelhecimento, morte); sociais e culturais (migração, reforma, cuidadores familiares) (MELEIS et al, 2000).

No estudo de BASTO, que pretendia dar visibilidade ao cuidar em enfermagem,

“verificou-se que a intervenção de enfermagem se processava em três etapas interligadas e circulares:

- * identificar a **transição** pela qual o cliente está a passar;
- * estabelecer uma **relação de proximidade** com a intenção de ajudar o cliente a dar continuidade ao seu projeto de saúde;
- * e identificar os **ganhos em saúde** atribuíveis à intervenção de enfermagem. (...) Este estudo vem confirmar que existe uma prática profissional de acordo com as recomendações internacionais e nacionais, mas que não é documentada, tornando-se invisível, não mensurável e dificultando a transmissão do conhecimento experiencial acumulado”. (BASTO,2007, p 69)

PEREIRA (2009) alerta para o conceito de sensibilidade aos cuidados de enfermagem que se afigura como um aspeto nuclear, intimamente relacionado com a problemática da **tomada de decisão em enfermagem**, referindo-se à dimensão autónoma do exercício dos enfermeiros. Esta implica uma dinâmica constante de avaliação e diagnóstico, prescrição e implementação de intervenções, bem como de análise dos resultados obtidos. Em Portugal, os modelos de SI de Enfermagem que têm vindo a ser desenvolvidos, assentam num requisito estrutural que visa organizar a informação, tendo por referência, quer a dimensão interdependente, quer a dimensão autónoma do exercício tendo por fundamento um conjunto mínimo de aspetos, centrados nos padrões de respostas humanas às **transições**.

3 - PLANEAMENTO

Após a revisão bibliográfica e a confirmação da problemática pelo grupo de profissionais de UCC, urge esboçar um plano de ação, como antevisão da estrutura do projeto subsequente, que servirá de guia para a intervenção, sujeito “a reformulações mediante a prática e os desvios por vezes aliciantes, então surgidos” (LEITE, et al, 2001, p.77). Existirá flexibilidade no planeamento e poderão ser incorporados outros objetivos específicos e respetivas atividades, de acordo com o trabalho de campo desenvolvido.

3.1 PLANO DE ATIVIDADES E CRONOGRAMA

Objetivo	Atividades	Cronograma
Aumentar o número de indicadores de qualidade, possíveis de obter pelo SIARS	Reflexão sobre as dificuldades existentes na elaboração do Relatório de Atividades	13/01 a 17/01
	Participação no grupo de trabalho do ACES para a uniformização de critérios de registo	17/01 a 31/01
	Sensibilização da equipa de enfermagem da UCC Cartaxo para adoção dos critérios de registo e colaborar com os outros coordenadores de UCC.	março
	Monitorização mensal dos registos realizados Verificação mensal dos indicadores e dados que são disponibilizados pelo SAPE e SIARS	14/02, 10/03 e 10/04
	Criação de grelha de verificação de registos	10 a 13/02
- Identificar a informação que os parceiros comunitários têm sobre o funcionamento e o trabalho desenvolvido pela UCC Cartaxo	Elaboração de questionário online Recolha de endereços de mail dos parceiros comunitários da UCC Cartaxo Enviar o questionário Analisar os dados obtidos	março
- Identificar a informação que profissionais de saúde das USF e UCSP do Cartaxo têm, sobre o funcionamento e o trabalho desenvolvido pela UCC Cartaxo e sobre os critérios de referência para a UCC, definidos pela Orientação Técnica do Conselho Clínico do ACES Ribatejo.	Elaboração de questionário online Recolha de endereços de mail dos profissionais das USF e UCSP do Cartaxo Enviar o questionário Analisar os dados obtidos	abril
Refletir sobre o trabalho desenvolvido	A revisão e aprofundamento sobre um dos aspetos emergente da temática, com recurso ao protocolo da Revisão Sistemática da Literatura. O referido protocolo inclui: 1. A definição de termos ou palavras-chave 2. A estratégia de busca 3. A definição das bases de dados a serem pesquisadas. 4. Selecionar os estudos a serem incluídos no processo de reflexão sobre a prática. Elaboração do relatório do trabalho de projeto.	junho

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o trabalho de projeto é centrado no estudo de problemas de contexto social, problemas estes que contém muitos dos elementos que contribuem para as respectivas soluções, procurou-se com este documento, formular o problema, conhecer o seu enquadramento e desmontá-lo em problemas parcelares, de acordo com o que é defendido por LEITE, et al (2001).

Esta reflexão permitiu validar com o grupo de profissionais da UCC, a relevância do problema da visibilidade das UCC e obter alguns contributos para os caminhos a seguir, de modo a melhorar a visibilidade do trabalho desenvolvido nestas unidades.

Apesar do planeamento, como qualquer projeto, haverá alguma flexibilidade de acordo com o trabalho de campo desenvolvido, na fase da produção.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP e MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (2009). **USF e UCSP Cálculo de Indicadores de Desempenho - Critérios a observar na sua implementação.** Lisboa.

ALMEIDA, H. (2007). **Projeto Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO GLOBAL DO PROJECTO** [Consult. 2011-12-17]. Disponível em: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/AssembleiasGerais/Documents/AG2007/assembleiageral2007-11.pdf>

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE. (2011). Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - **Estratégias para a saúde.** Lisboa. [Consult. 2012-01-21]. Disponível em https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:o0Ed1rGMxl0J:www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/03/OSS1_17-05-2011.pdf+ganhos+em+sa%C3%BAde&hl=pt-PT&gl=pt&pid=bl&srcid=ADGEEShVYBDi6eY9U_ULdswKBmNA9GxAI438pD8V_vbEvV19MW5mQ-eonAfCA7Jiwxz-tJAYQKNzWoTp5lcWsYc4wcPbsnUyiqIUUFJLNj1n1O3HOP_GI1TjyHQpjU9_pBB-wilkyjt1nl&sig=AHIEtbRSsj2-AIFZkGOut63Pk87AmLgrhw&pli=1

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE. (2011). Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - **Qualidade em Saúde.** Lisboa. [Consult. 2011-12-22]. Disponível em http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/qs_18-03-2011.pdf

BASTO, M.L.- Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública.** Nº1. vol. 23 (2005) p.25-41

BASTO, M.L.- Da tarefa ao cliente como ser cultural: saberes utilizados por enfermeiras num Centro de Saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública.** Nº1. vol. 25 (2007) p.59-69

COORDENAÇÃO ESTRATÉGICA – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS PORTUGAL (2011), Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – **Orientações para a organização e funcionamento das Unidades de Cuidados na Comunidade**, Ministério da Saúde.

COORDENAÇÃO ESTRATÉGICA – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS PORTUGAL (2011), Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – **Relatório de Progresso 2**, Ministério da Saúde.

CORDEIRO, A.L.M. (2009). **Responsabilidade Profissional: Recursos Humanos e Qualidade dos Cuidados em Enfermagem** Dissertação de Mestrado em Bioética, submetida a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. [Consult. 2012-01-13]. Disponível em <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/2021>

DECRETO-LEI nº 28/2008.“DR I serie”.38 (2008-02-22) 1182-1189

LEITE, E., MALPIQUE, M., SANTOS, M. (1989). **Trabalho de projeto 1. Aprender por projetos centrados em problemas.** Porto: Edições Afrontamento.

MELEIS, A.I., SAWER, L. M., MESSIA, E.O., SCHUMACKER, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **In Advanced Nursing Science**. 23(1): 12-28

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010), Reforma dos Cuidados de Saúde Primários -**Nota Informativa sobre o Novo Modelo de Governação**.

MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (2008), Agrupamentos de centros de saúde (ACES) - **Linhas de ação para a sua implantação e desenvolvimento**, Ministério da Saúde.

MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (2009), **Documento de Suporte à Implementação da UCC**, Ministério da Saúde.

MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (2010), **Indicadores de Desempenho das Unidades de Cuidados na Comunidade**, Ministério da Saúde.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) - **Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde**. Lisboa.

PEREIRA, F. Dos Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem aos Indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido. **Suplemento da Revista Nº 13**, Julho (2004) p.14 – 21

PEREIRA, F. (2009). **Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros - Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem** Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. [Consult. 12-01-2012]. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7182>

REGULAMENTO Nº 128/2011. “DR II serie”.35 (2011-02-18) 8667-8669

SILVA, ABEL PAIVA. (2006). **Sistemas de Informação em Enfermagem - Uma teoria explicativa da mudança**. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda. ISBN 972-8485-76-X.

<https://sites.google.com/site/acesribatejo/unidades-de-saude/ucc> consultado a 27/1/201

<http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=32> consultado a 29/1/2012

ANEXOS

ANEXO I

*QUESTIONÁRIO DE VALIDAÇÃO DO PROBLEMA
PARA O PROJETO*

Caro(a) colega

Após dois anos de atividade das UCC, surgem questões como:

- Que ganhos em saúde, trazem as UCC para a comunidade?

De modo a contribuir para a resposta desta questão, estou a desenvolver um estudo, através da metodologia de trabalho de projeto, inserido no 2º Mestrado de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Na primeira fase, necessito de validar com os profissionais que desempenham funções nas UCC, algumas questões. Assim, venho solicitar a sua colaboração respondendo de forma anónima, a 3 perguntas.

Área profissional a que pertence (assinale com um X)

Cardiopneumologista	
Enfermeiro	
Fisioterapeuta	
Higienista Oral	
Médico	
Psicólogo	
Técnica de Serviço Social	
Terapeuta Ocupacional	

Considera que o trabalho desenvolvido na UCC a que pertence é valorizado? (assinale com um X a melhor opção nos vários itens)

Por quem?	Nunca	Por vezes	Muitas vezes	Sempre	Sem opinião
Pelos utentes/famílias					
Pelos parceiros comunitários					
Pelos dirigentes do ACES					
Pelos profissionais das USF/UCSP					
Pelos profissionais da URAP					
Pelos profissionais da USP					
Pelas políticas nacionais					

Para melhorar a visibilidade do trabalho desenvolvido pela sua UCC, o que sugere?

(Pode escolher várias alternativas)

Uniformizar os critérios de registos	
Avaliar o conhecimento dos profissionais das outras unidades sobre os critérios de referência p/ UCC	
Identificar o conhecimento dos parceiros comunitários sobre o trabalho da UCC	
Divulgar melhor a UCC nos meios de comunicação	
Criar momentos de discussão de caso/situação com os profissionais de saúde de outras unidades	
Informar o Diretor Executivo sempre que a prestação de cuidados esteja comprometida	
Informar sindicato e/ou ordem profissional sempre que a prestação de cuidados esteja comprometida	
Aproveitar todos os fóruns comunitários para divulgar a UCC	
Aproveitar eventos científicos para divulgar a UCC	
Rever os critérios de referência para as UCC	
Promover estudos ao nível das mais valias das UCC	
Qual?:	
Outras sugestões:	

Muito Obrigada pela sua colaboração

Albertina Mendonça

ANEXO II
PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO ACES NO INÍCIO
DO PROJETO

Exmo Sr Diretor Executivo
do ACES Ribatejo

Após dois anos do início de funcionamento das primeiras UCC, surgem questões como:

• **Que ganhos em saúde trazem as UCC para a comunidade?**

De modo a contribuir para a resposta desta questão, estou a desenvolver um estudo, inserido no 2º Mestrado de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santa-rém, através da metodologia de trabalho de projeto.

Desta forma pretendo contribuir para identificação de ganhos em saúde resultantes do desempenho da UCC, nomeadamente ao nível dos cuidados de enfermagem.

Na primeira fase do trabalho de projeto, **a identificação do problema**, é fundamental validar com os profissionais da UCC se a visibilidade do trabalho desenvolvido na unidade é sentido como situação problemática, pelo que proponho aplicar um questionário online aos profissionais das UCC do ACES Ribatejo.

Confirmada a problemática e se for sugerida essa linha de orientação, pretendo:

aumentar o número de indicadores de qualidade, possíveis de obter pelo SIARS, através da uniformização dos critérios de registo;

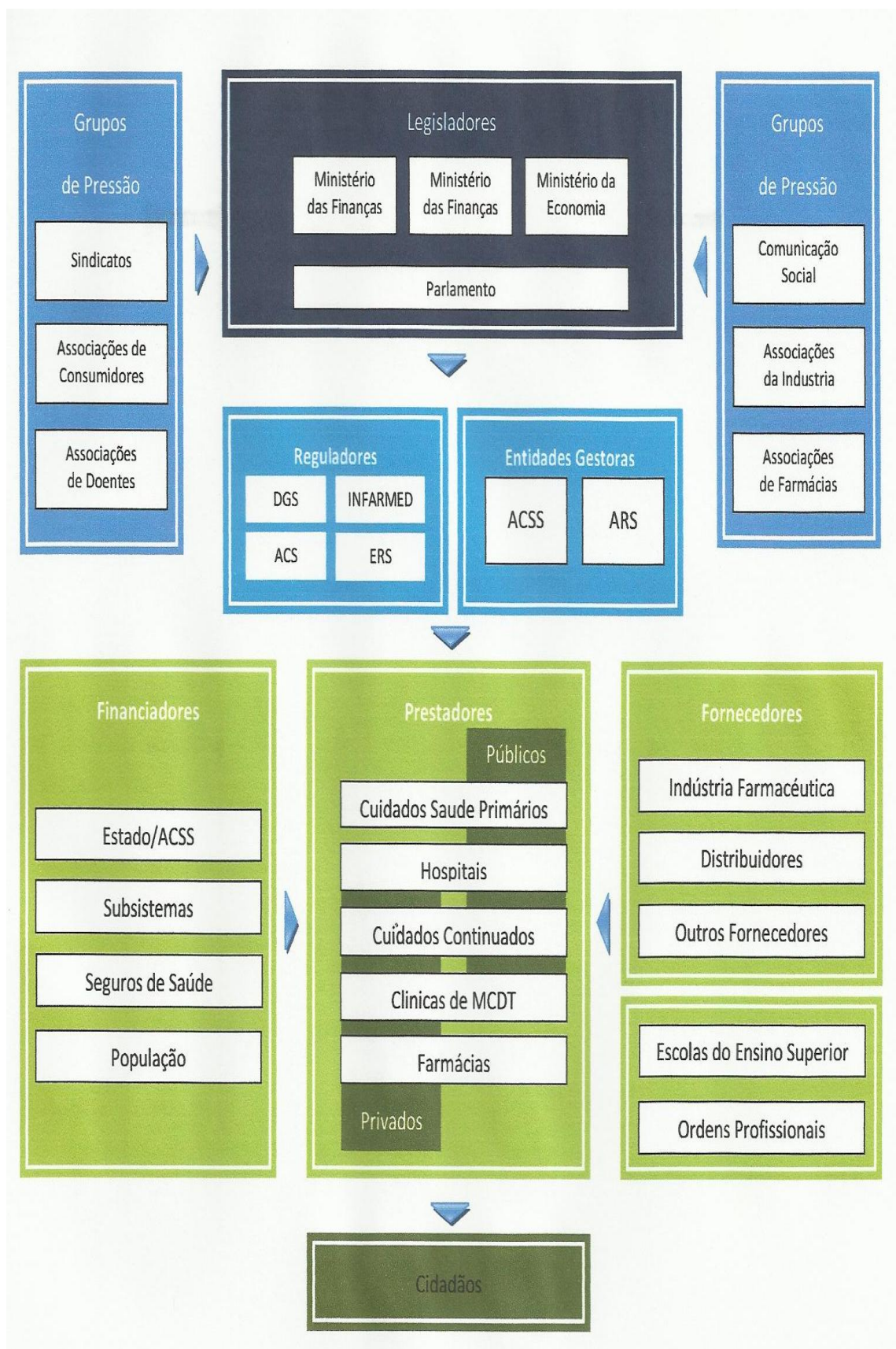
- identificar a informação que os parceiros comunitários têm sobre a acção da UCC Cartaxo;

- avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde das USF e UCSP do Cartaxo, sobre os critérios de referenciação para a UCC, definidos pela Orientação Técnica do Conselho Clínico do ACES Ribatejo.

Para finalizar, solicito autorização para a realização deste estudo, encontrando-se em anexo o questionário a utilizar com os profissionais das UCC.

Com os melhores cumprimentos
Albertina Mendonça

ANEXO II
OS PRINCIPAIS *STAKEHOLDERS* NO SETOR DA SAÚDE



Os principais *stakeholders* no setor da Saúde em Portugal
 Fonte: DELOITTE CONSULTORES,SA,2011, p 2

ANEXO III

BOLETIM INFORMATIVO Nº3 DO ACES RIBATEJO



EDITORIAL

Centrar o cuidar no doente e no seu ecossistema

A notória melhoria da esperança média de vida em Portugal originada essencialmente por três vetores – alteração das condições sociais, a existência de um Serviço Nacional de Saúde e o progresso extraordinário da medicina nas últimas quatro décadas –, coloca novos desafios na área da saúde. Esses desafios convergem na necessidade de adequar convenientemente a organização de cuidados de saúde a populações e doentes, particularmente os dependentes ou doentes que pelo carácter da doença, necessitam de cuidados prestados de forma continuada no seu domicílio, independentemente do seu escalão etário.

