



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária**  
Relatório de Estágio

**Capacitar o Utente Hipocoagulado e Família na Gestão  
da doença. Uma Intervenção da Enfermagem  
Comunitária**

**Rute Leonor Robalo da Silva Rego**



**Lisboa  
2022**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem Comunitária**  
Relatório de Estágio

**Capacitar o Utente Hipocoagulado e Família na Gestão  
da doença. Uma Intervenção da Enfermagem  
Comunitária**

**Rute Leonor Robalo da Silva Rego**



Orientador: Professor Doutor José Edmundo Xavier Furtado de Sousa



**Lisboa  
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*“A mente que se abre a uma nova ideia, jamais voltará ao seu tamanho original.”*

(Albert Einstein)

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor José Edmundo Sousa pela orientação e disponibilidade durante o percurso formativo;

À Enfermeira Especialista Maria de Fátima Balsinha pela orientação e disponibilidade durante o percurso formativo, tendo sido um esforço acrescido em tempo de pandemia;

À equipa multidisciplinar da USF São Filipe pela receção e integração na equipa, apoiando todo o percurso formativo e motivando o meu desenvolvimento;

À equipa de enfermagem da USF Sesimbra por me apoiarem na minha jornada, tendo sido um esforço acrescido para responderem às necessidades exigidas em tempo de pandemia;

À minha família que me apoiou e que me incentivou a nunca desistir. Juntos construímos um caminho cheio de curvas e de altos e baixos para que chegássemos à meta;

A todos que direta e indiretamente permitiram este percurso de desenvolvimento tornando-me num profissional mais competente e um ser humano mais humilde;

***Um muito Obrigada,***

## Resumo

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos estados-membros da União Europeia, representando cerca de 36% das mortes em 2010. Apesar de haver uma diminuição do número de óbitos em Portugal, em relação à doença isquémica cardíaca e à doença cerebrovascular 29,7% em 2015 (44,2% em 1989), verifica-se um aumento da morte prematura abaixo dos 70 anos. As doenças cérebro-cardiovasculares são doenças que necessitam de um acompanhamento efetivo e especializado com o intuito de diminuir os internamentos por descompensação clínica, manter a pessoa ativa e diminuir o seu grau de dependência. Estão incluídas as doenças que necessitam anticoagulantes orais, o que requer uma vigilância de saúde mais regular e de uma parceria profissional/utente/família na sua gestão. Com base na metodologia do planeamento em saúde e segundo a teoria do défice do autocuidado de Dorothea Orem desenvolveu-se um projeto de intervenção comunitária dirigido aos utentes hipocoagulados com necessidade de controle do Rácio Normalizado Internacional (INR) e família no sentido de capacitá-los na gestão da doença. Foi aplicado um questionário, identificado o diagnóstico de saúde e desenvolvidas sessões de educação para a saúde. Identificou-se défice de conhecimento sobre a patologia associada à toma do anticoagulante oral (ACO), sobre a interação dos alimentos e terapêutica, bem como reconhecer os sinais de perigo. Envolver os utentes hipocoagulados e família na gestão da sua doença através de sessões de educação para a saúde permite melhorar o conhecimento, tomar decisões com consciência de forma a construir um projeto de saúde com maior qualidade.

**Palavras-chave:** utentes, família, ACO, promoção de saúde, enfermagem comunitária.

## **Abstract**

Cardiovascular diseases are the leading cause of death in European Union member states, representing about 36% of deaths in 2010. Although there is a decrease in the number of deaths in Portugal, in relation to ischaemic heart disease and cerebrovascular disease 29.7% in 2015 (44.2% in 1989), there is an increase in premature death below the age of 70. Cerebrovascular diseases are diseases that require an effective and specialized follow-up to reduce hospitalizations due to clinical decompensation, keep people active, and reduce their dependence. These include diseases that require oral anticoagulants, which requires more regular health surveillance and a professional/patient/family partnership in their management. Based on the health planning methodology and Dorothea Orem's self-care deficit theory, a community intervention project was developed for hypocoagulated patients requiring control of the International Normalised Ratio (INR) and their families to empower them to manage the disease. A questionnaire was applied, the health diagnosis was identified, and health education sessions were developed. A deficit of knowledge was identified regarding the pathology associated with taking oral anticoagulants (OAC), the interaction between food and therapy, as well as recognising the danger signs. Involving hypocoagulated patients and their families in the management of their disease through health education sessions allows them to improve their knowledge and make informed decisions to build a health project with greater quality.

**Keywords:** patients, family, ACO, health promotion, community nursing.

## Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

<b>%</b>	Percentagem
<b>1ª</b>	Primeira
<b>2ª</b>	Segunda
<b>5ª</b>	Quinta
<b>7ª</b>	Sétima
<b>ACES</b>	Agrupamento dos Centros de Saúde
<b>ACO</b>	Anticoagulante Oral
<b>ACSS</b>	Administração Central do Sistema de Saúde
<b>AVC</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>APA</b>	<i>American Psychological Association</i>
<b>CINAHL</b>	Índice cumulativo para enfermagem e Allied Health Literature
<b>CIPE</b>	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
<b>CSP</b>	Cuidados de Saúde Primários
<b>Cont.</b>	Continuação
<b>DCV</b>	Doenças Cardiovasculares
<b>DGS</b>	Direção Geral de Saúde
<b>DPOC</b>	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
<b>EAM</b>	Enfarte do Miocárdio
<b>EE</b>	Equipa de Enfermagem
<b>EEEC</b>	Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem Comunitária
<b>ESEL</b>	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
<b>EpS</b>	Educação para a Saúde
<b>Ex</b>	Exemplo
<b>FA</b>	Fibrilhação Auricular
<b>H</b>	Hora
<b>Hab.</b>	Habitantes
<b>HTA</b>	Hipertensão arterial
<b>ICN</b>	International Council of Nurses
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>INR</b>	Rácio Normalizado Internacional
<b>IP</b>	Instituição Pública
<b>ISO</b>	Organização Internacional para a Padronização

<b>Km<sup>2</sup></b>	Quilómetros quadrados
<b>MDAIF</b>	Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar
<b>MEDLINE</b>	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
<b>N.º</b>	número
<b>NOAC</b>	Novos Anticoagulantes Orais Diretos
<b>PCC</b>	População, Conceito, Contexto
<b>PNDCCV</b>	Programa Nacional de Doenças Cérebro-Cardiovasculares
<b>PNS</b>	Plano Nacional de Saúde
<b>PRISMA</b>	Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OE</b>	Ordem dos Enfermeiros
<b>SWOT</b>	Strengths, Weaknesses, Opportunities e Threats
<b>RNU</b>	Registo Nacional de Utentes
<b>TEV</b>	Tromboembolismo Venoso
<b>USF</b>	Unidade de Saúde Familiar

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>19</b>
1.1 Promoção de Saúde .....	19
1.1.1 Educação para a Saúde.....	20
1.2 A Família como Contexto do Cuidado .....	21
1.2.1 A Família como Prestador de Cuidados no Autocuidado .....	22
1.3 Utente hipocoagulado: Gestão da doença.....	23
1.4 Doenças Cérebro-Cardiovasculares.....	23
1.4.1 Terapêutica Anticoagulante Oral.....	25
1.5 Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem	28
<b>2 – PLANEAMENTO EM SAÚDE</b> .....	<b>30</b>
2.1 Diagnóstico da Situação.....	30
2.1.1 Contextualização do Local de Intervenção.....	31
2.1.2 População, População Alvo e Amostra .....	32
2.1.3 Instrumentos, Técnicas e Procedimentos de Recolha de Dados .....	33
2.1.4 Apresentação e Análise de Resultados .....	35
2.1.5 Diagnóstico de Saúde .....	39
2.1.5.1 Diagnósticos de Enfermagem .....	40
2.1 Definição de Prioridades.....	42
2.2 Formulação de Objetivos.....	43
2.3 Seleção das Estratégias .....	45
2.4 Elaboração de Programas e Projetos.....	48
2.5 Preparação da Execução .....	49
2.6 Avaliação.....	51
<b>3 - QUESTÕES ÉTICAS</b> .....	<b>53</b>
<b>4 – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS</b> .....	<b>55</b>
4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública .....	55
4.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública .....	57
4.3 Competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.....	58
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>60</b>