Reconhece-se atualmente que na fase de doença crónica / prolongada, ou na fase final da vida, é de grande importância para o doente, sempre que possível, continuar a viver no seu domicílio rodeado do "ambiente natural" onde esteve e está inserido.

Neste contexto, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, a organização de cuidados a doentes que necessitam de apoio domiciliário de forma continuada, em qualquer fase do ciclo de vida, é de uma acutilante importância. Se esta organização de cuidados de saúde tiver também um âmbito que englobe atividades preventivas na comunidade integradas numa estratégia global de saúde, então estamos certos que os cuidados de saúde têm outra capacidade de interagir com o cidadão e a comunidade, procurando proporcionar níveis de bem-estar a quem dele desesperadamente anseia.

António Lourenço
Presidente do Conselho Clínico

UCC

Unidades de Cuidados na Comunidade

São Unidades funcionais do ACES constituídas por uma equipa técnica multidisciplinar a tempo inteiro ou partilhados com outras unidades nomeadamente: enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, médicos, técnicos do serviço social, psicólogos e outros técnicos em função das necessidades da população abrangida. Prestam cuidados de saúde ao indivíduo, família e grupos da comunidade, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, todos os dias da semana.

Contempla toda a área geográfica do ACES com cinco UCC, as quais estão fisicamente sediadas nos seguintes espaços: **Azambuja** - Centro de Saúde da Azambuja; **Cartaxo** - Vila Chã de Ourique (junto ao mercado), **Rio Maior** - Centro de Saúde de Rio Maior, **Santarém** (abrangem o Oeste de Santarém incluindo a cidade) - Unidade de S Nicolau em S Domingos; **Saúde Lusitana** (abrangem o Este de Santarém e todo o concelho da Golegã) - Azinhaga (antigo estabelecimento do pré-escolar). **Áreas que as UCC intervêm:**

Cuidados Continuados Integrados; Visita Domiciliária com critérios específicos; Programa Nacional de Saúde Escolar, com abordagem no coletivo e individualmente; Curso de preparação para o parto e recuperação no pós-parto; Programas de Intervenção na Comunidade: Programas e atividades específicas de promoção da mobilidade e reabilitação funcional; Parcerias na comunidade: Intervenção Precoce, Comissão Proteção Crianças e Jovens em Risco, Rede Social, entre outros. As UCC desenvolvem a sua atividade em parceria com estruturas da comunidade local (Autarquias, Segurança Social, IPSS, Associações e outras) e em estreita articulação e complementaridade com os profissionais das outras unidades funcionais do ACES.

Gorete Freitas
Vogal do Conselho Clínico

MAIS SAÚDE PARA MELHOR SAÚDE

UCC Cartaxo já tem viatura própria

A UCC do Cartaxo foi contemplada com uma viatura, tornando possível proceder à reorganização da equipa. Até esta data, a viatura existente era partilhada com a Unidade de Saúde Familiar (USF) "Cartaxo Terra Viva" e com o Centro de Saúde do Cartaxo, limitando as visitas domiciliárias entre as 14 e as 18 horas. Com esta situação resolvida, é agora mais fácil alocar melhor os recursos e realizar mais horas de visita domiciliária em Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

Albertina Mendonça
Coordenadora UCC Cartaxo



UCC - Santarém

A equipa da UCC Santarém, iniciou a sua actividade em Março de 2010

É constituída por uma equipa multidisciplinar com enfermeiros; fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicóloga, assistente social, médica; higienista oral e assistente técnica. A estratégia de intervenção passa por fomentar a articulação com as USF que atuam na mesma área geográfica (S. Domingos, Planalto e A. Garrett) e com o hospital de referência (Santarém), agrupamentos escolares, RNCCI (rede nacional de cuidados continuados integrados), CPCJ (comissão proteção crianças e jovens), UTIS (unidade de intervenção social) Intervenção Precoce, instituições da área social, autarquias, entre outros.

Manuela Vieira
Coordenadora UCC Santarém



Equipa UCC - Santarém

Rede Social

Participação da UCC – Cartaxo

No âmbito da Rede Social, a participação da UCC Cartaxo tem sido relevante quer no diagnóstico social, quer no contributo para a implementação de alguns projetos concelhios, dos quais se destaca: o Banco de Produtos de Apoio e o Banco de Voluntariado. Uma das iniciativas recentes, prende-se com as **sessões informativas sobre Alcoólicos Anónimos (AA)**, que decorreu a 22 de maio e contou com a presença de cerca de 80 pessoas, entre profissionais de saúde e comunidade em geral, com a finalidade de ser criado um grupo de AA no concelho. Nestas sessões, deu-se a conhecer os malefícios que o álcool pode trazer à saúde e ao convívio social, esclareceram-se dúvidas, escutaram-se depoimentos, de modo a obter a informação de como ajudar um doente, um familiar ou amigo que conviva com este problema.

Albertina Mendonça
Coordenadora UCC Cartaxo

Reuniões AA

Realizam-se todas as segundas feiras pelas 21H00, no r/c da Cruz Vermelha do Cartaxo

Ficha Técnica: Publicação – Trimestral Gratuita
Direção, Coordenação – Carlos Ferreira
Colaboração: António Lourenço, Gorete Freitas, Albertina Mendonça e Manuela Vieira, Layout e Concepção Gráfica, Maria João Paulo,
Impressão e Distribuição – ACES Ribatejo, Tiragem 1600 exemplares

ANEXO IV

CIRCULAR NORMATIVA 3/2012



Nº 3

Data 17-2-2012

Para: Todos os enfermeiros

Assunto: Registos em SAPE

Esta circular tem como objetivo normalizar os registos efetuados pelos enfermeiros no aplicativo SAPE, de modo a permitir a comparabilidade entre as unidades, neste caso específico, as Unidades de Cuidados na Comunidade do ACES Ribatejo.

A) Programa de Cuidados Continuados/VD

I - Onde ativar o Contacto:

1 - Domicílio: Devemos assumir em toda a situação de VD, quando esta acção é desenvolvida no local onde o utente reside.

2 - Contacto telefónico: Sempre que é dada uma orientação via telefone, e que daí resulte uma intervenção de enfermagem, excluem-se agendamentos.

3 - Contacto não presencial: Sempre que são efetuados registos de dados clínicos vindo por e-mail ou por carta ou através de um cuidador, bem como referência para a RNCCI.

II - Qual o Programa de Saúde a selecionar/associar:

1 - Deverá estar sempre ativo o programa do ciclo de vida (ex: Saúde do idoso)

2 - Ativar o(s) programa(s) onde o enfermeiro vai intervir

Exemplos:

- Saúde da Família - se intervém com a família dando orientações;
- Dependentes - só se está dependente para as Atividades de Vida;
- Grupo de risco hipertensão - se tiver intervenções neste âmbito;
- Grupo de risco diabetes - se tiver intervenções neste âmbito;
- Programa de Cuidados Continuados - sempre que houver critérios para intervenção da UCC definido na OT nº 7/2010;

- Tratamento de Feridas – Sempre que haja tratamentos em feridas ativas. Não inclui supervisão de feridas cicatrizadas.

Nota: O Programa Apoio Domiciliário Integrado será desativado e passa a existir apenas o Programa de Cuidados Continuados

3 – Todos os outros programas ativos que não serão alvo de intervenção nesse contacto deverão ser desativados (retirar o clic).

III - Como registar no Processo de enfermagem

Perante uma situação de Visita Domiciliária curativa:

1 - Pela 1ª vez ou sempre que se altera o Plano de Tratamento:

Seguir todas as etapas do processo de enfermagem (foco/fenómeno – diagnóstico – intervenções – plano de trabalho)

2 – 1ª vez e seguintes:

Em todos os contactos, para além de registar as intervenções de enfermagem efectuadas, devem registar também em atitudes terapêuticas, dado que só assim é que se conseguem visualizar individualmente no SIARS e também é a única forma da VD ser considerada de âmbito curativo.

IV - Como seleccionar os Focos/fenómenos

Para cada úlcera de pressão deve existir um foco e um diagnóstico, ou seja, se o doente tiver 4 úlceras de pressão deve ter 4 focos de "úlcera de pressão" e 4 diagnósticos de acordo com a localização e restantes características.

Deve ter ainda o foco de "úlcera de pressão" para o diagnóstico de "risco de úlcera de pressão" ativo.

Nota:

- A intervenção "inserir e/ou trocar cateter urinário" está associada aos focos/fenómenos "retenção urinária" e "úlcera de pressão".

- A intervenção "inserir e/ou trocar sonda nasogástrica" devem maioritariamente coincidir com os fenómenos de "deglutição alterada".

V – O que registar nas Atitudes Terapêuticas

Para evitar a grande dispersão de registos e um elevado número de "outros" em atitudes terapêuticas, alterar em algumas AT de acordo com a tabela abaixo:

Código	Atitude Terapêutica	Proposta
89	Aspiração de secreções	inserir
99150	Tratamento à ferida não classificada	inserir
BB	Oxigenioterapia (60% 15L/m) (retirar dosagem)	modificar
LL	Pequena cirurgia	desativar

1	Oxigenioterapia 28% 4L/m	desativar
10	Flebotomia	desativar
12	Colheita de fezes bacteriológico	desativar
13	Teste imunológico de gravidez	desativar
14	Colheita de urina 24 horas	desativar
17	Colheita de urina exame sumário	desativar
18	Colheita de fezes pesquisa de sangue oculto	desativar
19	Colheita de urina 12 horas	desativar
38	Lavagem auricular	desativar
39	Lavagem gástrica	desativar
4	Intubação nasogástrica: gavagem	desativar
43	Intubação nasogástrica: alimentação entérica	desativar
5	Oxigenioterapia 24% 2L/m	desativar
51	Colheita de sangue para estudo de coagulação	desativar
6	Oxigenioterapia 31% 6L/m	desativar
7	Oxigenioterapia 35% 8L/m	desativar
8	Oxigenioterapia 40% 10L/m	desativar
9	Oxigenioterapia 50% 12L/m	desativar

B) Programa de Saúde Escolar

I -- Onde registar:

1 - O Gestor de sistema deverá criar no SAPE as **Comunidades**, sendo que, cada estabelecimento de ensino corresponde a uma comunidade.

II – Que programas associar:

1 - Associar a cada escola intervencionada os seguintes programas de acordo com as atividades a desenvolver na respetiva escola:

- PNSE - Ambiente escolar
- PNSE - Estilos de Vida
- PNSE – Inclusão Escolar
- PNSE – Saúde Individual e colectiva
- Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral
- Programa de Saúde Comunitária.

2 - As sessões de educação para a saúde a grupos são registadas na respetiva comunidade, sendo boa prática registar a turma (5º F; 9º A....) ou o grupo (30 alunos; 10 docentes...) na nota associada às intervenções efetuadas.

Nota: Os atendimentos individuais no contexto escola são registados no processo individual do utente, associando o local de contacto – “escola”.

C) Curso de Preparação para o Parto

I – Onde registar:

1 - O Gestor de sistema deverá criar no SAPE as *Comunidades*, sendo que, cada curso corresponde a uma comunidade. Ex: CPP-Jan-2012

II – Que programas associar:

1 - Associar a cada comunidade o Programa Preparação Psicoprofilática para o Parto

2 – O local de contacto será sempre “Centro de Saúde” independente do local onde este esteja a ser desenvolvido.

Notas: a) As convocatórias devem ser registadas no local de contacto – “*contacto telefónico*”, no processo individual de cada grávida.

b) Não associar homens a esta comunidade, sendo boa prática registar quantas presenças masculinas na *nota associada* às intervenções efetuadas.

D) Parcerias (GPCJ, Intervenção Precoce, NLI, etc)

1 - Tal como para a Saúde Escolar e o Curso de Preparação para o Parto, deverá ser criada a comunidade onde se efetuam os registos das atividades de grupo.

I - Que programas associar:

1 – Deverão ser associados os seguintes Programa de Saúde:

- Saúde na comunidade (sempre)
- COMUM – Comissão de Proteção de crianças e jovens em risco (se for o caso)
- COMUM – Intervenção Precoce (se for o caso)

Nota: Os atendimentos individuais são registados no utente, associando o “Programa Intervenção Precoce”, o qual está parametrizado para o utente.

2 – Como não existe a opção de local de contacto: - comunidade, todos os contactos desenvolvidos em grupo deverão ser registados em outros

E) Nota Final

Em virtude de haver uma panóplia de Programas de Saúde o que origina a diversidade de escolhas para o mesmo fim, iremos desativar os seguintes programas:

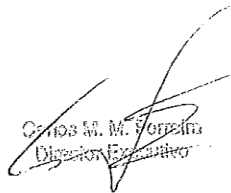
- Ação contra o alcoolismo
- Apoio domiciliário integrado (ADI)
- Desabitação tabágica
- Grupo de risco – Asma
- Hipocoagulados
- Intervenções breves em fumadores
- Pré-concepcional

- Ostromizados
- Rastreio do cancro do cólon e recto
- COMUN- Curso de preparação para o parto
- Pé diabético

Observação: Os seguintes Programas de Saúde:

- Reabilitação;
- Saúde Mental e Psiquiátrica;
- Programa Nacional de Cuidados Paliativos;
- Saúde de Adolescentes;

Serão activados sempre que o ACES entender estarem reunidas as condições técnicas e humanos para efetuar intervenções neste âmbito e por CS.


Carlos M. M. Viegas
Diretor Executivo

ANEXO V
EVOLUÇÃO DOS REGISTOS – 1º TRIMESTRE DE 2012

Quadro A – Resultados da Grelha de verificação registos no SAPE no 1º trimestre de 2012

Critério ...no 1º dia útil do mês...	janeiro	fevereiro	março
Nº total pessoas atendidas na vertente Utente no domicílio	13	17	16
Nº pessoas com registos, associados ao Programa de Saúde de Cuidados Continuados	8	13	15
% pessoas com registos associados ao Programa de Cuidados Continuados	62	76	94
Nº pessoas com registos, associados ao Programa de Dependentes	9	16	15
% pessoas com registos associados ao Programa de Dependentes	69	94	94
Nº pessoas com registos, associados ao Programa de Saúde de Tratamento de feridas	9	12	16
% pessoas com registos associados ao Programa de Tratamento de feridas	69	71	100
Nº pessoas com registos, associados ao Programa de Saúde de Tratamento de feridas e com registos nas atitudes terapêuticas	0	10	14
% pessoas com registos associados ao Programa de Tratamento de feridas e com registos nas atitudes terapêuticas	0	83	88
Nº pessoas com registos associados ao programa de Dependentes com o diagnóstico de risco de ulcera pressão	6	9	10
% pessoas com registos associados ao programa de Dependentes com o diagnóstico de risco de ulcera pressão	67	56	67
Nº pessoas com registos associados ao programa de Dependentes com o diagnóstico de ulcera pressão presente	4	7	9
Nº pessoas com registos associados ao programa de Dependentes com o diagnóstico de ulcera pressão presente e com avaliação inicial preenchida relativamente ao local de aparecimento da ulcera (domicílio ou hospital)	2	1	3
% pessoas com registos associados ao programa de Dependentes com o diagnóstico de ulcera pressão presente e com avaliação inicial preenchida relativamente ao local de aparecimento da ulcera (domicílio ou hospital)	50	14	33
Nº pessoas associadas ao Programa de Cuidados Continuados no âmbito de ações paliativas	3	4	4
Nº pessoas associadas ao Programa de Cuidados Continuados no âmbito de ações paliativas, com diagnóstico de dor	2	2	4
% pessoas associadas ao Programa de Cuidados Continuados no âmbito de ações paliativas, com o diagnóstico de dor	67	50	100
Nº pessoas com pelo menos 1foco de atenção altamente sensível aos cuidados de enfermagem (úlceras de pressão, dor, o(s) autocuidado(s), o papel de prestador de cuidados, a gestão e a adesão ao regime terapêutico) ou dimensões centrais dos cuidados: aprendizagem, adaptação e tomar conta	13	14	16
% pessoas com pelo menos 1foco de atenção altamente sensível aos cuidados de enfermagem (úlceras de pressão, dor, o(s) autocuidado(s), o papel de prestador de cuidados, a gestão e a adesão ao regime terapêutico) ou dimensões centrais dos cuidados: aprendizagem, adaptação e tomar conta	100	82	100
% contactos registados no mês no programa preparação para o parto método psicoprofilático	100	100	100
% contactos registados no mês no programa Saúde Infantil na comunidade Recuperação	100	100	100
% contactos registados no mês no programa Saúde Materna na comunidade Recuperação	100	100	100
Número de contactos mês no programa de Saúde Comunitária	Nd	25	32
Número de contactos mês no programa de Intervenção Precoce Infância	Nd	11	6
Número de contactos mês no PNSE - Estilos Vida	Nd	17	14
Número de contactos mês no PNSE - Inclusão	Nd	2	3
Número de contactos mês no programa de Saúde Infantil	Nd	21	10
Número de contactos mês no programa de Saúde Adulto	Nd	88	87
Número de contactos mês no programa de Saúde Idoso	Nd	394	424

Nd – Não disponível

Quadro B - Comparação de indicadores dos 1ºs trimestres de 2011 e 2012

Indicador disponível no SAPE	1º trimestre 2011	1º trimestre 2012
1-Nº Visitas Domiciliárias de Enfermagem	1083	1213
2-Utentes com fenómeno, ÚLCERA DE PRESSÃO ativo	14	46
3-Visitas dom. enf.com fenómeno, ÚLCERA DE PRESSÃO ativo	736	790
4-Utentes falecidos com fenómeno, ÚLCERA DE PRESSÃO ativo	2	6
5-Utentes com termo do fenómeno, ÚLCERA DE PRESSÃO, (utentes curados)	11	24
6-Utentes com fenómeno, ÚLCERA DE PRESSÃO ativo, - aparecimento no hospital	1	2
7-Utentes com fenómeno, ÚLCERA DE PRESSÃO ativo- aparecimento no domicílio		1
8-Visitas domiciliárias de enfermagem na área curativa	66	296
9-Visitas domiciliárias de enfermagem na área de promoção e prevenção	392	418
10-Total de VD promoção e prevenção e área curativa (Item 8+9)	458	714

ANEXO VI

ANÁLISE DOS REGISTOS À LUZ DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA
MESES JANEIRO E FEVEREIRO 2012

ANÁLISE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM À LUZ DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Na revisão bibliográfica do Projeto encontrou-se que foram considerados pelos enfermeiros como altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem os seguintes focos de atenção:

- úlcera de pressão
- dor
- o(s) auto-cuidado(s)
- o papel do prestador de cuidados
- a gestão e adesão ao regime terapêutico (PEREIRA,2004).