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS .....</b>	
<b>Anexo I – MDAIF – Matriz Operativa – Dimensão Funcional .....</b>	
<b>Anexo II - Fármacos que podem aumentar ou diminuir o efeito hipocoagulante da Varfarina .....</b>	
<b>Anexo III - Alimentos e Suplementos dietéticos que podem interferir com os Antagonistas da Vitamina K.....</b>	
<b>Anexo IV - Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem.....</b>	
<b>Anexo V - Uma estrutura conceptual para a Enfermagem.....</b>	
<b>Anexo VI – Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos.....</b>	
<b>Anexo VII – Pedido de Autorização ao ACES Arrábida.....</b>	
<b>Anexo VIII – Pedido de Autorização à USF São Filipe .....</b>	
<b>Anexo IX – Parecer da Comissão de Ética.....</b>	
<b>Anexo X – Consentimento informado, livre e esclarecido para responder ao questionário sobre o conhecimento e gestão da doença.....</b>	
<b>Anexo XI – Consentimento informado, livre e esclarecido para responder à matriz operativa – Dimensão Funcional do MDAIF .....</b>	
<b>Anexo XII – Pedido de Consentimento à Coordenadora da USF São Filipe para mencionar a unidade no estágio com relatório .....</b>	
<b>Anexo XIII – Digital Learning Teleconsulta em tempo real pela RSE Live</b>	
<b>Anexo XIV – II Fórum Internacional do autocuidado [virtual].....</b>	
<b>Anexo XV – Conferência Online “Cuidado Centrado na Pessoa pela voz dos seus autores” .....</b>	
<b>Anexo XVI – IX Congresso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermeria.....</b>	
<b>Anexo XVII – Póster – Conhecimento do utente hipocoagulado e família na gestão da doença: Scoping Review .....</b>	
<b>Apêndices .....</b>	
<b>Apêndice 1 – <i>Scoping Review</i>.....</b>	
<b>Apêndice 2 – Questionário .....</b>	
<b>Apêndice 3 – Análise dos Resultados do Questionário.....</b>	
<b>Apêndice 4 – Apresentação dos resultados da Matriz Operativa – Dimensão Funcional do MDAIF.....</b>	

<b>Apêndice 5 – Apresentação do Projeto à Equipa Multidisciplinar da USF São Filipe a 05 de novembro de 2021 .....</b>	
<b>Apêndice 6 – Priorização dos Problemas com base na Grelha de Análise</b>	
<b>Apêndice 7 – Cronograma das Intervenções Estratégicas.....</b>	
<b>Apêndice 8 – Critérios para a Consulta de Enfermagem Não Presencial</b>	
<b>Apêndice 9 – Plano da Sessão de Grupo.....</b>	
<b>Apêndice 10 – Póster de divulgação da Formação para os Utentes e Família .....</b>	
<b>Apêndice 11 – Apresentação realizada à Equipa Multidisciplinar a 28 de janeiro de 2022 .....</b>	
<b>Apêndice 12 – Apresentação aos utentes hipocoagulados e família – Sou hipocoagulado, o que muda? Uma conversa em grupo.....</b>	
<b>Apêndice 13 – Flyer – “Tomo Anticoagulante. Cuidados a Ter” .....</b>	
<b>Apêndice 14 – Checklist – A minha vigilância.....</b>	
<b>Apêndice 15 – Apresentação Final à Equipa multidisciplinar do Projeto de Intervenção no dia 25 de fevereiro de 2022 .....</b>	
<b>Apêndice 16 – Manual de Boas Práticas da Consulta de Enfermagem não presencial.....</b>	

## **Índice de Figuras**

<b>Figura 1 – Cascata da Coagulação</b>	<b>25</b>
<b>Figura 2 - Monitorização da terapêutica anticoagulante oral</b>	<b>26</b>
<b>Figura 3 – Área Geográfica de atuação</b>	<b>31</b>

## **Índice de Gráficos**

<b>Gráfico 1 – Distribuição dos Participantes por Sexo</b>	<b>36</b>
<b>Gráfico 2 – Participantes familiares e não familiares</b>	<b>38</b>
<b>Gráfico 3 - Análise das dependências no autocuidado</b>	<b>39</b>
<b>Gráfico 4 – Participantes das sessões de educação para a saúde</b>	<b>51</b>

## **Índice de Quadros**

<b>Quadro 1 – Abordagem da terapêutica antitrombótica perante Cirurgia Minor</b>	<b>27</b>
<b>Quadro 2 – Variáveis no Projeto de Intervenção de Enfermagem</b>	<b>34</b>
<b>Quadro 3 – Diagnósticos de Enfermagem</b>	<b>40</b>
<b>Quadro 4 – Identificação dos Objetivos</b>	<b>43</b>
<b>Quadro 5 – Estratégias selecionadas - Análise de Swot</b>	<b>47</b>
<b>Quadro 6 – Estratégias e Atividades desenvolvidas</b>	<b>48</b>
<b>Quadro 7 – Reuniões realizadas</b>	<b>49</b>

## **Índice de Tabelas**

<b>Tabela 1 - Utentes Hipocoagulados por Enfermeira de Família</b>	<b>33</b>
<b>Tabela 2 - Distribuição dos Participantes por Idade</b>	<b>36</b>
<b>Tabela 3 - Distribuição dos Participantes por Grupo Etário</b>	<b>37</b>

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos estados-membros da União Europeia, representando cerca de 36% das mortes em 2010. Destacando a doença isquémica cardíaca e as doenças cérebro vasculares, verifica-se em Portugal um decréscimo no número de óbitos, tendo-se atingido em 2015 cerca de 29,7% (44,2% em 1989). No entanto, há um agravamento da mortalidade prematura, abaixo dos 70 anos (PNDCCV, 2017:5,6), este é um problema de Saúde Pública e, uma meta a desenvolver no Plano Nacional de Saúde (PNS), na extensão 2020. Apesar do trabalho desenvolvido, mantém-se a necessidade impreterível na promoção de saúde junto dos utentes de forma a não só evitar o surgimento destas doenças, como a reduzir as incapacidades resultantes, construindo um caminho para uma vida prolongada e com mais saúde.

A enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública tem um papel fulcral, pois “*Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades*” (OE, Regulamento Interno nº428/2018), promovendo intervenções comunitárias através de ações de educação para a saúde na comunidade, acompanhando as famílias no seu projeto de saúde, tornando-os parceiros e decisores nos seus cuidados de saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e obter ganhos em saúde.

As doenças cérebro-cardiovasculares são doenças que necessitam de acompanhamento efetivo e especializado na gestão doença com o intuito de diminuir internamentos por descompensação clínica, manter a pessoa ativa e diminuir o seu grau de dependência. Estão incluídas as doenças cardiovasculares que necessitam anticoagulantes orais, o que requer uma vigilância de saúde mais regular e de uma parceria profissional/utente/família na sua gestão. Verifica-se um decréscimo de internamentos por doenças do aparelho circulatório, 8,1% em 2016, face a 2011 e um aumento de internamentos por insuficiência cardíaca, 20,3% em 2016, face a 2011 (PNDCCV, 2017:8).

Com base nos dados referidos, para compreender o estado de arte e contribuir para a literacia e autogestão da doença no utente hipocoagulado, foi realizada uma *scoping review* através das bases de dados “*Medline*” e “*Cinahl*”, em que

os termos pesquisados se basearam nos critérios da População (P), do Contexto (C) e do Conceito (C): utentes; anticoagulantes orais e conhecimento (apêndice 1).

Este relatório foi elaborado com base na metodologia do planeamento em saúde e sustentado nas competências comuns e específicas da especialidade em enfermagem de saúde comunitária, bem como das competências de mestre segundo os descritores de Dublin. Este percurso foi realizado no âmbito da unidade curricular – Estágio com relatório decorrente no período de 11 de outubro de 2021 a 25 de fevereiro de 2022.

Foi delineado como objetivo geral: Capacitar o utente hipocoagulado e família na gestão da doença. E como objetivos específicos definiu-se:

- Identificar os problemas com base no diagnóstico de saúde da comunidade em intervenção;
- Promover momentos de reflexão e análise com a comunidade em intervenção sobre a gestão da doença;
- Melhorar a literacia em saúde da comunidade em intervenção;
- Estabelecer maior proximidade aos cuidados de enfermagem através da inclusão da consulta de enfermagem não presencial;

O relatório é composto por quatro capítulos: O primeiro capítulo, designado enquadramento teórico onde se abordam os conceitos, mecanismos de ação e intervenção da terapêutica anticoagulante oral, bem como a família, o seu papel no contributo de uma gestão mais efetiva, apoiando e mantendo o autocuidado do seu familiar, e por último, a teoria do défice do autocuidado de Dorothea Orem que é o modelo teórico que suporta todo o processo de aprendizagem. Segue o segundo capítulo que descreve todo o planeamento em saúde desenvolvido na comunidade intervencionada; começando pelo diagnóstico de saúde, onde se faz a descrição da unidade de saúde onde se desenvolveu todo o projeto e a população que cuida. Nesta etapa identifica-se a amostra populacional que foi intervencionada, o instrumento de recolha de dados e análise dos mesmos no sentido de se alcançar o diagnóstico de situação que permitiu a identificação dos problemas desta comunidade. A priorização dos problemas promove um caminho para a delimitação das estratégias e atividades para que estes possam ser diminuídos ou mesmo suprimidos melhorando a capacitação dos utentes hipocoagulados e sua família na gestão da doença. O terceiro capítulo

demonstra todo o percurso realizado com base nas questões éticas, respeitando e protegendo todos os intervenientes. O quarto capítulo descreve toda aprendizagem da mestranda com base nas competências de enfermagem. E por fim, a conclusão de todo o percurso desenvolvido através de análise reflexiva. Este relatório foi redigido segundo o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos da ESEL (2020) e as normas da *American Psychological Association* (APA), 7ª edição.

# 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1 Promoção de Saúde

A Promoção de Saúde desenvolveu-se com base “*saúde para todos*” defendida pela Declaração de Alma-Ata em 1977. Em Ottawa (1986:1), surge a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, no qual define-a como

“o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida”.

O relatório de estágio desenvolvido para a capacitação do utente hipocoagulado e família na gestão da doença norteou-se pela carta de Ottawa (1986:3,4), na condição básica – **Capacitar** “*centra-se na procura da equidade em saúde*”, no sentido de contribuir para a diminuição das desigualdades existentes, no qual se torna “*necessária uma sólida implantação num meio favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam opções saudáveis*”. A intervenção focou-se na **ação comunitária** em que “*a promoção da saúde desenvolve-se através da intervenção concreta e efetiva na comunidade, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando-as com vista a atingir melhor saúde*”; no **desenvolvimento de competências pessoais**, através de acesso à informação, educação para a saúde melhorando as suas competências no seu autocuidado. “*É fundamental capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para as suas diferentes etapas e para enfrentarem as doenças crónicas e as incapacidades*”, e por último, o contributo na **reorientação dos serviços de saúde**, no sentido que “*a responsabilidade da promoção da saúde deve ser partilhada com os indivíduos, grupos comunitários, profissionais e instituições de saúde (...). Todos devem trabalhar em conjunto pela criação de um sistema de cuidados de saúde que contribua para a prossecução da saúde*”.

Promoção da saúde é uma das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária (EEEC) no sentido de capacitar grupos e comunidades na manutenção do seu autocuidado através de processos educativos. Através da educação para a saúde (EpS) promove o

desenvolvimento das capacidades do indivíduo, integrado numa comunidade, tendo em conta não só a transmissão de informação técnica e científica como compreendendo a cultura dos indivíduos, os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos (Amorim, 2000) citado por Carvalho e Carvalho (2006:3).

### **1.1.1 Educação para a Saúde**

A EpS *“converteu-se numa estratégia de desenho, redesenho e mudança ambiental que torna provável a desativação de comportamentos de risco e a ativação de comportamentos saudáveis”* (Costa e López, 1996) citado por Carvalho e Carvalho (2006:21).

Trabalhar com a comunidade no sentido de desenvolver competências sobre como manter ou melhorar hábitos de saúde e estilos de vida saudáveis implica uma intervenção no indivíduo como ser individual, social, cultural e comunidade. Para tal, é necessário uma aprendizagem contextualizada, pois só assim, a educação terá significado. Tendo em conta, como refere Carvalho e Carvalho, que a educação é *“um processo dinâmico (...), incita e ensina o homem a pensar e decidir por si mesmo perante situações e momentos da sua vida individual e coletiva”* (2006:23). A EpS, como estratégia de intervenção, deve construir um processo interativo *“orientado para a utilização de estratégias que ajudem os indivíduos e a comunidade a adoptar ou modificar comportamentos que permitam um melhor nível de saúde”* (2006:1), *“(...) criando condições para as pessoas se transformarem (...), mostrar-lhes que elas podem aprender e sensibilizá-las para a importância dos conhecimentos ligados com a sua saúde”*. (2006:23). EpS é *“capacitar as pessoas, fazer nascer consciência crítica, tornar as pessoas conscientes de fatores ambientais que possam prejudicar a saúde e despertar interesse e indignação para influenciar a situação política”* (2006:25). O modelo de *Empowerment*, segundo Carvalho e Carvalho é *“caracterizado pelas decisões voluntárias e conscientes”* (2006:35) e tem como objetivo desenvolver a consciência crítica e *“fornecer competências necessárias ao desenvolvimento do empowerment individual e comunitário”* (2006:36).

Com base nestes pressupostos foi o modelo adotado para a capacitação dos utentes hipocoagulados/família na gestão da doença, no sentido de fornecer

ferramentas necessárias para que esta comunidade compreendesse a sua doença e fosse capaz de definir o seu projeto de saúde com base no conhecimento e tomada de decisão consciente e voluntária.

## 1.2 A Família como Contexto do Cuidado

O conceito Família tem evoluído ao longo do tempo, inicialmente definindo-se como uma família nuclear, constituída por mãe, pai com ou sem filhos até que família é “*quem os seus membros dizem que são*” (Wright e Leahey, 2010:55). É fundamental compreender que a família é um sistema complexo, com estrutura própria que se desenvolve e se transforma ao longo do ciclo vital de acordo com as vivências experienciadas. Como refere Figueiredo (2012:2), “*conceber a família enquanto unidade de transformação, identificando-a como um sistema social que se auto-define e que recria funções específicas ao longo do seu desenvolvimento, permitirá ampliar o foco para uma visão mais apreciativa dos seus potenciais*”.