Estes quatro focos estão inseridos na lista proposta pela Ordem dos Enfermeiros como o *Core* de Focos, no Resumo Mínimo de Enfermagem - (OE,2007):

- 1. Aceitação do estado de saúde
- 2. Adesão à vacina
- 3. Adesão ao regime medicamentoso / dietético
- 4. Amamentação
- 5. Aspiração
- 6. Autocuidado(s):
 - Alimentar-se
 - Cuidar da higiene pessoal
 - Transferir-se
 - Uso do sanitário
 - Vestir-se e despir-se
 - Andar
- 7. Cair
- 8. Desenvolvimento infantil
- 9. Desidratação
- 10. Dor
- 11. Excesso de peso
- 12. Gravidez
- 13. Incontinência urinária
- 14. Insónia
- 15. Limpeza das vias aéreas
- 16. Malnutrição (Sub)
- 17. Medo
- 18. Parentalidade
- 19. Rigidez articular
- 20. Tomar conta
- 21. Úlcera de pressão
- 22. Uso de contraceptivos

As Dimensões Centrais dos Cuidados de Enfermagem são:

- Atividades executadas pelo próprio (Auto-cuidado e Adesão)
- Aprendizagem (cognitiva e de capacidades)
- Adaptação
- Tomar conta (parentalidade e papel de prestador de cuidados)
- Prevenção de complicações (úlceras pressão) (PEREIRA,2009).

Para melhor compreensão, verificou-se como estes focos estão classificados na CIPE versão Beta 2, a utilizada no SAPE atualmente. Além dos 22 focos que constam na lista da OE, foram incluídos os grupos a que pertencem, o que se pode ver no quadro seguinte. Na coluna a azul, está o número de vezes que estes focos foram utilizados nos registos de janeiro e fevereiro.

Quadro C – Foco, codificação e número de vezes utilizado

Core de FOCOS	Código											Nº
	1a	1										
SER HUMANO	1a	1										
Indivíduo	1a	1	1									
<i>Função</i>	1a	1	1	1								
Respiração	1a	1	1	1	1							
Limpeza das vias aéreas	1a	1	1	1	1	4						2
Aspiração	1a	1	1	1	1	4	4					
Nutrição	1a	1	1	1	4							2
Excesso de peso	1a	1	1	1	4	2	2					
Mal nutrição	1a	1	1	1	4	2	5					
Volume de líquidos	1a	1	1	1	7							2
Desidratação	1a	1	1	1	7	2						1
Eliminação	1a	1	1	1	9							4
Eliminação vesical	1a	1	1	1	9	2						2
Incontinência urinária	1a	1	1	1	9	2	1					2
Tegumentos	1a	1	1	1	10							
Úlcera	1a	1	1	1	10	3	5					3
<i>Úlcera de Pressão</i>	1a	1	1	1	10	3	5	3				43
Reparação	1a	1	1	1	11							2
Insónia	1a	1	1	1	11	1	4					
Atividade Motora	1a	1	1	1	12							4
Rigidez articular	1a	1	1	1	12	1	2	3				
Sensações	1a	1	1	1	13							
<i>Dor</i>	1a	1	1	1	13	1						9
Reprodução	1a	1	1	1	15							
Gravidez	1a	1	1	1	13	3						1
Desenvolvimento Físico	1a	1	1	1	16							
Desenvolvimento Infantil	1a	1	1	1	16	1	2					2
Indivíduo												
<i>Pessoa</i>												
Razão para a Acção	1a	1	1	2	1							
Autoconhecimento	1a	1	1	2	1	1						
Aprendizagem	1a	1	1	2	1	1	3					
Aprendizagem Cognitiva	1a	1	1	2	1	1	3	1				
Aprendizagem de Capacidades	1a	1	1	2	1	1	3	2				1
Emoção	1a	1	1	2	1	1	5					
Medo	1a	1	1	2	1	1	5	8				
<i>Luto</i>	1a	1	1	2	1	1	5	14				6
Adaptação	1a	1	1	2	1	1	8					2
Aceitação do Estado de Saúde	1a	1	1	2	1	1	8	1	2	1		1
<i>Stress do Prestador de Cuidados</i>	1a	1	1	2	1	1	8	1	6			8
Acção Realizada pelo Próprio	1a	1	1	2	2	1						
Autocuidado	1a	1	1	2	2	1	1					3
Cuidar da higiene pessoal	1a	1	1	2	2	1	1	1				3
Vestir-se e despir-se	1a	1	1	2	2	1	1	1	2			
Alimentar-se	1a	1	1	2	2	1	1	1	3/4			3
Uso do sanitário	1a	1	1	2	2	1	1	5				3
Transferir-se	1a	1	1	2	2	1	1	8	3			2
Cair	1a	1	1	2	2	1	1	8	8			2
Andar	1a	1	1	2	2	1	1	8	9	2		1
Comportamento de Procura de Saúde	1a	1	1	2	2	1	1	9				7
Comportamento de Adesão	1a	1	1	2	2	1	1	9	1			6
Uso de contraceptivos	1a	1	1	2	2	1	1	9	1	1	1	1
<i>Adesão à vacinação</i>	1a	1	1	2	2	1	1	9	1	4		15
Gestão do Regime Terapêutico	1a	1	1	2	2	1	1	9	1	5		7
Adesão ao Regime Terapêutico	1a	1	1	2	2	1	1	9	1	5	1	7
Interação de Papéis	1a	1	1	2	2	2	2					
<i>Papel de Prestador de Cuidados</i>	1a	1	1	2	2	2	2	5				27
Papel Parental	1a	1	1	2	2	2	2	6				9
Grupo	1a	1	2									
<i>Família</i>	1a	1	2	1								
Processo familiar	1a	1	2	1	1							
Paternidade	1a	1	2	1	1	4						
Amamentar	1a	1	2	1	1	4	1	1	1			2
Total												195

Luto está inserido na *Emoção* e está classificado na sequência do *Medo* que o RMDE sugeria em 2007.

O *Papel prestador de cuidados* tem consistência porque no RMDE faz referência ao “*tomar conta*”, PEREIRA (2009) considera que este foco de atenção faz parte das dimensões centrais dos cuidados de enfermagem e tem incidência relevante nos registos desta equipa.

Stress do prestador de cuidados está na sequência da *Adaptação*, também apresentado por este autor.

ANEXO VII
ESBOÇO DO GUIA PARA A UNIFORMIZAÇÃO DE CRITÉRIOS DE REGISTO

GUIA PARA A UNIFORMIZAÇÃO DE CRITÉRIOS DE REGISTOS

Para evitar a enorme diversidade de fenómenos e intervenções utilizadas nos registos, com significados muito próximos, o que não permite ter visibilidade no SIARS, propomo-nos a elaborar um guia de registo para cada programa de saúde, à semelhança do que já existe em algumas USF. Este documento terá de ser alvo de consenso entre as várias UCC e Conselho Clínico do ACES Ribatejo.

O primeiro esboço, foi elaborado de acordo com as orientações da reunião do dia 31/5/2012 com o Conselho Clínico e Diretor Executivo e alteração no SAPE na versão 6.

Procurou-se seguir a linha da experiência do Cartaxo.

1 - PROGRAMA DE PREPARAÇÃO PARA A MATERNIDADE

1.1 PRIMEIRO CONTATO DO GRUPO

- Registrar na vertente “Utente” – pois ainda não são contabilizados no SIARS, os contatos de comunidades
- Associar os Programas de:
 - Preparação Psicoprofilática para o Parto,
 - Saúde Materna – para aproveitar os fenómenos standartizados,
- Associar os Fenómenos se ainda não estão associados:

Adesão à vacinação
Comportamento de procura de saúde
Comportamento de adesão
Adaptação à gravidez
Trabalho de parto
Satisfação conjugal

- Associar as Intervenções:

Ensinar sobre períodos do trabalho de parto
Ensinar sobre preparação psicoprofilática para o parto
Ensinar sobre sinais de alarme
Ensinar sobre vacinação
Explicar nova fase do ciclo de vida da família
Incentivar o envolvimento da família durante a gravidez
Incentivar para curso de preparação para o parto
Informar sobre Boletim de Saúde da Grávida
Informar sobre desconfortos na gravidez
Informar sobre serviços de saúde
Orientar a pessoa para serviços médicos
Supervisar adesão à vacinação

Informar enfermeiro coordenador para inserir os nomes das grávidas inscritas no grupo, abrindo a comunidade daquele mês.

1.2 CONTATOS SEGUINTE COM O GRUPO

- Registrar na vertente “Comunidade” , por exemplo “CPP jan”
- Associar os Programas de:
 - COMUM. – Curso de preparação para a Parentalidade,
 - Saúde Comunitária – pois é intervenção em grupo
- Associar os Fenómenos se ainda não estão associados:

Adaptação à gravidez
Amamentar
Comportamento de adesão
Comportamento de procura de saúde
Contração uterina (fase dilatação)
Dor do trabalho de parto
Expulsão uterina (fase de expulsão e faz placentária)
Gestão comunitária
Papel Parental
Satisfação conjugal
Trabalho de parto

➤ Associar as Intervenções:

Ensinar sobre períodos do trabalho de parto	
Ensinar autocontrolo: dor	
Ensinar os pais sobre o choro do recém-nascido	
Ensinar sobre amamentar	
Ensinar sobre contraceptivo	
Ensinar sobre cuidados de higiene ao recém-nascido	
Ensinar sobre epidural	
Ensinar sobre estratégias não farmacológicas para alívio da dor	
Ensinar sobre exercícios musculares pélvicos	
Ensinar sobre o enxoval do bebé	
Ensinar sobre papel parental em relação ao recém-nascido	
Ensinar sobre preparação das mamas	
Ensinar sobre sinais de alarme	
Ensinar sobre sinais de complicações	
Ensinar sobre sinais de trabalho de parto	
Ensinar sobre vantagens da amamentação	
Explicar nova fase do ciclo de vida da família	
Explicar sobre a sensação da dor	
Gerir comunicação	Nº participantes em cada sessão, presença de pais
Incentivar a amamentação	
Incentivar auto-controlo:dor	
Incentivar o envolvimento da família durante a gravidez	
Incentivar para curso de preparação para o parto	
Informar sobre 1ª consulta do recém-nascido	
Informar sobre Boletim de Saúde da Grávida	
Informar sobre características do recém-nascido	
Informar sobre desconfortos na gravidez	
Informar sobre direitos sociais	
Informar sobre icterícia fisiológica do recém-nascido	
Informar sobre métodos de ajuda no trabalho de parto	
Informar sobre perda de peso fisiológica do recém-nascido	
Informar sobre serviços de saúde	
Instruir os pais sobre como posicionar o recém-nascido	
Instruir sobre auto-vigilância:dor	
Instruir técnica respiratória (procedimento)	1ºTipo respiratório, período expulsivo sopro...
Orientar a pessoa para serviços médicos	
Treinar técnica da amamentação	
Treinar técnica respiratória	
Vigiar movimento muscular	
Vigiar respiração	

2 - PROGRAMA DE CUIDADOS CONTINUADOS

Neste programa estão incluídos os utentes que:

- pela sua dependência funcional, necessitam de cuidados de saúde domiciliários, e que não têm critério para a USF/UCSP, poderão estar ou não em ECCL;
- pela sua vulnerabilidade, necessitam cuidados de proximidade, como doentes do foro psiquiátrico, alcoólicos, sem suporte familiar, etc;
- necessitam de referência para a RNCCI (funções de EGA).

2.1 UTENTES COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

- Registrar na vertente “Utente”
- Associar os Programas de:
 - Saúde Adulto ou Idoso
 - Dependentes – para aproveitar os fenómenos standartizados,
 - Cuidados Continuados Integrados – é o programa específico da UCC
 - ADI – é o programa específico da UCC, enquanto não está visível o anterior no SIARS
- Registrar na avaliação inicial:
 - cuidador (nome, contatos...)
 - caso tenha úlceras de pressão, local onde surgiram (hospital ou domicílio)
 - regime medicamentoso existente no domicílio
- Registrar no Alerta a morada e contato telefónico se diferente do SINUS
- Associar os Fenómenos, de acordo com a avaliação:

Aceitação do estado de saúde
Adesão à vacinação
Autocuidado
- Alimentar-se
- Cuidar da higiene pessoal
- Transferir-se
- Uso do sanitário
- Vestir-se e despir-se
- Andar (deambular)
- Cair (queda)
Comportamento de procura de saúde
Desidratação
Dor
Gestão do regime terapêutico
Edema
Incontinência urinária
Sono
Limpeza das vias aéreas
Luto
Malnutrição
Medo
Papel prestador cuidados
Rigidez articular
Stress do prestador cuidados
Úlcera de pressão
Retenção urinária
Bem-estar físico, psicológico, emocional e espiritual
Agitação
Alucinação
Diarreia
Obstipação
Vómito
Nausea
Confusão
Dispneia
Deglutição
Eritema
Prurido
Tristeza
Afasia
Feridas (vários tipos)

Não esquecer de calcular o risco de úlcera pressão através da aplicação de escala de Braden e fazer diagnóstico de enfermagem de risco de úlcera de pressão.

➤ Associar as Intervenções:

Aliviar zona de pressão através de almofada	
Aplicar creme	
Aplicar ligadura	
Apoiar a tomada de decisão	
Apoiar o prestador de cuidados na tomada de decisão	
Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel de prestador de cuidados	
Aspirar secreções da cavidade oral, nasal ou traqueostomia	
Assistir a pessoa ao deambular	
Assistir a pessoa no processo de luto	
Disponibilizar prestação de serviços na comunidade	SAD, banco voluntariado, RNCCI
Elogiar a aprendizagem de habilidades	
Elogiar envolvimento do prestador de cuidados	
Elogiar resultados obtidos no desempenho do papel de prestador de cuidados	
Encorajar auto controlo: ansiedade	
Encorajar o envolvimento da família	
Ensinar hábitos de higiene da boca	
Ensinar o prestador de cuidados sobre a técnica de posicionamento	
Ensinar o prestador de cuidados sobre condições de risco para a desidratação	
Ensinar o prestador de cuidados sobre fisiopatologia da doença	
Ensinar o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	
Ensinar o prestador de cuidados sobre hábitos alimentares	
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da maceração	
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas no domicílio	
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão	
Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de úlcera de pressão	
Ensinar prestador de cuidados a verificar conteúdo gástrico antes da alimentação	
Ensinar sobre gestão do regime terapêutico	
Ensinar sobre regime medicamentoso	
Ensinar sobre sinais de complicações	
Escutar o doente	
Executar técnica de distração	
Executar técnica de posicionamento (Procedimento)	
Executar tratamento à úlcera de pressão (Procedimento)	Qual, tipo penso
Explicar nova fase do ciclo de vida da família	
Explicar sobre a sensação da dor	
Facilitar a comunicação expressiva de emoções	
Facilitar a expressão das dificuldades no desempenho do papel de prestador de cuidados	
Facilitar suporte familiar	
Gerir a analgesia	
Incentivar a pessoa a alimentar-se	
Incentivar a pessoa a alternar posicionamentos	
Incentivar a pessoa a levantar-se	
Incentivar a pessoa a transferir-se	
Incentivar adesão ao regime terapêutico	
Incentivar ingestão de líquidos	

Incentivar interação social	
Informar o prestador de cuidados sobre prestação de serviços na comunidade	
Informar sobre direitos sociais	
Informar sobre serviços de saúde	
Inserir, remover ou trocar cateter urinário	
Inserir, remover ou trocar sonda naso gástrica	
Instruir o prestador de cuidados sobre como assistir no alimentar-se	
Manter a pele seca	
Monitorizar a dor através de escala de dor	
Monitorizar risco de úlcera de pressão através da "escala de Braden"	
Monitorizar tensão arterial	
Monitorizar úlcera de pressão	
Otimizar a fralda	
Otimizar sonda naso gástrica	
Otimizar traqueostomia	
Orientar a família para o serviço social	
Orientar a pessoa para serviços de saúde	Terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermeiro família, etc.
Orientar a pessoa para serviços médicos	
Promover a esperança	
Promover escuta ativa	
Supervisar adesão à vacinação	
Treinar o prestador de cuidados a assistir no deambular	
Treinar o prestador de cuidados a posicionar a pessoa	
Treinar o prestador de cuidados a utilizar o equipamento para prevenção de úlceras de pressão	
Treinar o uso de estratégias adaptativas para deambular	
Trocar a placa e saco de colostomia	
Validar conhecimento do prestador de cuidados sobre papel de prestador de cuidados	
Vigiar a Ação do doente	
Vigiar a eliminação intestinal	
Vigiar a eliminação urinária	
Vigiar a expetoração	
Vigiar a mobilidade	
Vigiar a pele	
Vigiar a refeição	
Vigiar a respiração	
Vigiar a(s) úlcera(s) de pressão	
Vigiar extensão do edema	
Vigiar náusea	
Vigiar o apetite	
Vigiar o sono	
Vigiar penso da úlcera	
Vigiar úlcera	
Vigiar vómito	
Executar tratamento à ferida (vários tipos)	

Ao contrário de orientações anteriores, no momento não se observa vantagem em fazer registos nas atitudes terapêuticas, assim só é utilizada esta via quando não existe essa intervenção no programa de saúde.