A família percorre várias etapas ao longo do seu ciclo vital, iniciando-se, na maioria, sem filhos até à sua saída. Verificou-se nesta comunidade de intervenção que as famílias participantes se encontram, citado por Figueiredo (2012:52,53), na última etapa do ciclo vital, (Carter & McGoldrick, 1995) “*em que a geração dos pais se transforma em avós*” ou família idosa (Duvall e Miller, 1985) ou como referem Wright e Leahey (2010:111), “*família no final da vida*”. Nesta etapa é notória a decadência fisiológica e a necessidade de ajustar os papéis familiares e sociais. Compreender o **processo familiar**, segundo Hanson (2005:94) “*a interação contínua entre os membros de família, através do qual, eles realizam as suas tarefas instrumentais e expressivas*”, é fundamental para manter-se atento às mudanças, no surgimento de incapacidade de realizar as tarefas definidas. Nem sempre o idoso está preparado para solicitar colaboração por parte dos filhos, como os filhos não percebem, por vezes, que os pais apresentam dificuldades no seu autocuidado. Esta é uma etapa transformativa, no sentido de compreender as fragilidades de quem necessita de apoio bem como daquele que o presta. Torna-se assim, fundamental, o papel da enfermagem, no acompanhamento das famílias, identificando as transformações ao longo do ciclo vital, prestando informação, apoiando-as nas tomadas de

decisão, colaborando nas estratégias com o intuito de as manter capacitadas no seu autocuidado, gerindo os seus papéis familiares através de uma comunicação positiva, eficaz e efetiva.

Para apoiar a família no seu percurso de vida é necessário compreender a sua saúde, identificar os pontos fortes e potenciais riscos para a saúde, bem como, os padrões de comunicação, relação dos papéis e dinâmica familiar. Hanson (2005:378). O mesmo autor reforça que o *“apoio familiar é um elemento determinante para a reabilitação. Os indivíduos que são capazes de manter os seus papéis familiares têm mais hipóteses de serem bem sucedidos no processo de reabilitação”* (2005:96).

### **1.2.1 A Família como Prestador de Cuidados no Autocuidado**

O papel de prestador de cuidados *“corresponde ao padrão interacional estabelecido na família que visa dar apoio a um dos seus membros que se encontra dependente no autocuidado, por razões que emergem de situação de doença”*, Figueiredo (2012:93). Este apoio vai implicar um maior número de atividades para o membro da família que incorpora este novo papel, o que levará a uma necessidade de reestruturação funcional da família. O nível de cuidados necessários pode ser desde a ajuda em todas as atividades de vida diária ou na necessidade de apoiar nas atividades funcionais como fazer compras, andar de transportes, ida às consultas, gestão do regime terapêutico e dietético.

A apreciação familiar foi desenvolvida segundo o Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), na medida em que *“proporciona um quadro de referência para a prestação de cuidados à família, enquanto unidade, promovendo a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento”*, Figueiredo (2012:3). A avaliação familiar foi realizada através da matriz operativa, centrada na dimensão funcional (anexo 1), para compreender o papel de prestador de cuidados, para que em conjunto se identifique as necessidades e delinieie as intervenções necessárias para uma melhor resposta do prestador de cuidados no autocuidado do seu familiar. Ao adquirir conhecimento do seu papel poderá *“desenvolver eficazmente as tarefas direcionadas ao membro com dependência do autocuidado”* Figueiredo (2012:93).

O papel do enfermeiro nesta etapa é de apoio educacional, ou seja, promove a informação necessária para o desenvolvimento de competências do familiar cuidador. Apoia-o na identificação das necessidades e habilidades a desenvolver de forma a desempenhar as medidas exigidas para a manutenção do autocuidado terapêutico do seu familiar. O papel do enfermeiro e do prestador de cuidados complementam-se no sentido em que “*ambos trabalham juntos para a meta de autocuidado*” (Orem, 1991), citado por George (2000:90).

### **1.3 Utente hipocoagulado: Gestão da doença**

As doenças cardiovasculares (DCV) pertencem ao grupo das doenças crónicas não transmissíveis e são a maior causa de morte a nível global e que até 2030, “*quase 23,6 milhões de pessoas irão morrer de DCV, sobretudo devido à doença cardíaca e AVC*” (WHO,2009B), citado por OE (2010:9,10).

A OMS descreve doença crónica como “*doença de duração prolongada e progressão lenta*”, OE (2010:8), no qual é fundamental integrar o utente no seu processo de gestão da doença de forma a compreender o seu processo patológico, a necessidade de redefinir a gestão dietética e terapêutica no sentido de melhorar a sua saúde. Quanto maior for o seu conhecimento melhor será a resposta à gestão da doença e maior será a adesão terapêutica e dietética uma vez que a alimentação do utente hipocoagulado interfere na eficácia da terapêutica anticoagulante. Para tal, é crucial a parceria entre utente e equipa multiprofissional, isto é, uma interação entre “*um doente informado, participante e uma equipa de profissionais preparada e proativa*”. Quer dizer

um doente motivado, com informação, aptidões e confiança necessárias para tomar decisões efetivas acerca da sua saúde e para a gerir, bem como uma equipa de profissionais motivada, com informação para o doente, apoio à decisão e recursos necessários para prestar cuidados de alta qualidade (*Improving Chronic Illness Care* 2004) citado por OE (2010:36).

### **1.4 Doenças Cérebro-Cardiovasculares**

O Programa Nacional de Doenças Cérebro-Cardiovasculares (PNDCCV) é um dos programas prioritários construídos com o objetivo de salvar vidas, de reduzir as incapacidades causadas e de melhorar a qualidade de vida dos utentes. Tem

como missão reduzir o risco cardiovascular através do controlo dos fatores de risco (HTA e dislipidemia) e garantir a terapêutica adequada nos eventos críticos, de EAM e AVC. Sabendo que *“as doenças cardiovasculares, são a principal causa de morte entre nós e são, também, uma das mais importantes causas de morbilidade, de incapacidade e invalidez e de anos potenciais de vida precocemente perdidos”* como refere o PNDCCV (2017:15). Estudos revelam o papel decisivo que os ACO desempenham na redução do impacto destas doenças, através de estratégias preventivas de fenómenos tromboembólicos. Estão recomendados na prevenção do tromboembolismo venoso (ex: utentes submetidos a artroplastia total da anca e joelho), no tratamento da trombose profunda (ex: quando ocorre numa veia profunda, geralmente numa perna ou existe embolia pulmonar), na prevenção de acidentes vasculares cerebrais (no qual a fibrilhação auricular é a maior causa deste acontecimento) a utilização de estratégias preventivas de eventos tromboembólicos.

A fibrilhação auricular (FA) é uma disritmia, sendo a etiologia mais associada a eventos tromboembólicos. Sabendo que 15% do AVC isquémico é devido à existência de FA, o estudo Safira, revela que, em Portugal, a prevalência de FA é de 9%, que 35,9% da população desconhecem ter FA e que 56,3% dos utentes com FA previamente conhecida não tomam ACO. Dados que comparativamente a estudos anteriores demonstram um crescimento e um aumento também da prevalência dos fatores de risco cardiovasculares (85,3% HTA, 75,4% dislipidemia, 22,7% diabetes), citado por Bonhorst (2018:315-318).

O uso de ACO a longo prazo é uma terapêutica benéfica e segura mesmo nos idosos; no tratamento de FA. É muito eficaz na prevenção do AVC, diminuindo a formação de trombos nas aurículas, desde que seja mantido o alvo terapêutico de INR entre 2 e 3, nos utentes com mais de 75 anos de idade e em todos aqueles que apresentem um ou mais fatores de risco para fenómenos tromboembólicos (Reis,2006:156).

Tornou-se imperativo incentivar o utente/família a ser um participante ativo no seu projeto de saúde, através da promoção de saúde, *“o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de melhorar”* (OMS, 1986:1) citado por Melo (2020:37). Este acompanhamento foi realizado em consulta presencial, agora alargada aos CSP, no sentido de promover maior acessibilidade e equidade aos cuidados de

saúde, tendo como foco maior adesão terapêutica, melhorar a capacitação e a literacia do utente/família na gestão da doença e como tal conseguir melhorar a qualidade de saúde através da modificação de comportamentos de saúde.

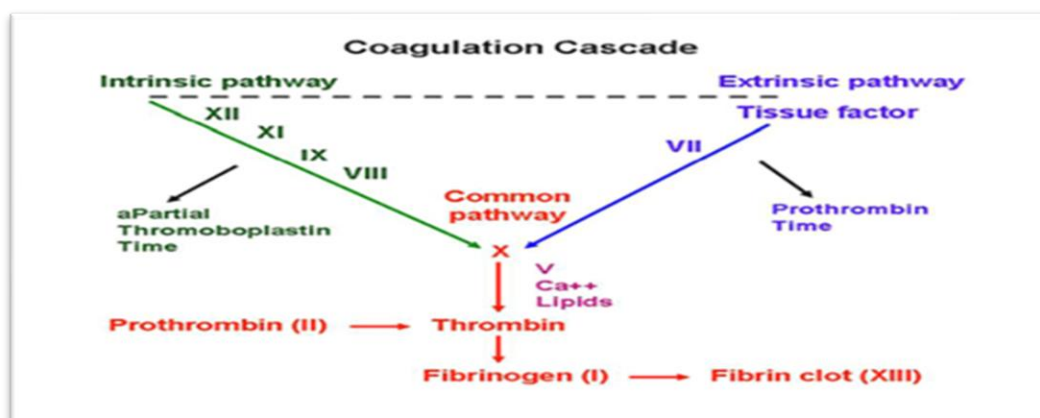
### 1.4.1 Terapêutica Anticoagulante Oral

A terapêutica anticoagulante oral pode-se dividir em antagonistas da vitamina K (varfarina e acenocoumarol) e não antagonistas da vitamina K (NOAC), também designados por anticoagulantes orais diretos.