2.2 UTENTES COM OUTRA VULNERABILIDADE

- Registrar na vertente “Utente”
- Associar os Programas de:
 - Saúde Adulto ou Idoso
 - Cuidados Continuados Integrados – é o programa específico da UCC
 - ADI – é o programa específico da UCC, enquanto não está visível o anterior no SIARS
- Registrar na avaliação inicial:
 - cuidador (nome, contatos...)
 - regime medicamentoso existente no domicílio
 - uso de substâncias
 - quem sinalizou
- Registrar no Alerta a morada e contato telefónico se diferente do SINUS
- Associar os Fenómenos, de acordo com a avaliação:

Aceitação do estado de saúde
Adesão à vacinação
Bem-estar psicológico
Comportamento de procura de saúde
Gestão do regime terapêutico
Insónia
Malnutrição
Medo
Papel prestador cuidados
Stress prestador cuidados

- Associar as Intervenções:

Apoiar a tomada de decisão	
Apoiar o prestador de cuidados na tomada de decisão	
Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel de prestador de cuidados	
Disponibilizar prestação de serviços na comunidade	SAD, RNCCI, Banco do Voluntariado, Alcoólicos Anónimos
Elogiar a aprendizagem de habilidades	
Elogiar envolvimento do prestador de cuidados	
Encorajar o envolvimento da família	
Ensinar o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas no domicílio	
Ensinar sobre gestão do regime terapêutico	
Ensinar sobre regime medicamentoso	
Ensinar sobre sinais de complicações	
Escutar o doente	
Explicar nova fase do ciclo de vida da família	
Facilitar a comunicação expressiva de emoções	
Facilitar a expressão das dificuldades no desempenho do papel de prestador de cuidados	
Facilitar suporte familiar	
Incentivar adesão ao regime terapêutico	
Incentivar ingestão de líquidos	
Incentivar interação social	
Incentivar para a utilização de serviços de saúde	
Informar o prestador de cuidados sobre prestação de serviços na comunidade	
Informar sobre direitos sociais	
Informar sobre serviços de saúde	
Orientar a pessoa para grupos de suporte	
Orientar a pessoa para serviços de saúde	Enf família, técnicos, serv administrativos
Orientar a pessoa para serviços médicos	
Promover a esperança	
Promover escuta ativa	

2.3 UTENTES PARA REFERENCIAÇÃO PARA A RNCCI

- Registrar na vertente “Utente”
- Associar os Programas de:
 - Saúde Adulto ou Idoso
 - Cuidados Continuados Integrados – é o programa específico da UCC
 - ADI – é o programa específico da UCC, enquanto não está visível o anterior no SIARS
- Registrar na avaliação inicial:
 - cuidador (nome, contatos...)
 - regime medicamentoso existente no domicílio
 - quem sinalizou
 - referenciação para que tipologia
- Registrar no Alerta a morada e contato telefónico se diferente do SINUS

Os fenómenos a associar são as mesmas da situação de dependência funcional, realçando a intervenção de disponibilizar recursos da comunidade.

3 - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA

3.1. CONTATO INDIVIDUAL

- Registrar na vertente “Utente” no nome da criança
- Associar os Programas de:
 - Programa de Intervenção Precoce na Infância,
 - Saúde Infantil – para aproveitar os fenómenos standartizados,
- Associar os Fenómenos se ainda não estão associados:

Adesão à vacinação
Comportamento de procura de saúde
Comportamento de adesão
Desenvolvimento Infantil
Papel Parental

- Associar as Intervenções:

Ensinar sobre sinais de alarme
Ensinar sobre vacinação
Explicar nova fase do ciclo de vida da família
Promover uma comunicação expressiva
Facilitar a comunicação expressiva de emoções
Vigiar o desenvolvimento psicomotor da criança (24 meses)
Gerir a comunicação (Procedimento)
Incentivar a comunicação
Encorajar a comunicação expressiva de emoções
Otimizar a comunicação (Procedimento)
Informar sobre Boletim de Saúde Infantil
Informar sobre serviços de saúde
Orientar a pessoa para serviços médicos
Supervisar adesão à vacinação
Disponibilizar prestação de serviços na comunidade
Informar sobre características do recém-nascido
Informar sobre direitos sociais
Informar sobre icterícia fisiológica do recém-nascido
Informar sobre perda de peso fisiológica do recém-nascido
Informar sobre serviços de saúde
Instruir os pais sobre como posicionar o recém-nascido
Orientar a pessoa para serviços médicos

3.2- CONTATOS DE REUNIÕES DE SNIPI

O programa do SNIPI pressupõe o trabalho em equipa, em parceria e de forma integrada. Para o efeito são necessárias reuniões de equipa para discussão de caso e reuniões de equipa com cuidadores da criança para elaboração e avaliação do Plano Individual de Intervenção.

- Registrar na vertente “Comunidade” em SNIPI,
- Associar os Programas de:
 - COMUN - Intervenção Precoce na Infância ,
 - Saúde Comunitária – pois é intervenção em grupo
- Associar os Fenómenos se ainda não estão associados:

Comportamento de procura de saúde
Comportamento de adesão
Desenvolvimento Infantil
Papel Parental
Gestão comunitária

- Associar as Intervenções:

Ensinar sobre cuidados domésticos: rendimentos insuficientes	Nº participantes em cada sessão, temas discutidos
Gerir comunicação (se dinamizou a reunião)	
Incentivar a comunicação	
Informar sobre características do recém-nascido	
Informar sobre direitos sociais	
Informar sobre icterícia fisiológica do recém-nascido	
Informar sobre perda de peso fisiológica do recém-nascido	
Informar sobre serviços de saúde	
Instruir os pais sobre como posicionar o recém-nascido	
Otimizar comunicação (se participou na reunião)	Nº participantes em cada sessão, temas discutidos
Orientar a família para o serviço social	
Orientar a pessoa para serviços médicos	
Orientar a pessoa para terapia da fala	
Referir inadequação de edifício residencial ao serviço social	
Referir rendimentos insuficientes ao serviço social	
Vigiar o desenvolvimento psicomotor da criança	

4 - PROGRAMA DE NÚCLEO LOCAL INSERÇÃO

A enfermeira de Saúde Comunitária, quando representa a Saúde no Acordo de Inserção, avalia de forma pro-ativa, o comportamento de procura de saúde e adesão à vacinação, dos beneficiários de RSI e seu agregado familiar. Identifica as necessidades de saúde, fazendo a articulação com a equipa da USF/UCSP.

Identifica as necessidades de educação para a saúde no âmbito da UCC, nomeadamente a frequência de Curso Preparação para a Maternidade, Saúde Oral, etc.

4.1- CONTATOS DE REUNIÕES DE NLI e SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- Registrar na vertente “Comunidade” em NLI,
- Associar os Programas de:
 - Saúde Comunitária – pois é intervenção em grupo
- Associar os Fenómenos de acordo com sessões em curso:

Adesão à vacinação
Comportamento de adesão
Comportamento de procura de saúde
Desenvolvimento Infantil
Gestão comunitária
Papel Parental
Uso de contraceptivos

➤ Associar as Intervenções:

Disponibilizar prestação de serviços na comunidade	
Gerir comunicação (se dinamizou a reunião)	Nº participantes em cada sessão, presença de pais, temas discutidos
Informar sobre direitos sociais	
Informar sobre serviços de saúde	
Optimizar comunicação (se participou na reunião)	Nº participantes em cada sessão, presença de pais, temas discutidos
Orientar a pessoa para serviços médicos	
Supervisar adesão à vacinação	
Ensinar sobre comportamento de adesão	
Ensinar sobre planeamento familiar	

4.2 CONTATO INDIVIDUAL

- Registrar na vertente “Utente” no nome do beneficiário de RSI ou seu familiar
- Associar os Programas de:
 - Saúde Infantil, Saúde Adulto ou Idoso, consoante a idade
 - Planeamento Familiar (se for caso disso)
 - Saúde Materna(se for caso disso)
- Associar os Fenómenos se ainda não estão associados:

Adesão à vacinação
Comportamento de procura de saúde
Comportamento de adesão
Desenvolvimento Infantil
Papel Parental
Uso de contraceptivos

➤ Associar as Intervenções:

Ensinar sobre vacinação
Informar sobre Boletim de Saúde Infantil
Informar sobre serviços de saúde
Orientar a pessoa para serviços médicos
Supervisar adesão à vacinação
Informar sobre direitos sociais
Disponibilizar prestação de serviços na comunidade
Orientar serviços saúde
Ensinar contraceptivos
Informar sobre serviços de saúde
Orientar a pessoa para serviços médicos

5 - PROGRAMA DE REDE SOCIAL

5.1 CONTATOS DE REUNIÕES

O programa da Rede Social envolve a participação no Conselho Local de Ação Social, Núcleo Executivo e grupos de trabalho temáticos para planeamento, implementação e avaliação de projetos comunitários em que a Saúde tem um papel fulcral.

- Registrar na vertente “Comunidade” em Rede Social,
- Associar os Programas de:
 - Saúde Comunitária – pois é intervenção em grupo
 - outros programas de acordo com o alvo dos projetos em curso, exº Ação Contra o Alcoolismo, se pretende criar respostas a este nível na comunidade, ou Dependentes quando se implementa um Banco de Produtos de Apoio
- Associar o Fenómeno:

Gestão comunitária

Poder-se-á associar outros fenómenos de acordo com projetos em curso...

➤ Associar as Intervenções:

Gerir comunicação (se dinamizou a reunião)	Nº participantes em cada sessão, temas discutidos
Otimizar comunicação (se participou na reunião)	Nº participantes em cada sessão, temas discutidos

6- PROGRAMA DE CPCJ

Poder-se ía fazer os registos seguindo a mesma linha da Intervenção Precoce. O contato com criança ou família registando na vertente utente, com local domicílio, telefone ou outro e as reuniões de discussão de caso ou reuniões da Comissão Alargada, na comunidade CPCJ.

Para manter o sigilo obrigatório nestas circunstâncias, registar aspetos genéricos próprios da Saúde Infantil, como papel parental ou desenvolvimento infantil.

7- PROGRAMA DE SAÚDE ESCOLAR

7.1 CONTATO INDIVIDUAL

7.1.1 Quando se promove a inclusão de uma criança com NSE, abordando a criança ou família.

- Registrar na vertente “Utente” no nome da criança
- Associar os Programas de:
 - Saúde infantil
 - PNSE: Inclusão Escolar (atualmente não é possível pois não está ativo)
- Associar os Fenómenos se ainda não estão associados:

Comportamento de procura de saúde
Comportamento de adesão
Desenvolvimento Infantil
Papel Parental

- Associar as Intervenções:

Informar sobre serviços de saúde
Orientar a pessoa para serviços médicos
Ensinar sobre sinais de alarme
Disponibilizar prestação de serviços na comunidade
Informar sobre direitos sociais
Informar sobre Boletim de Saúde Infantil

7.1.2 Quando se verifica o PNV

- Registrar na vertente “Utente” no nome da criança
- Associar os Programas de:
 - Saúde Infantil
- Associar os Fenómenos se ainda não estão associados:

Adesão à vacinação

- Associar as Intervenções:

Ensinar sobre vacinação
Supervisar adesão à vacinação
Orientar a pessoa para serviços saúde

7.1.3 Quando se atende no gabinete de Apoio ao Aluno

- Registrar na vertente “Utente” no nome da criança
- Associar os Programas de:
 - Saúde de Adolescentes
- Associar os Fenómenos se ainda não estão associados:

Comportamento de procura de saúde
Bem-estar psicológico

- Associar as Intervenções:

Escuta ativa...
Informar...

Uma vez que foi garantido ao adolescente o sigilo absoluto, poder-se-ia fazer um registo genérico.

7.2 CONTATOS DE SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

- Registrar na vertente “Comunidade” escolhendo o estabelecimento de ensino envolvido,
- Associar os Programas de acordo com a temática da sessão:
 - PNSE: Estilos de vida saudável,
 - PNPSO
 - PNSE: Inclusão Escolar (quando sessões para promover inclusão de aluno, ex^o diabetes ao pessoal docente e não docente)
 - Saúde Comunitária – pois é intervenção em grupo
- Associar os Fenómenos se ainda não estão associados:

Comportamento de procura de saúde
Gestão regime terapêutico
Uso contraceptivos
Infeção
Gestão comunitária

- Associar as Intervenções:

Gerir comunicação (se dinamizou a reunião)	Nº participantes em cada sessão, presença de pais, temas discutidos
Otimizar comunicação (se participou na reunião)	Nº participantes em cada sessão, presença de pais, temas discutidos
Informar sobre serviços de saúde	
Orientar a pessoa para serviços médicos	

7.3 – CONTATOS DE REUNIÕES DE PLANEAMENTO, DISCUSSÃO CASO E AVALIAÇÃO PROGRAMA

- Registrar na vertente “Comunidade” escolhendo o estabelecimento de ensino envolvido,
- Associar os Programas de acordo com a temática da sessão:
 - PNSE: Estilos de vida saudável,
 - PNPSOral
 - PNSE: Inclusão Escolar (quando sessões para promover inclusão de aluno, ex^o diabetes ao pessoal docente e não docente)
 - Saúde Comunitária – pois é intervenção em grupo
- Associar os Fenómenos se ainda não estão associados:

Comportamento de procura de saúde
Gestão regime terapêutico
Uso contraceptivos
Infeção
Gestão comunitária

- Associar as Intervenções:

Gerir comunicação (se dinamizou a reunião)	Nº participantes em cada sessão, presença de pais, temas discutidos
Optimizar comunicação (se participou na reunião)	Nº participantes em cada sessão, presença de pais, temas discutidos

8-PROGRAMA DO NÚCLEO DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

8.1 CONTATOS DE REUNIÕES DE NACJR

O NACJR é um suporte aos outros profissionais de saúde no âmbito das crianças em risco. Quando recebe uma sinalização, deve ir avaliar a situação e discuti-la posteriormente em reunião, para se estabelecer o plano de atuação.

- Registrar na vertente “Comunidade” em NACJR,
- Associar os Programas de:
 - Saúde Infantil – para aproveitar os fenómenos standartizados,
 - Saúde Comunitária – pois é intervenção em grupo
- Associar os Fenómenos se ainda não estão associados:

Comportamento de procura de saúde
Comportamento de adesão
Desenvolvimento Infantil
Papel Parental
Gestão comunitária

- Associar as Intervenções:

Gerir comunicação (se dinamizou a reunião)	Nº participantes em cada sessão, presença de pais, temas discutidos
Optimizar comunicação (se participou na reunião)	Nº participantes em cada sessão, presença de pais, temas discutidos
Informar sobre direitos sociais	
Informar sobre icterícia fisiológica do recém-nascido	
Informar sobre serviços de saúde	
Orientar a pessoa para serviços médicos	

8.2 CONTATO INDIVIDUAL

Nos contatos de avaliação da situação ou de intervenção, deve-se de acordo com a problemática seguir o Programa da Saúde Infantil:

- Registrar na vertente “Utente” no nome da criança
- Associar os Programas de:
 - Saúde Infantil – para aproveitar os fenómenos standartizados,
- Associar os Fenómenos se ainda não estão associados:

Adesão à vacinação
Comportamento de procura de saúde
Comportamento de adesão
Desenvolvimento Infantil
Papel Parental

- Associar as Intervenções:

Ensinar sobre sinais de alarme
Ensinar sobre vacinação
Explicar nova fase do ciclo de vida da família
Informar sobre Boletim de Saúde Infantil
Informar sobre serviços de saúde
Orientar a pessoa para serviços médicos
Supervisar adesão à vacinação
Disponibilizar prestação de serviços na comunidade
Informar sobre características do recém-nascido
Informar sobre direitos sociais
Informar sobre icterícia fisiológica do recém-nascido
Informar sobre perda de peso fisiológica do recém-nascido
Informar sobre serviços de saúde
Instruir os pais sobre como posicionar o recém-nascido
Orientar a pessoa para serviços médicos


ANEXO VIII

QUESTIONÁRIO 1.1 e QUESTIONÁRIO 1.2

Quadro D - Esquema da abordagem aos alunos do 8º ano – Questionário 1.1

População	Justificação	Dimensão/domínios	Itens a avaliar	Tipo de Pergunta	Nº do item
As 12 turmas do 8º ano, das 3 escolas do concelho	<p>Termina ciclo de 6 sessões desenvolvidas no 6º e 8º ano, pelas enfermeiras especialistas de Enfermagem Comunitária</p> <p>Temas</p> <ul style="list-style-type: none"> - relações interpessoais, - mudanças na adolescência, - sexualidade -prevenção comportamentos risco 	Caraterização dos inquiridos	-idade -género	Aberta para a idade e fechada para o género	
		Relevância e adequação	- Utilidade dos conteúdos	Fechada com as opções "Concordo" e "Não Concordo"	1
		Competência técnica	-Adequação das estratégias		2
		Satisfação			
		Compreensão	- Relações interpessoais, afetos, valores	Fechada com as opções "Verdadeiro" e "Falso"	3
		Impacto	- Noção de risco e sentido crítico		4
		Informação de saúde	- Contracetivo de emergência		5
			- Prevenção de IST		6 e 7
			- Tomada de decisão		8 e 9
			- Tomada de decisão e consumos nocivos		9
	Sustentabilidade do programa	Sugestões para os próximos anos	Aberta	10	
	Controlo de decisão				
	Participação				

QUESTIONÁRIO 1.1

	<h1 style="margin: 0;">AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</h1>
---	--

Idade

Rapariga

Rapaz

		Concordo	Não Concordo
1	As sessões fizeram-me refletir em assuntos que podem ser úteis na minha vida	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	As estratégias utilizadas (jogos, power point, etc...) ajudaram-me a compreender estes temas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		VERDADEIRO	FALSO
3	Para ter boas relações com as outras pessoas, temos de ter: respeito, amizade/amor e empatia (pôr-se no lugar do outro)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	Eu sei que não corro riscos se fizer o que a maioria dos meus colegas faz	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	A pílula de emergência (do dia seguinte) pode-se tomar muitas vezes na vida pois não faz mal à saúde	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	O preservativo é o único método contraceutivo que também previne das infeções sexualmente transmissíveis (IST)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	Todas as pessoas com infeções sexualmente transmissíveis (IST) têm aspeto de doentes.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	Sempre que tomamos uma decisão na nossa vida, temos de estar preparados para assumir as consequências.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	Quando uma pessoa está sob o efeito de álcool ou drogas consegue sempre tomar decisões responsáveis.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	Sugestões para os próximos anos:	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	

QUESTIONÁRIO 1.2

Questionário antes da sessão

Idade _____
 Sexo M _____ F _____
 Experiência com tabaco Sim _____ Não _____
 Fumaste na ultima semana? Sim _____ Não _____
 Os teus pais são fumadores? Sim _____ Não _____
 Se sim, fumam ao pé dos filhos? Sim _____ Não _____

Questionário após sessão

Pensas experimentar fumar? Sim _____ Não _____
 Se já fumas pensas continuar? Sim _____ Não _____
 Vais passar esta informação aos familiares fumadores? Sim _____ Não _____
 Vais dissuadi-los de continuar a fumar? Sim _____ Não _____
 Vais proteger-te dos fumadores? Sim _____ Não _____

ANEXO IX

TABELAS E QUADRO REFERENTES AOS DADOS DO QUESTIONÁRIO 1.1

TABELAS DO QUESTIONÁRIO 1.1

Tabela A - Distribuição dos alunos do 8.º ano segundo a idade

Idade	Nº	%
12	1	0,47
13	78	36,97
14	87	41,23
15	34	16,11
16	8	3,79
17	1	0,47
NR	2	0,95
Total	211	100

Tabela B- Distribuição dos alunos do 8.º ano segundo o género

Género	Nº	%
Feminino	112	53,08
Masculino	98	46,45
NR	1	0,47
Total	211	100

Tabela C - Distribuição das respostas do item (1) sobre a concordância com a utilidade dos conteúdos abordados nas sessões

Utilidade dos conteúdos	Nº	%
Concordo	206	97,63
Não Concordo	4	1,90
NR	1	0,47
Total	211	100

Tabela D - Distribuição das respostas do item (2) sobre a concordância com a adequação das estratégias utilizadas nas sessões

Adequação das estratégias	Nº	%
Concordo	204	96,68
Não Concordo	6	2,85
NR	1	0,47
Total	211	100

Tabela E - Distribuição das respostas do item (3) sobre as relações interpessoais, os afectos e valores

Respostas	Nº	%
Certas	207	98,10
Erradas	3	1,42
NR	1	0,47
Total	211	100

Tabela F- Distribuição das respostas do item (4) sobre a noção do risco/sentido crítico

Respostas	Nº	%
Certas	190	90,05
Erradas	19	9,00
NR	2	0,95
Total	211	100

Tabela G - Distribuição das respostas do item (5) sobre contraceptivo de emergência

Respostas	Nº	%
Certas	192	91,00
Erradas	18	8,53
NR	1	0,47
Total	211	100

Tabela H - Distribuição das respostas do item (6) sobre prevenção de IST - preservativo

Respostas	Nº	%
Certas	149	70,62
Erradas	61	28,91
NR	1	0,47
Total	211	100

Tabela I - Distribuição das respostas do item (7) sobre prevenção de IST - seropositividade assintomática

Respostas	Nº	%
Certas	181	85,78
Erradas	29	13,74
NR	1	0,47
Total	211	100

Tabela J- Distribuição das respostas do item (8) sobre tomada de decisão

Respostas	Nº	%
Certas	206	97,63
Erradas	3	1,42
NR	2	0,95
Total	211	100

Tabela K - Distribuição das respostas do item (9) sobre tomada de decisão e consumos nocivos

Respostas	Nº	%
Certas	204	96,68
Erradas	5	2,37
NR	2	0,95
Total	211	100

Quadro E - Análise de conteúdo das respostas sobre sugestões para os próximos anos

Categorias	Subcategorias	Exemplos de Unidades Registo	Unidades de Enumeração
Estratégia	Manter a estratégia existente	"Volte a dar estas aulas, pois apesar da informação toda que existe ainda há muitos adolescentes e adultos que cometem erros por falta de informação" "Continuar com o mesmo método". "Continuar assim".	21
	Intensificar as sessões	"Ter mais aulas e mais divulgação dos apoios existentes". "Mais sessões." "Mais sessões e regulares."	19
	Outros aspetos	"Mais tempo de intervalo." "Horário mais estruturado, sessões em falta".	2
Metodologia de formação	Dinâmicas de grupo	"Mais jogos". "Mais interatividade". "Jogos com a enfermeira".	23
	Demonstrações	"Como se usa preservativo". "Mais atividades práticas". "Demonstrações".	15
	Multimédia	"Filmes e animações". "Mais filmes de demonstrações." "Mais atividades e mais imagens em <i>power-point</i> ".	8
	Distribuição de métodos contraceptivos	"Oferecer preservativo". "Mais preservativos". "Mais preservativos, pilulas."	4
	Distribuição de folhetos	"Distribuição de panfletos".	1
Conteúdos	Dentro da temática	"Falar sobre doenças e os tratamentos destas". "Pilula do dia seguinte". "Trabalhar mais o desenvolvimento das relações." "Aprofundar mais o tema relações sexuais dentro do mesmo sexo".	7
	Outros temas	"Gravidez". "Gravidez na adolescência". "Obesidade". "Coisas mais adultas". "Mais temas".	4 2 1 1 1

ANEXO X

TABELAS REFERENTES AOS DADOS DO QUESTIONÁRIO 1.2

TABELAS DO QUESTIONÁRIO 1.2

Tabela L - Distribuição dos alunos do 5.º e 7º anos segundo a idade

Idade	Nº	%
10	141	27,38
11	114	22,14
12	117	22,72
13	99	19,22
14	32	6,21
15	8	1,55
16	2	0,39
NR	2	0,39
Total	515	100

Tabela M - Distribuição dos alunos do 5.º e 7º anos segundo o género

Género	Nº	%
Feminino	237	46,02
Masculino	276	53,59
NR	2	0,39
Total	515	100

Tabela N - Distribuição das respostas de acordo com a experiência com tabaco

Respostas	Nº	%
Sim	60	11,65
Não	453	87,96
NR	2	0,39
Total	515	100

Tabela O- Distribuição dos alunos com experiência com tabaco segundo a idade

Idade	Nº	%
10	7	11,67
11	11	18,33
12	12	20
13	20	33,33
14	9	15
15	1	1,67
Total	60	100

Tabela P - Distribuição das respostas à questão "Vais passar esta informação aos familiares fumadores?"

Respostas	Nº	%
Sim	444	86,21
Não	51	9,9
NR	20	3,88
Total	515	100

Tabela Q- Distribuição das respostas à questão "Vais dissuadi-los de continuar a fumar?"

Respostas	Nº	%
Sim	301	58,45
Não	175	33,98
NR	39	7,57
Total	515	100

Tabela R - Distribuição das respostas à questão "Vais proteger-te dos fumadores?"

Respostas	Nº	%
Sim	483	93,79
Não	27	5,24
NR	5	0,97
Total	515	100

ANEXO XI – QUESTIONÁRIO 3

Caraterização do inquirido					
Grupo profissional a que pertence (assinale com um X)					
Assistente Operacional					
Assistente Técnico					
Enfermeiro					
Médico					
Técnico					
Que profissionais da UCC já contactou? (assinale com X)					
Assistente técnica (funcionária administrativa)					
Cardiopneumologista (colabora nas sessões de educação para a saúde nas escolas e faz exames noutras unidades)					
Enfermeira (s)					
Fisioterapeuta					
Higienista Oral					
Médico					
Psicóloga					
Técnica de Serviço Social (assistente social na equipa em 2011)					
Terapeuta Ocupacional					
Quais os programas da UCC que tem conhecimento? (assinale com X)					
Classes de Mobilidade de Fisioterapia (intervenção em grupo de utentes)					
Classes de Mobilidade de Terapia Ocupacional (intervenção em grupo de utentes)					
Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (antiga Comissão de Proteção de Menores)					
Cuidados Continuados Integrados/Visita Domiciliária					
Curso de Preparação para a Maternidade					
Educação Parental					
Encontros de Saúde Materna e Infantil - Recuperação Pós parto					
Intervenção Precoce na Infância					
Núcleo Local de Inserção (beneficiários de Rendimento Social de Inserção)					
Rede Social (Comissões Sociais de Freguesia, Banco de Produtos de Apoio, Banco de Voluntariado, Alcoólicos Anónimos)					
Saúde Escolar					
Saúde Oral nas escolas					
De acordo com a sua experiência, qual a sua opinião relativamente a ... (assinale com X a resposta mais adequada)					
	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Sem opinião	Satisfeito	Muito satisfeito
Localização das instalações da UCC ser em Vila Chã de Ourique					
Remodelação das instalações para a atividade da UCC					
Limpeza das instalações					
Conforto e segurança das instalações					
Acesso às instalações					
Horário de Funcionamento das 8-20h nos dias úteis e 9-17h fins de semana e feriados					
Atendimento de utentes de todo o concelho					
O tempo de espera relativamente a pedidos feitos à UCC					
Formas de contato com profissionais (telefone, mail, presencial, correio...)					
Atendimento telefónico					
Relação com as diversas instituições da comunidade					
Relação com as outras unidades de saúde					

De acordo com a sua experiência, qual a sua opinião relativamente aos vários serviços ou programas da UCC? (Se não conhece o serviço assinala "Sem opinião".)					
Relativamente ao Programa de Cuidados Continuados e Visita Domiciliária	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Sem opinião	Satisfeito	Muito satisfeito
No encaminhamento para unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados					
A manter ou melhorar os movimentos (a vestir-se, a sentar-se, a alimentar-se...)					
Na prevenção de complicações como úlceras de pressão (escaras), desidratação,					
No tratamento de feridas					
No controlo de sintomas como dor, vómitos, ...					
No ensino e controlo da medicação					
Na disponibilidade para ajudar o cuidador nas suas dificuldades					
Na prevenção da exaustão do cuidador					
No envolvimento do utente e familiares nas decisões					
Na preparação dos familiares e doente em fase final de vida					
No apoio no luto					
A manter ou melhorar os movimentos (a vestir-se, a sentar-se, a alimentar-se...)					
No equilíbrio					
No bem-estar					
Relativamente às Classes de Mobilidade de Terapia Ocupacional	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Sem opinião	Satisfeito	Muito satisfeito
A manter ou melhorar os movimentos (a vestir-se, a sentar-se, a alimentar-se...)					
Na qualidade de vida					
Relativamente ao Programa de Intervenção Precoce na Infância	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Sem opinião	Satisfeito	Muito satisfeito
Com o equipamentos da sala de estimulação precoce					
Na preocupação dos profissionais de saúde da UCC com o desenvolvimento das crianças					
Na relação com o gestor de caso (responsável pelo processo da criança)					
No envolvimento da família na realização do Plano Individual de Intervenção Precoce					
Relativamente ao Curso de Preparação para a Maternidade	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Sem opinião	Satisfeito	Muito satisfeito
Na preocupação dos profissionais de saúde da UCC com o bem-estar da grávida					
Na preocupação com o envolvimento do pai do bebé ou outra pessoa significativa					
Com os conteúdos do curso (o que se aprendeu)					
Com as estratégias de abordagem (forma como foi explicado)					
Relativamente aos Encontros de Saúde Materna e Infantil - Recuperação pós parto	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Sem opinião	Satisfeito	Muito satisfeito
Preocupação dos profissionais de saúde da UCC com o bem estar da puérpera e do recém-nascido					
Preocupação envolvimento do pai do bebé ou outra pessoa significativa					
Conteúdos do curso (o que se aprendeu)					
Com as estratégias de abordagem (forma como foi explicado)					

De acordo com a sua experiência, qual a sua opinião relativamente aos vários serviços ou programas da UCC? (Se não conhece o serviço assinale “Sem opinião”).					
Relativamente à Educação Parental	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Sem opinião	Satisfeito	Muito satisfeito
Contributo para o bem-estar da família					
Contributo para bem-estar individual					
Com ferramentas abordadas (elogio, atenção positiva, ignorar...)					
Desempenho do profissional da UCC como dinamizador das sessões					
Relativamente à Saúde Escolar	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Sem opinião	Satisfeito	Muito satisfeito
Estratégia de abordagem e conteúdos nas sessões de educação para a saúde no pré escolar (alimentação, saúde oral)					
Estratégia de abordagem e conteúdos nas sessões de educação para a saúde no 1º ciclo (alimentação, saúde oral)					
Estratégia de abordagem e conteúdos nas sessões de educação para a saúde no 5º ano (prevenção tabagismo)					
Estratégia de abordagem e conteúdos nas sessões de educação para a saúde no 6º ano (relações interpessoais, mudanças na adolescência, sexualidade, prevenção de comportamentos de risco)					
Estratégia de abordagem e conteúdos nas sessões de educação para a saúde no 8º ano (relações interpessoais, sexualidade, prevenção de comportamentos de risco)					
Apoio na inclusão de alunos com Necessidades de Saúde Especiais (encaminhamentos, formação aos docentes e não docentes sobre diabetes)					
Saúde oral (rastreios, articulação para cheques dentistas e higienista oral...)					
Intervenção semanal no gabinete de apoio ao aluno (enfermeira e psicóloga)					
Participação no Conselho Municipal de Educação					
Participação no Conselho Geral de Escola ou Agrupamento					
Relativamente à Rede Social	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Sem opinião	Satisfeito	Muito satisfeito
Preocupação na dinamização de projetos p responder aos problemas de saúde da população concelhia					
Preocupação de envolver a comunidade no planeamento, execução e avaliação dos projetos					
Participação das enfermeiras de Saúde Comunitária nas reuniões/grupos de trabalho					
Relativamente ao Núcleo Local de Inserção (acompanhamento dos beneficiários RSI)	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Sem opinião	Satisfeito	Muito satisfeito
Preocupação dos profissionais de saúde da UCC com a saúde dos beneficiários e suas famílias					
Conteudos das sessões de educação para a saúde					
Estratégias de abordagem nas sessões de educação para a saúde					
Participação das enfermeiras de saúde comunitária nas reuniões					
Relativamente à Comissão de Protecção de Crianças e Jovens (antiga Comissão de Protecção de Menores)	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Sem opinião	Satisfeito	Muito satisfeito
Preocupação dos profissionais de saúde da UCC com o bem-estar da criança					
Desempenho dos profissionais da UCC como gestor de caso (responsável pelo processo da criança)					

De acordo com a sua experiência, qual a sua opinião sobre as <u>mais-valias (benefícios)</u> que a UCC trouxe à comunidade?	Concordo	Não concordo
A proximidade e prontidão de resposta dos profissionais da UCC, evita o recurso a outros serviços de saúde		
Esta organização dos cuidados domiciliários e comunitários permite maior proximidade das pessoas, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade		
Outras mais-valias são:		
6 - Recomendaria os serviços desta UCC a familiares ou amigos, caso necessitassem de cuidados	Sim	Não

7- De acordo com os critérios definidos na Circular Normativa 7/2010 de 2/2/2010, as pessoas/famílias a referenciar para Visita Domiciliária da UCC, são: (assinale com um X)	Sim	Não
Grávidas, recém-nascidos e puérperas com risco psicossocial		
Todos os recém-nascidos e puérperas		
Pessoa dependente com dispositivos que necessitem de apoio domiciliário em horário alargado semanal (exemplo: algália, sonda para alimentação, etc.)		
Pessoa dependente com frequência de prestação de cuidados domiciliários superiores a uma vez por dia		
Pessoas, famílias e grupos de maior vulnerabilidade		
Pessoa dependente com necessidade de cuidados domiciliários a residir fora da área de abrangência da sua USF/UCSP		
Pessoa dependente com necessidade de cuidados domiciliários além do horário da USF/UCSP		
Pessoa dependente com prestação de cuidados domiciliários exceda a 1h30/dia e pelo menos 3		
Pessoa dependente que requeira grau de diferenciação que exceda a equipa da USF/UCSP		
Pessoas acamadas independentemente do tipo de cuidados		
Pessoas em fase final de vida		
Que sugestões propõe para melhorar a <u>qualidade dos cuidados de saúde</u> desta Unidade?		

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Caros colegas

Após dois anos de atividade das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), surgem questões como:

Que visibilidade tem a UCC?

Que mais-valias, trazem as UCC para a comunidade?

De modo a contribuir para a resposta destas questões, estou a desenvolver um estudo, através da metodologia de trabalho de projeto, inserido no 2º Mestrado de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Existe a preocupação em avaliar a satisfação global dos utentes e qual a visibilidade da UCC na comunidade. Desta forma gostaríamos de saber, qual a sua opinião, sobre o funcionamento e o trabalho desenvolvido pela UCC Cartaxo, tendo em conta as necessidades e expetativas dos utentes.

Assim, venho solicitar a sua colaboração respondendo de forma anónima, a algumas perguntas, **agradecendo a sua sinceridade**, pois o seu contributo será fundamental para a melhoria do nosso desempenho.

Instruções:

- ✓ É solicitada a sua opinião sobre se está satisfeito ou não com os vários serviços ou programas da UCC. Responda só nos que já teve contato, caso contrário assinale “Sem opinião”.
- ✓ A opinião solicitada refere-se apenas ao trabalho desenvolvido pelos profissionais no âmbito da UCC, pois alguns prestam cuidados noutras Unidades de Saúde.
- ✓ No final tem um espaço livre onde poderá escrever as suas sugestões e opiniões.
- ✓ Os profissionais que colaboram com a UCC a tempo parcial, respondem “Sem opinião” nos itens que fazem referência à sua atividade.

Muito Obrigada pela sua colaboração

Em caso de dúvida estou ao dispor

Albertina Mendonça

ANEXO XII

ITENS PARA CONHECER A OPINIÃO SOBRE A SATISFAÇÃO E MAIS-VALIAS

ITENS PARA CONHECER OPINIÃO SOBRE A SATISFAÇÃO NOS VÁRIOS PROGRAMAS

Quadro F - Itens para conhecer a opinião dos inquiridos relativamente à satisfação global com a UCC

1	Localização das instalações da UCC ser em Vila Chã de Ourique
2	Remodelação das instalações para a atividade da UCC
3	Limpeza das instalações
4	Conforto e segurança das instalações
5	Acesso às instalações
6	Horário de Funcionamento das 8-20h nos dias úteis e 9-17h fins-de-semana e feriados
7	Atendimento de utentes de todo o concelho
8	O tempo de espera relativamente a pedidos feitos à UCC
9	Formas de contato com profissionais (telefone, mail, presencial, correio...)
10	Atendimento telefónico
11	Relação com as diversas instituições da comunidade
12	Relação com as outras unidades de saúde
13	Recomendaria os serviços desta Unidade a familiares ou amigos, caso necessitassem de cuidados

Quadro G - Itens para conhecer a opinião sobre a satisfação dos inquiridos relativamente ao Programa de Cuidados Continuados Integrados e Visita Domiciliária

1	No encaminhamento para unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	Competência técnica
2	A manter ou melhorar os movimentos (a vestir-se, a sentar-se, a alimentar-se...)	Resultado/ganhos em saúde a
3	Na prevenção de complicações como úlceras de pressão (escaras), desidratação, etc.	Informação de saúde
4	No tratamento de feridas	Competência técnica
5	No controlo de sintomas como dor, vômitos, ...	Competência técnica
6	No ensino e controlo da medicação	Informação de saúde
7	Na disponibilidade para ajudar o cuidador nas suas dificuldades	Apoio afetivo
8	Na prevenção da exaustão do cuidador	Apoio afetivo
9	No envolvimento do utente e familiares nas decisões	Controlo de decisão
10	Na preparação dos familiares e doente em fase final de vida	Apoio afetivo
11	No apoio no luto	Apoio afetivo

Quadro H - Itens para conhecer a opinião sobre a satisfação dos inquiridos relativamente às Classes de Mobilidade de Fisioterapia

1	A manter ou melhorar os movimentos (a vestir-se, a sentar-se, a alimentar-se)	Resultado/ganhos em saúde
2	No equilíbrio	Resultado/ganhos em saúde
3	No bem-estar	Resultado/ganhos em saúde

Quadro I - Itens para conhecer a opinião sobre a satisfação dos inquiridos relativamente às Classes de Mobilidade de Terapia Ocupacional

1	A manter ou melhorar os movimentos (a vestir-se, a sentar-se, a alimentar-se)	Resultado/ganhos em saúde
2	Na qualidade de vida	Resultado/ganhos em saúde

Quadro J - Itens para conhecer a opinião sobre a satisfação dos inquiridos relativamente ao Programa de Intervenção Precoce na Infância

1	Com o equipamento da sala de estimulação precoce	Estrutura
2	Na preocupação dos profissionais de saúde da UCC com o desenvolvimento das crianças	Apoio afetivo
3	Na relação com o gestor de caso (responsável pelo processo da criança)	Apoio afetivo
4	No envolvimento da família na realização do Plano Individual de Intervenção Precoce	Controlo de decisão

Quadro K - Itens para conhecer a opinião sobre a satisfação dos inquiridos relativamente ao Curso de Preparação para a Maternidade e Encontros de Saúde Materna e Infantil - Recuperação pós parto

1	Na preocupação dos profissionais de saúde da UCC com o bem-estar da grávida/puérpera e recém-nascido	Apoio afetivo
2	Na preocupação com o envolvimento do pai do bebé ou outra pessoa significativa	Apoio afetivo
3	Com os conteúdos do curso	Informação de saúde
4	Com as estratégias de abordagem	Competência técnica

**Quadro L - Itens para conhecer a opinião sobre a satisfação dos inquiridos
relativamente ao Programa de Educação Parental**

1	Contributo para o bem-estar da família	Resultado/ganhos em saúde
2	Contributo para bem-estar individual	Resultado/ganhos em saúde
3	Com ferramentas abordadas (elogio, atenção positiva, ignorar...)	Informação de saúde
4	Desempenho do profissional da UCC como dinamizador das sessões	Competência técnica

**Quadro M- Itens para conhecer a opinião sobre a satisfação dos inquiridos
relativamente ao Programa de Saúde Escolar**

1	Estratégia de abordagem e conteúdos nas sessões de educação para a saúde no pré-escolar (alimentação, saúde oral)	Competência técnica e informação de saúde
2	Estratégia de abordagem e conteúdos nas sessões de educação para a saúde no 1º ciclo (alimentação, saúde oral)	Competência técnica e informação de saúde
3	Estratégia de abordagem e conteúdos nas sessões de educação para a saúde no 5º ano (prevenção tabagismo)	Competência técnica e informação de saúde
4	Estratégia de abordagem e conteúdos nas sessões de educação para a saúde no 6º ano (relações interpessoais, mudanças na adolescência, sexualidade, prevenção de comportamentos de risco)	Competência técnica e informação de saúde
5	Estratégia de abordagem e conteúdos nas sessões de educação para a saúde no 8º ano (relações interpessoais, sexualidade, prevenção de comportamentos de risco)	Competência técnica e informação de saúde
6	Apoio na inclusão de alunos com Necessidades de Saúde Especiais (encaminhamentos, formação aos docentes e não docentes sobre diabetes)	Satisfação global
7	Saúde oral (rastreios, articulação para cheques dentistas e higienista oral...)	Satisfação global
8	Intervenção semanal no gabinete de apoio ao aluno (enfermeira e psicóloga)	
9	Participação no Conselho Municipal de Educação	Satisfação global
10	Participação no Conselho Geral de Escola ou Agrupamento	Satisfação global

**Quadro N - Itens para conhecer a opinião sobre a satisfação dos inquiridos
relativamente à intervenção no Programa da Rede Social**

1	Preocupação na dinamização de projetos p responder aos problemas de saúde da população concelhia	Apoio afetivo
2	Preocupação de envolver a comunidade no planeamento, execução e avaliação dos projetos	Controlo de decisão
3	Participação das enfermeiras de Saúde Comunitária nas reuniões/grupos de trabalho	Competência técnica

**Quadro O - Itens para conhecer a opinião sobre a satisfação dos inquiridos
relativamente à intervenção no Núcleo Local de Inserção**

1	Preocupação dos profissionais de saúde da UCC com a saúde dos beneficiários e suas famílias	Apoio afetivo
2	Conteúdo das sessões de educação para a saúde	Informação de saúde
3	Estratégia de abordagem nas sessões de educação para a saúde	Competência técnica
4	Participação das enfermeiras de saúde comunitária nas reuniões	Competência técnica

**Quadro P- Itens para conhecer a opinião sobre a satisfação dos inquiridos
relativamente à intervenção na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens**

1	Preocupação dos profissionais de saúde da UCC com o bem-estar da criança	Apoio afetivo
2	Desempenho dos profissionais da UCC como gestor de caso (responsável pelo processo da criança)	Competência técnica

Quadro Q - Itens sobre a opinião acerca das mais-valias que a UCC trouxe à comunidade

1	A proximidade e prontidão de resposta dos profissionais da UCC, evita o recurso a outros serviços de saúde
2	Esta organização dos cuidados domiciliários e comunitários permite maior proximidade das pessoas, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade
3	Outras mais-valias

ANEXO XIII

CIRCULAR NORMATIVA 7/2010
E CRITÉRIOS DE REFERENCIAÇÃO PARA VISITA DOMICILIÁRIA DA UCC

CIRCULAR
NORMATIVA

ARSLVT
Administração Regional de Saúde
de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.
ACES RIBATEJO



N.º 7/2010
Data 02/02/2010

Para: - Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Técnicos Superiores de Saúde;
- UCC, USF, UCSP, USP, URAP

Assunto: **Orientação Técnica nº 7 do Conselho Clínico**
- Visita Domiciliária: critérios e articulação USF/UCSP e UCC/Cuidados Continuados Integrados

A visita domiciliária (VD) é seguramente das áreas fundamentais para o cumprimento da missão dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). A entrada em funcionamento das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) no ACES Ribatejo, implica, necessariamente clarificação de áreas de actuação e adequada articulação entre as várias unidades do ACES.

Dada a especificidade da actividade da VD em CSP, a existência de orientações nacionais nesta matéria (nomeadamente o decreto-lei 101/2006; despacho nº 10143/2009; documento da MCSP: "Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários – carteira de serviços"; despacho nº 19 040/2006), a existência da RNCCI, e a entrada em funcionamento de várias UCC, o Conselho Clínico do ACES Ribatejo, em consonância com o disposto no art.º 26º, alínea b) do Decreto – Lei nº 28/2008, emite as seguintes orientações para a visita domiciliária:

Enquadramento geral:

A VD em CSP é competência do ACES Ribatejo, independentemente da unidade funcional (USF / UCSP ou UCC) que a operacionalize.

O médico de família é o responsável pelo acompanhamento médico domiciliário, quer o utente tenha critérios para VD de enfermagem da USF / UCSP, quer o utente tenha critérios para VD de enfermagem da UCC.

As VD a efectuar pelos enfermeiros das USF / UCSP serão todas as que não tenham critérios para inclusão nas UCC.

Quando o utente deixar de necessitar de cuidados de enfermagem prestados pela UCC, estes voltarão a ser da responsabilidade dos enfermeiros da USF / UCSP. (ver critérios de inclusão da VD no âmbito da UCC)

As USF / UCSP e UCC devem articular entre si, para a prossecução deste objectivo, sendo o coordenador da UCC o interlocutor desejável com os elementos das USF / UCSP.

Critérios de inclusão da VD no âmbito das UCC:

Aspectos gerais:

A população – alvo para a VD pela UCC deve ser sempre um utente/doente dependente, isto é, pessoa em situação de perda de autonomia; os níveis de dependência poderão ser de diversos tipos, mas de forma global pode dizer-se que poderá ser:

- Pessoa com dependência funcional (avaliação clínica);
- Pessoa idosa com critérios de fragilidade (pessoa em situação de dependência, com incapacidade para desenvolver as actividades instrumentais e básicas da vida diária - AVD);
- Pessoa com doença crónica evolutiva e dependência funcional grave por doença física ou psíquica, progressiva ou permanente;
- Pessoa que sofra de uma doença em situação terminal e esteja dependente

Notas:

- o critério fundamental para inclusão não é propriamente o da patologia, nem da cronicidade da doença, mas da existência de dependência com i) critérios de intensidade de apoio domiciliário ou ii) gravidade da dependência.
- um doente crónico (ex. diabético), que tenha apoio social e necessite de cuidados domiciliários que não ultrapassem os critérios de intensidade e/ou gravidade abaixo indicados, será da responsabilidade da USF.

Aspectos práticos:

O utente / doente a incluir no âmbito da VD pela UCC **deve ser sempre um utente / doente dependente** que preencha **um dos critérios enunciados** em A (Intensidade de cuidados a prestar), ou em B (doente com marcada dependência), em C (situações específicas com dispositivos), em D (utentes esporádicos), ou em E (grávidas, puérperas e RN de risco psico-social):

A. Pessoa em situação de dependência, mas cuja intensidade de cuidados a prestar seja:

- Frequência da prestação de cuidados domiciliários superior a uma vez por dia;
- Prestação de cuidados domiciliários que exceda 1h e 30 minutos por dia e pelo menos três dias por semana;
- Necessidades de cuidados domiciliários, para além dos dias úteis ou fora do horário de funcionamento das USF / UCSP;
- Necessidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação que exceda a equipa da USF / UCSP (por ex. fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional).

(Nota: apoio domiciliário de enfermagem, em todos os dias úteis, inferior a 1h 30 min, será da responsabilidade da USF / UCSP).

B. Pessoa com marcada dependência, independentemente da causa e idade:

- Pessoa acamada a maior parte do tempo e que dependa maioritariamente de terceiros para a realização das AVD, não abrangidas pelas USF / UCSP ou outra unidade funcional do CS (por exemplo sem médico de família atribuído) ou que, por doença, apresentem marcada impossibilidade (transitória/permanente) de se deslocar, autonomamente, para fora do seu domicílio.

C. Situações específicas com dispositivos que necessitem de apoio domiciliário em horário alargado semanal:

Embora nos doentes portadores de sonda nasogástrica ou outras sondas ou drenagens (ex. entubação endo – traqueal), o respectivo manuseamento poderá ser de carácter pontual, julga-se conveniente a disponibilização de potencial apoio ao longo dos sete dias da semana, pelo que se justifica serem da responsabilidade da UCC.

No entanto, no caso de doentes algaliados, se não houver critérios de dependência, a responsabilidade será prioritariamente das USF / UCSP, embora seja desejável uma cuidada articulação com as UCC.



D. Utentes esporádicos:

- Os utentes esporádicos e residentes fora da área de intervenção da sua USF/UCSP e que necessitem de qualquer tipo de intervenção no contexto domiciliário, o mesmo será assegurado pela UCC da respectiva área geográfica.

E. VD a grávidas, recém-nascidos e puérperas de risco psico-social:

Faz parte da carteira básica de serviços das USF/UCSP a visita aos recém-nascidos e puérperas com o objectivo de promover a saúde física, psíquica e social da família e identificar possíveis focos de distúrbio funcional, sobretudo nas grávidas primíparas, sendo estas as famílias prioritárias.

A identificação de grávidas, puerperas e recém nascidos em risco psico-social deverá ser referenciada para as UCC, que as trabalhará em estreita articulação com as USF/UCSP. Os critérios de referenciação serão:

- grávidas ou puérperas consumidoras ou inseridas em famílias com consumo regular de drogas/álcool por outros membros da família
- recém nascidos de puérperas consumidoras ou inseridas em famílias com consumo regular de drogas/álcool por outros membros da família
- violência domestica
- negligência na prestação de auto-cuidado
- gravidez não vigiada
- condições habitacionais degradantes
- grande múltipara com fracos recursos económicos (\geq a 4 filhos)
- idade materna \leq a 17 anos.

F. Critérios de inclusão da VD no âmbito das USF / UCSP:


Toda a VD de enfermagem, de âmbito curativo e/ou de promoção de saúde, é da competência dos enfermeiros da USF / UCSP.

A VD a grávidas, recém-nascidos e puérperas que não apresentam risco psico-social é da competência dos enfermeiros da USF / UCSP.

A VD a situações de dependência transitória por situações de doença aguda ou crónica, cujos critérios de intensidade ou gravidade não atinjam os apontados em A) e/ou B) é competência dos enfermeiros da USF / UCSP.

Toda a VD de carácter de longa duração que não preencha os critérios de intensidade ou gravidade referidos em A) e/ou B) é da responsabilidade dos enfermeiros da USF / UCSP.

A referenciação para a VD pelas UCC será efectuada pelas equipas das USF/UCSP, e eventualmente, pelas equipas hospitalares, por familiares ou prestadores informais, e parceiros da comunidade. Nestas três últimas situações a UCC deve dar sempre conhecimento e articular no necessário com as USF /UCSP.


António Lourenço
Presidente do Conselho Clínico

**Quadro R - Itens sobre os critérios de referência
de pessoas/famílias para a Visita Domiciliária da UCC**

1	Grávidas, recém-nascidos e puérperas com risco psicossocial
2	Todos os recém-nascidos e puérperas
3	Pessoa dependente com dispositivos que necessitem de apoio domiciliário em horário alargado semanal
4	Pessoa dependente com frequência de prestação de cuidados domiciliários superiores a uma vez por dia
5	Pessoas, famílias e grupos de maior vulnerabilidade
6	Pessoa dependente com necessidade de cuidados domiciliários a residir fora da área de abrangência da sua USF/UCSP
7	Pessoa dependente com necessidade de cuidados domiciliários além do horário da USF/UCSP
8	Pessoa dependente com prestação de cuidados domiciliários exceda a 1h30/dia e pelo menos 3 dias/semana
9	Pessoa dependente que requeira grau de diferenciação que exceda a equipa da USF/UCSP
10	Pessoas acamadas independentemente do tipo de cuidados
11	Pessoas em fase final de vida

ANEXO XIV

QUADROS E TABELAS REFERENTES AOS DADOS DO QUESTIONÁRIO 1.3,2 E 3

**Quadro S- Distribuição de questionários pré-teste
segundo a utilização dos programas de saúde**

Programas	Nº de questionários
Cuidados Continuados Integrados/Visita Domiciliária	7
Classes de Mobilidade	2
CPCJ	1
CPP e Encontros	3
Educação Parental	1
NLI	1
Total	15

**Tabela S- Distribuição dos clientes
segundo o escalão etário**

Escalões etários	Nº	%
15-19 Anos	0	0,00
20-24Anos	1	1,10
25-29 Anos	4	4,40
30-34 Anos	14	15,38
35-39 Anos	8	8,79
40-44 Anos	11	12,09
45-49 Anos	6	6,59
50-54 Anos	3	3,30
55-59 Anos	5	5,49
60-64 Anos	12	13,19
65-69 Anos	5	5,49
70-74 Anos	2	2,20
75-79 Anos	10	10,99
80-84 Anos	4	4,40
>=85 Anos	4	4,40
NR	2	2,20
Total	91	100

**Tabela T - Distribuição dos clientes
segundo o género**

Género	Nº	%
Feminino	75	82,42
Masculino	14	15,38
NR	2	2,2
Total	91	100

Tabela U - Distribuição dos clientes segundo a situação onde se enquadra a opinião

Situação do cliente	Nº	%
A - Como utente	42	46,15
B - Como familiar ou cuidador	29	31,87
C - Como vizinho, amigo ou outra situação	1	1,1
A+B - Como utente e familiar ou cuidador	9	9,89
A+C - Como utente e vizinho, amigo ou outra situação	5	5,49
A+B+C - Como utente e familiar ou cuidador e vizinho, amigo ou outra situação	1	1,1
NR	4	4,4
Total	91	100

Tabela V - Distribuição dos testemunhos privilegiados segundo o escalão etário

Escalões etários	Nº	%
15-19 Anos	0	0
20-24Anos	1	2,04
25-29 Anos	5	10,2
30-34 Anos	2	4,08
35-39 Anos	11	22,45
40-44 Anos	12	24,49
45-49 Anos	3	6,12
50-54 Anos	5	10,2
55-59 Anos	3	6,12
60-64 Anos	0	0
65-69 Anos	1	2,04
70-74 Anos	0	0
75-79 Anos	0	0
80-84 Anos	0	0
>=85 Anos	0	0
NR	6	12,24
Total	49	100

Tabela W- Distribuição dos testemunhos privilegiados segundo o género

Género	Nº	%
Feminino	33	67,35
Masculino	7	14,29
NR	9	18,37
Total	49	100

Tabela X - Distribuição dos testemunhos privilegiados segundo o setor onde se enquadra o testemunho

Setor do testemunho privilegiado	Nº	%
Associação	3	6,12
Autarquia	6	12,24
Educação	8	16,33
Forças de Segurança	1	2,04
Grupo de Voluntariado	2	4,08
Instituição Particular Solidária Social ou similar	11	22,45
Meios de Comunicação	2	4,08
Saúde	2	4,08
Segurança Social	1	2,04
Outro	7	14,29
Testemunho pessoal	1	2,04
NR	5	10,2
Total	49	100

Tabela Y - Distribuição dos profissionais/colaboradores das Unidades Saúde por categoria

Categoria	Nº	%
Assistente Operacional	4	14,29
Assistente Técnico	4	14,29
Enfermeiro	14	50
Médico	3	10,71
Técnico	3	10,71
NR	0	0
Total	28	100

Tabela Z – Distribuição da taxa de resposta dos profissionais/colaboradores por categoria

Se respondeu	Categoria									
	Assistente Operacional		Assistente Técnico		Enfermeiro		Médico		Técnico	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Respondeu	4	50	4	25	14	87,5	3	23,08	3	100
Não respondeu	4	50	12	75	2	12,5	10	76,92	0	0
Total	8	100	16	100	16	100	13	100	3	100

Tabela nº AA - Comparação das respostas dos três grupos de inquiridos sobre se recomendaria os serviços da Unidade

Recomendaria a Unidade	Clientes		Testemunhos Privilegiados		Profissionais/colaboradores Unidades de Saúde		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	88	96,7	42	85,71	25	96,15	155	93,4
Não	1	1,1	1	2,04	1	3,85	3	1,81
NR	2	2,2	6	12,24	0	0	8	4,82
Total	91	100	49	100	26	100	166	100

Tabela AB - Comparação das respostas dos três grupos de inquiridos sobre o conhecimento dos critérios de referência de pessoas/famílias para a Visita Domiciliária da UCC

Critérios de referência para a UCC	Certo		Errado		NR		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 - V Grávidas, recém-nascidos e puérperas com risco psico-social	22	100,00	0	0	0	0,00	22	100,00
2 - F Todos os recém-nascidos e puérperas	15	68,18	5	22,73	2	9,09	22	100,00
3 - V Pessoa dependente com dispositivos que necessitem de apoio domiciliário em horário alargado semanal	21	95,45	1	4,55	0	0,00	22	100,00
4 - V Pessoa dependente com frequência de prestação de cuidados domiciliários superiores a uma vez por dia	21	95,45	0	0	1	4,55	22	100,00
5 - V Pessoas, famílias e grupos de maior vulnerabilidade	19	86,36	2	9,09	1	4,55	22	100,00
6 - V Pessoa dependente com necessidade de cuidados domiciliários a residir fora da área de abrangência da sua USF/UCSP	15	68,18	6	27,27	1	4,55	22	100,00
7 - V Pessoa dependente com necessidade de cuidados domiciliários além do horário da USF/UCSP	20	90,90	1	4,55	1	4,55	22	100,00
8 - V Pessoa dependente com prestação de cuidados domiciliários exceda a 1h30/dia e pelo menos 3 dias/semana	19	86,36	1	4,55	2	9,09	22	100,00
9 - V Pessoa dependente que requeira grau de diferenciação que exceda a equipa da USF/UCSP	17	77,27	3	13,64	2	9,09	22	100,00
10 - F Pessoas acamadas independentemente do tipo de cuidados	11	50,00	10	45,45	1	4,55	22	100,00
11 - V Pessoas em fase final de vida	20	90,90	1	4,55	1	4,55	22	100,00
n15			22					

Tabela AC - Comparação das respostas dos três grupos de inquiridos sobre a concordância com as mais valias que a UCC trouxe à comunidade

Mais valias /Tipo de resposta	Clientes		Testemunhos privilegiados		Profissionais/colaboradores		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%

A proximidade e prontidão de resposta dos profissionais da UCC, evita o recurso a outros serviços de saúde

Concordo	67	73,60	42	85,71	22	78,57	131	78,00
Não Concordo	3	3,30	1	2,04	1	3,57	5	2,98
NR	21	23,10	6	12,24	5	17,86	32	19,10
Total	91	100	49	99,99	28	100	168	100

Esta organização dos cuidados domiciliários e comunitários permite maior proximidade das pessoas, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade

Concordo	65	71,40	44	89,8	$\frac{2}{2}$	82,1	132	78,6
Não Concordo	3	3,30	0	0	1	3,57	4	2,38
NR	23	25,30	5	10,2	4	14,3	32	19,1
Total	91	100	49	100	$\frac{2}{2}$	100	168	100

Quadro T- Análise de conteúdo da sugestão de outras mais-valias

Categoria	Unidade de Registo
Perfil dos profissionais	<p>"A disponibilidade e simpatia dos profissionais"(CLI)</p> <p>" A simpatia e o profissionalismo destes profissionais." (CLI)</p> <p>"Além do apoio profissional, destaco o "forte sentimento" a nível psicológico e humano." (CLI)</p> <p>"A forma tão profissional e humana como tratam as situações, torna fácil a sua adoção pelas famílias do concelho." (TP)</p>
Cuidados na comunidade Domiciliários e a grupos	<p>" Estas prestações à comunidade são excelentes." CLI)</p> <p>"Não posso andar e virem a casa tratar-nos..." (CLI)</p> <p>"Idosos e reformados, além do convívio uns com os outros, têm muitas atividades que fazem bem à saúde. É bom que continue, nunca acabe."(CLI)</p> <p>"Conciliar vários serviços de apoio à comunidade no mesmo espaço." (TP)</p> <p>"Satisfação das necessidades dos utentes no domicílio." (TP)</p> <p>"Mais presença e mais esperança na ajuda deste tipo de serviços ou cuidados porque vêm e sentem que há um grupo de profissionais direcionados apenas a estes cuidados." (Prof)</p>
Ganhos em saúde	<p>"Melhoria da qualidade de vida dos utentes." (TP)</p>
Segurança aos cuidadores	<p>"O apoio que dão tanto na doença, como conversarem com eles porque alguns não têm ninguém ao pé deles durante o dia." (CLI)</p> <p>"Proporciona um acompanhamento adequado no quadro ou situação clínica de saúde e social aos utentes que contactam na sua rotina de trabalho, como também dão uma especial atenção aos respetivos familiares que convivem com toda a situação do familiar em causa." (CLI)</p> <p>"Para mim é ter uma equipa que me dá a certeza e confiança que estou a fazer o melhor e mais correto pelo meu familiar." (CLI)</p> <p>"Como cuidador saber que posso fazer um bom trabalho em equipa."(CLI)</p> <p>"Nunca é de mais realçar a importância do apoio e segurança que a equipa transmite á família." (TP)</p>
Articulação	<p>"Articulação de meios." (TP)</p> <p>"Reuniões regulares entre os profissionais da UCC e todas as instituições do Concelho." (TP)</p> <p>"Articulação com outras unidades funcionais rentabilizando competências de outros profissionais em ações dirigidas a grupos." (Prof)</p>
Acessibilidade	<p>"Acessibilidade e resposta em tempo útil (referente aos cuidados de enfermagem no domicílio) " (Prof)</p>
Não há diferença	<p>"Não noto diferença em relação ao atendimento antes da UCC." (CLI)</p>

Quadro U- Análise de conteúdo das sugestões para melhorar a qualidade dos cuidados

Categoria	Unidade de Registo
<p>Recursos Humanos e Materiais</p>	<p>"Um forte reforço de toda a equipa da UCC, a fim de permitir um alargamento do horário disponível, mas sobretudo, para diminuir a carga horária da equipa."(CLI)</p> <p>"Deveria haver mais enfermeiros e terapeutas para esta unidade." (CLI)</p> <p>"Sugiro mais terapeutas para abranger um maior número de cidadãos." (CLI)</p> <p>"Que o médico que integra a UCC ou o de família consultasse regularmente o utente/doente no domicílio. Ou seja, acho que o acompanhamento médico é nulo ou muito fraco."(CLI)</p> <p>"Deveria haver mais médicos pois muita gente se encontra sem médico de família, mais prontidão nas chamadas."(CLI)</p> <p>" Haver mais cuidados com as doentes que precisam desta unidade de saúde, não haver discriminação, médicos mais interessados."(CLI)</p> <p>"Proporcionar mais meios e material de saúde aos respetivos profissionais desta unidade para continuar a fazer um bom trabalho, como têm feito até agora. Como a carga horária é intensa neste tipo de trabalho e como abrange o atendimento a todo um conselho, na minha ótica seria relevante empregar mais profissionais das respetivas áreas de saúde e intervenção social e proporcionar mais condições de trabalho no que diz respeito ao horário de trabalho" (CLI)</p> <p>"A necessidade de um ar condicionado para a sala onde se realizam as aulas de preparação para o parto."(CLI)</p> <p>"Colocar ar condicionado nas salas dos cursos e bebedouros de água."(CLI)</p> <p>"Ar condicionado na sala de preparação para o parto." (TP)</p> <p>"Mais apoios para terem mais aparelhos para satisfazer todo o tipo de fisioterapia para os doentes fazerem cá." (CLI)</p> <p>"Mais veículos e profissionais no terreno." (TP)</p>
<p>Reforço nas atividades</p>	<p>"Mais apoio pessoal ao cuidador pelo menos no momento de fazer o penso e mais colaboração ao paciente na higiene." (CLI)</p> <p>" Como utilizadora da classe de fisioterapia, gostaria que o tempo de duração fosse mais dilatado."(CLI)</p> <p>"As atividades serem mais dias." (CLI)</p> <p>"Reforçar apoio aos doentes terminais e alívio da sua sintomatologia (caso da dor, por exemplo)." (TP)</p> <p>" Prestação de cuidados utentes que têm apoio pelas instituições de apoio social, nomeadamente, Centros de Dia, pela articulação com os parceiros." (Prof)</p> <p>"Identificar prioridades, em caso de equipas (enfermeiro ou médico) não ser suficiente em termos de recursos humanos, então abdicar de ações de formação, cursos, encontros, etc e estar presente no apoio direto ao doente e familiares no domicílio ou instalações da UCC." (Prof)</p>
<p>Divulgação e envolvimento</p>	<p>"Falta muita divulgação e o incremento de programas que envolvam toda a Comunidade." (TP)</p> <p>"Maior divulgação da UCC e respetivos serviços. Não recomendaria os serviços, não por bons ou maus, mas por desconhecimento."(TP)</p>
<p>Outros comentários</p>	<p>"Os serviços são muito bons e os prestadores de serviços são ótimos." (CLI)</p> <p>"Não conheço bem, só frequento a terapia de grupo." (CLI)</p> <p>" Eu na minha opinião estou satisfeito com o vosso serviço, muito obrigado pelo vosso trabalho." (CLI)</p> <p>"Muito satisfeita com a qualidade atual." (CLI)</p> <p>" Como utente e familiar que precisamos dos vossos serviços temos sido muito bem tratados." (CLI)</p> <p>"Não dou sugestão. Há certas pessoas dentro da UCC que não merecem qualquer palavra para a sua referência. Não merecem ser referenciadas." (Prof)</p> <p>"Colocação recente na UCSP, não permite ter ainda opinião formada sobre o trabalho da UCC." (Prof)</p>

ANEXO XV

AUTORIZAÇÃO PARA A RELIZAÇÃO DO ESTUDO

Data: Seg, 30 Abr 2012 [12:08:47]
De: ACES Ribatejo - Conselho Clínico Enfª Gorete Freitas <goretrefreitas@srssantarem.min-saude.pt>
Para: albertinamendonca@sapo.pt
Cc: 'Carlos Ferreira' <cferreira@srssantarem.min-saude.pt>, "Presidente CC (Dr. Lourenço)" <alourenco@srssantarem.min-saude.pt>
Assunto: RE: Autorização para estudo
Enfª Albertina

Analisados os questionários que pretende aplicar, consideramos que os mesmos não violam os princípios éticos em virtude de não haver qualquer envolvimento com os utentes, pelo que nada temos a opor. Solicitamos que do resultado do estudo nos seja dado conhecimento. Bom trabalho

Gorete de Freitas - Enfª Supervisora
Vogal Conselho Clínico - ACES Ribatejo
Av. José Saramago, 15 / 17
2001-903 Santarém - Portugal
Telef 243300700 Fax 243328773

Visite o site oficial: ACES

RIBATEJO

-----Mensagem original-----
De: Carlos Ferreira [mailto:cferreira@srssantarem.min-saude.pt]
Enviada: segunda-feira, 30 de Abril de 2012 10:08
Para: Enfª Gorete Freitas
Cc: Presidente CC (Dr. Lourenço)
Assunto: FW: Autorização para estudo

Para os devidos efeitos

O Diretor Executivo do ACES Ribatejo
Carlos Ferreira
(visite o n/ site - www.sites.google.com/site/acesribatejo)

-----Mensagem original-----
De: albertinamendonca@sapo.pt [mailto:albertinamendonca@sapo.pt]
Enviada: domingo, 29 de Abril de 2012 16:56
Para: cferreira; alourenco
Cc: ACES Ribatejo - Conselho Clínico Enfª Gorete Freitas; albertinamendonca
Assunto: Autorização para estudo

Exmos Srs Diretor Executivo e Presidente do Conselho Clínico

Na continuidade do mail anterior, informo que o trabalho vai ter continuidade sobre a problemática da visibilidade da Unidade de Cuidados na Comunidade. Nesta fase, pretendo conhecer a informação existente entre os parceiros comunitários e os profissionais de saúde das USF/UCSP do concelho do Cartaxo, sobre o funcionamento e o trabalho desenvolvido pela UCC Cartaxo. Em anexo, junto os questionários que serão aplicados via online. Solicito o vosso parecer sobre a aplicação dos mesmos.

Com os melhores cumprimentos,

Albertina Mendonça

----- Mensagem encaminhada de ACES Ribatejo - Conselho Clínico Enfª Gorete Freitas <goretrefreitas@srssantarem.min-saude.pt> -----
Data: Fri, 17 Feb 2012 15:14:20 -0000
De: ACES Ribatejo - Conselho Clínico Enfª Gorete Freitas <goretrefreitas@srssantarem.min-saude.pt>
Assunto: RE: Autorização para estudo
Para: albertinamendonca@sapo.pt

<http://beta.mail.sapo.pt/webmail/imp/view.php?uid=12436&mailbox=SU5CT1g&acti...> 30-04-2012

Cc: 'Carlos Ferreira' <cferreira@srssantarem.min-saude.pt>, 'Presidente CC (Dr. Lourenço)' <alourenco@srssantarem.min-saude.pt>

Enfª Albertina

Em resposta á sua solicitação para aplicar o instrumento que irá identificar a existência ou não, de problemática, informamos que poderá fazê-lo no âmbito das UCC.

Identificada a problemática, e se houver continuidade do trabalho, o ACES necessita ser informado dos passos seguintes e da metodologia a implementar. Bom trabalho.

Gorete Freitas

-----Mensagem original-----

De: Carlos Ferreira [mailto:cferreira@srssantarem.min-saude.pt]
Enviada: sexta-feira, 17 de Fevereiro de 2012 9:47
Para: 'ACES Ribatejo - Conselho Clínico Enfª Gorete Freitas'
Cc: Presidente CC (Dr. Lourenço)
Assunto: FW: Autorização para estudo

Agradeço análise e resposta à Coordenadora da UCC.

O Diretor Executivo do ACES Ribatejo
Carlos Ferreira
(visite o n/ site - www.sites.google.com/site/acesribatejo)

-----Mensagem original-----

De: albertinamendonca@sapo.pt [mailto:albertinamendonca@sapo.pt]
Enviada: quinta-feira, 16 de Fevereiro de 2012 23:30
Para: cferreira
Cc: ACES Ribatejo - Conselho Clínico Enfª Gorete Freitas
Assunto: Autorização para estudo

Exmo Sr Diretor Executivo
do ACES Ribatejo

Após dois anos do início de funcionamento das primeiras UCC, surgem questões como:
o Que ganhos em saúde, trazem as UCC para a comunidade?

De modo a contribuir para a resposta desta questão, estou a desenvolver um estudo, inserido no 2º Mestrado de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Santarém, através da metodologia de trabalho de projeto.

Desta forma pretendo contribuir para identificação de ganhos em saúde resultantes do desempenho da UCC, nomeadamente ao nível dos cuidados de enfermagem.

Na primeira fase do trabalho de projecto, a identificação do problema, é fundamental validar com os profissionais da UCC se a visibilidade do trabalho desenvolvido na unidade é sentido como situação problemática, pelo que proponho aplicar um questionário online aos profissionais das UCC do ACES Ribatejo.

Confirmada a problemática e se for sugerida essa linha de orientação, pretendo:

- aumentar o número de indicadores de qualidade, possíveis de obter pelo SIARS, através da uniformização dos critérios de registo,
- identificar a informação que os parceiros comunitários têm sobre a acção da UCC Cartaxo,
- avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde das USF e UCSP do Cartaxo, sobre os critérios de referência para a UCC, definidos pela Orientação Técnica do Conselho Clínico do ACES Ribatejo.

Para finalizar, solicito autorização para a realização deste estudo, encontrando-se em anexo o questionário a utilizar com os profissionais das UCC.

Com os melhores cumprimentos

<http://beta.mail.sapo.pt/webmail/imp/view.php?uid=12436&mailbox=SU5CT1g&acti...> 30-04-2012

ANEXO XVI

QUADROS EXPLICATIVOS DO PROTOCOLO DE PESQUISA E FICHAS DE LEITURA

Quadro V - Construção da Pergunta PICO

	<u>Participantes</u>	<u>Intervenções</u>	<u>Comparações</u>	<u>Outcomes</u>
	Quem foi estudado?	O que foi feito?	Podem existir ou não?	Resultados/Efeitos ou consequências
	Adolescentes em contexto escolar	Estratégias de promoção da saúde		Prevenção das IST
PALAVRAS-CHAVE:	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescents • School • Health Promotion • Prevention • Sexually transmitted diseases 			

Quadro W- Limitadores de pesquisa nas bases de dados

BASES DE DADOS	LIMITADORES DE PESQUISA
CINAHL Plus with Full Text	Texto completo; Referências disponíveis, Data de publicação de: 2006/09/01-2012/09/30; Resumo disponível; Prática baseada em evidências; Humano; Faixas etárias: Adolescent: 13-18 years; Texto
MEDLINE with Full Text	Texto completo; Data de publicação de: 2006/09/01-2012/09/30; Resumo disponível; Humano
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Texto completo; Data de publicação de: 2006/09/01-2012/09/30; Texto completo em PDF
MedicLatina	Texto completo; Data de publicação de: 2006/09/01-2012/09/30; Texto completo em PDF

Quadro X - Número de artigos encontrados nas plataformas de pesquisa, para cada palavra chave

Palavras - chave	Nº de artigos encontrados
1 - Health Promotion	1257
2 - Prevention	5685
3 - Sexually transmitted diseases	548
4- Adolescents	3066
5- School	17235

Quadro Y - Número de artigos encontrados nas plataformas de pesquisa resultantes do cruzamento entre descritores

Palavras chave	Nº artigos
1+2	465
1+3	34
1+4	154
1+5	642
2+3	346
2+4	597
2+5	2249
3+4	99
3+5	244
4+5	1605
1+2+3	24
1+2+3+4	8
1+2+3+4+5	6

Quadro Z- Critérios de Inclusão/Exclusão para seleção dos artigos

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Artigos em língua inglesa ou portuguesa	Artigos que não apresentem metodologia científica
Artigos com correlação com o objeto de estudo	
Artigos com cerne na problemática nas estratégias de promoção da saúde em contexto escolar	

Quadro AA - Ficha de leitura do artigo n.º 1

Título/Origem/Data	Cognitive-behavioural health-promotion intervention increases fruit and vegetable consumption and physical activity among South African adolescents: a cluster-randomised controlled trial - 2011 – África do Sul
Autores	John B. Jemmott IIIa, Loretta S. Jemmottb, Ann O’Learyc, Zolani Ngwaned, Larry Icarde, Scarlett Bellamyf, Shasta Jonesg, J. Richard Landisf, G. Anita Heerenh, Joanne C. Tyleri and Monde B. Makiwanej
Método	Quantitativo - Ensaio clínico randomizado controlado com grupos
Objetivos	Desenvolver, entregar e testar uma intervenção de promoção da saúde baseada na Teoria social cognitiva , na língua Xhosa para jovens adolescentes de África do Sul. Através da intervenção poderia melhorar-se a saúde ao longo da vida dos adolescentes Sul Africanos, aumentando os comportamentos de saúde positivo, incluindo ingestão de frutas, legumes e verduras e prática de atividade física, e diminuindo a iniciação de comportamentos negativos para a saúde, incluindo o tabagismo e uso de álcool.
Participantes	1057 Alunos do 6º ano de 9 pares de escolas Sul Africanas, escolhidos aleatoriamente entre os que tinham consentimento dos pais.
Intervenções	Realizamos a intervenção de promoção de saúde e sessões de colheita de dados nas escolas dos alunos durante o período extracurricular no fim do dia de escola. Os alunos preencheram os questionários confidenciais antes da intervenção e 3, 6 e 12 meses após a intervenção. Envolveu facilitadores treinados, manuais, material preparado para o efeito. Ao grupo controle foi feita intervenção ao nível da prevenção de IST.
Resultados e Discussão	Este estudo fornece o primeiro evidências de que uma intervenção cognitivo-comportamental, tendo subjacente a Teoria do comportamento planeado e contextualmente apropriada (na sua língua) pode aumentar a auto-relatados de comportamentos de promoção da saúde, particularmente no consumo, de frutas e legumes e aumento da atividade física, entre os jovens adolescentes sul-Africanos.
Nível de Evidência	II

Quadro AB - Ficha de leitura do artigo n.º 3

Título/Origem/Data	Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2005
Autores	Danice K. Eaton, Laura Kann, Steve Kinchen, James Ross, Joseph Hawkins, William A. Harris, Richard Lowry, Tim McManus, David Chyen, Shari Shanklin, Connie Lim, Jo Anne Grunbaum, Howell Wechsler
Método	Quantitativo - Estudo de prevalência
Objetivos	Estudar a prevalência de comportamentos de risco na juventude americana
Participantes	Alunos do 9º ao 12ª ano das escolas públicas e particulares de 50 estados e do Distrito de Columbia. Amostra estratificada (idade, local, raça, genero) tendo obtido a resposta de 13.953 alunos em 159 escolas.
Intervenções	Questionário
Resultados e Discussão	Durante 2005, um total de 46,8% dos estudantes do ensino médio já teve relações sexuais, 37,2% dos estudantes sexualmente ativos de ensino médio não usou preservativo na última relação sexual. No geral, a prevalência de ter sido abordado na escola sobre AIDS ou infecção pelo HIV foi maior entre 10º ano (88,4%), 11 º ano (89,6%), e de 12 º ano (89,4%), do que no 9º ano (85,0%).
Nível de Evidência	VI

Quadro AC - Ficha de leitura do artigo n.º 4

Título/Origem/Data	A parent–adolescent - intervention to increase sexual risk communication: results of a randomized controlled trial - 2008 - México
Autores	Antonia M. Villarruel, Carol Loveland Cherry, Esther Gallegos Cabriales, David L. Ronis, and Yan Zhou
Método	Quantitativo - Ensaio clínico randomizado controlado com grupos
Objetivos	Testar uma intervenção para aumentar a comunicação entre pais e adolescentes sobre comportamentos de risco sexuais Além de examinar os efeitos dos mediadores teóricos (normativo, comportamentais e crenças de controle) sobre os efeitos dos resultados de intervenção.
Participantes	A amostra para este estudo incluiu 791 pais (660 mulheres e 131 homens) com um de seus adolescentes entre os 14-17 anos de idade.
Intervenções	Questionário aplicado pré-intervenção (programa de seis módulos com 60 minutos cada, em 2 sábados consecutivos), e após 6 e 12 meses. O grupo controlo teve intervenção sobre promoção de saúde sem incidir nos comportamentos de risco sexual. Ambas as intervenções tinham componentes para pais e adolescentes, incluindo pequenos grupos de discussões, vídeos, exercícios interativos, tais como dramatizações, e habilidades de construção de atividades. Ambas as intervenções abordaram a importância do apoio da família na saúde e sublinhou o papel principal dos pais na promoção da saúde de seus adolescentes. Os pais receberam na intervenção conteúdos sobre gravidez e prevenção do VIH semelhante à prestada a seus adolescentes. Os pais receberam conteúdo recebido específico para apoiar na comunicação, por exemplo: os valores dos pais e normas sobre sexo, como evitar situações de risco, lidar com o desconforto sobre comunicação, as aspirações para os seus filhos. Os pais receberam um "trabalho de casa" que era para ser preenchido com o adolescente entre as sessões, como uma forma de praticar algumas das estratégias de comunicação apresentadas no programa.
Resultados e Discussão	Este estudo demonstra a eficácia de uma intervenção para aumentar a qualidade e quantidade da comunicação entre pais e adolescentes, quer da comunicação em geral quer relacionada com as questões da sexualidade. Os importantes efeitos de mediação de crenças normativas, comportamentais e de controle, sobre os resultados de comunicação fornecem apoio à teoria do comportamento planeado , como um guia útil, na melhoria pais e adolescentes comunicação.
Nível de Evidência	II

Quadro AD - Ficha de leitura do artigo n.º 5

Título/Origem/Data	Availability of High School Extracurricular Sports Programs and High-Risk Behaviors EUA 2007
Autores	Deborah a. Cohen, Stephanie I. Taylor, Michela Zonta, Katherine d. Vestal, Mark a. Schuster,
Método	Quantitativo – Estudo analítico
Objetivos	Conhecer a disponibilidade e participação em atividades desportivas extracurriculares e como a participação nestas atividades está relacionado com comportamentos de alto risco.
Participantes	Diretores de 175 Escolas do Estado de Los Angeles
Intervenções	Questionário aos diretores de escolas para relatar quais as atividades desportivas existentes na sua escola, o número de meninos e meninas com participação em cada atividade e características da escola. Foram utilizados dados da comunidade sobre as taxas de prisões, nascimentos, e doenças sexualmente transmissíveis (DST) entre os jovens para examinar as associações entre os comportamentos de risco e participação em programas desportivos.
Resultados e Discussão	Taxas de apreensão de menores e taxas de natalidade em mães adolescentes, foram menores em áreas onde as escolas ofereciam mais programas desportivos extracurriculares. Não se chegou a conclusão em relação com prevalência de DST.
Nível de Evidência	VI

Quadro AE - Ficha de leitura do artigo n.º 6

Título/Origem/Data	School-based, randomised controlled trial of an evidence-based condom promotion leaflet Reino Unido - 2007
Autores	Chloe a. Hill e Charles Abraham
Método	Quantitativo-Ensaio clínico randomizado controlado com grupos
Objetivos	Avaliar a eficácia de um folheto construída pelos autores, para uso em sala de aula.
Participantes	404 Alunos entre os 16 e 18 anos do ensino secundário (Grupo controlo 166 alunos)
Intervenções	Após o preenchimento do questionário, o grupo de os participantes na condição de intervenção recebeu o folheto e incentivo motivacional para a sua leitura, enquanto os participantes na condição de controle receberam um segundo questionário sobre a satisfação com a escola. Após 4 semanas todos os alunos responderam novamente ao questionário em estudo. Os alunos do grupo de intervenção receberam um incentivo motivacional para ler cuidadosamente o folheto e responderem a um questionário com o auxílio do mesmo. Foram informados que quem completasse as respostas, entraria num sorteio para ganhar vales-presente de uma loja de música.
Resultados e Discussão	Relataram evidências sugerindo que um folheto incorporando argumentos persuasivos na promoção do uso de preservativos entre jovens, combinados com um incentivo motivacional, foi eficaz na promoção de pro-cognições e pré-requisito de ações preparatórias para o uso do preservativo, mas não se chegou a conclusão de ter aumentado o uso do preservativo, em comparação com o grupo controlo.
Nível de Evidência	II