Os NOAC são atualmente a terapêutica hipocoagulante de primeira linha na prevenção do acidente vascular cerebral (AVC) em doentes com fibrilhação auricular (FA). Os vários ensaios clínicos e subseqüentes metanálises mostraram de forma consistente uma relação risco-benefício favorável aos NOAC's relativamente ao comparador varfarina. António (2020:1).

No entanto, existem doentes para os quais a utilização de NOAC's está contraindicada. Por outro lado, poderá ser opção do utente preferir um antagonista da vitamina K, por vezes por questões de dificuldades financeiras. Os antagonistas da vitamina K, previnem e tratam o tromboembolismo arterial e venoso, ou seja, atuam ao nível do processo de coagulação do sangue (figura 1), inibindo os fatores de coagulação II, VII; IX e X, que são dependentes da vitamina K.

**Figura 1 – Cascata da Coagulação**

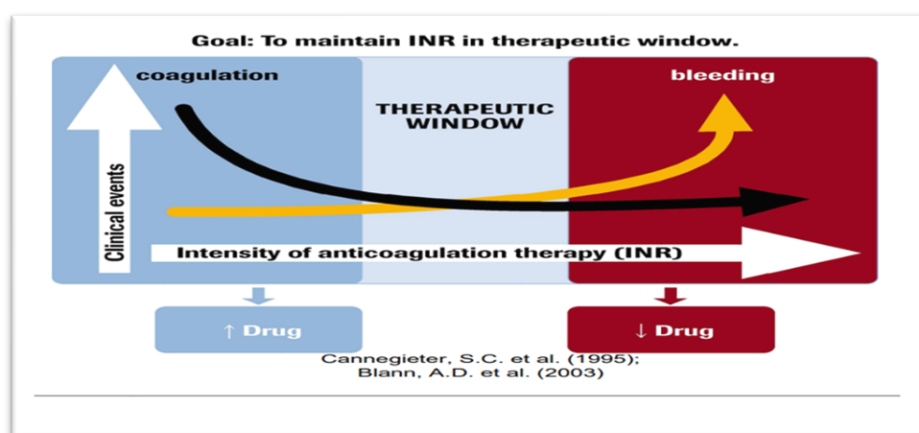


**Fonte:** Manual de Boas Práticas em Anticoagulação (2008:4)

Quando prescritos os fármacos Varfarina (nome comercial: Varfine®) ou Acenocumerol (nome comercial: Sintrom®) é necessária uma monitorização regular do tempo de protrombina através do INR (Rácio Normalizado

Internacional) com base no intervalo prescrito de acordo com as características do utente e seus antecedentes pessoais. Os níveis terapêuticos recomendados dependem da patologia associada, sendo na sua maioria entre 2,0 e 3,0 quando associado ao tromboembolismo venoso (TEV), e entre 2,5 e 3,5 se embolia sistêmica associado a prótese valvular mecânica. Reforçando que a eficácia do tratamento anticoagulante em doentes com FA ou TEV diminui quando  $INR < 2$  e desaparece quando  $INR < 1.5$ , pelo que não se recomendam níveis inferiores de anticoagulação, mesmo em idade mais avançada (Cruz, E.; Morais, S., 2011:12).

**Figura 2 - Monitorização da terapêutica anticoagulante oral**



**Fonte:**1º Encontro Proximidade de Cuidados para Doentes de Risco Trombótico – Terapêutica anticoagulante oral (2011:3)

A Varfarina tem uma semi-vida de 36-42 horas e com uma duração de ação de 96-120 horas, enquanto o acenocumerol apresenta uma semi-vida de 8-9 horas e a sua duração de ação é de 48-96 horas. Estes fármacos apesar de terem um início lento de ação, de exigir uma monitorização mais regular devido a terem uma janela terapêutica estreita e de sofrer interações quer com medicamentos como com alimentos, são bastante eficazes e seguros quando tomados em doses adequadas e diariamente de forma correta.

Sabendo que o ACO tem como função diminuir a formação de coágulos é fundamental estar alerta aos sinais de risco, sendo que a hemorragia será o fator mais preocupante no tratamento. Esta poderá ocorrer com maior frequência nos primeiros três meses de tratamento, no entanto,

o aumento do risco de hemorragia major com antagonistas da vitamina K comparados com os controlos é baixo nos pacientes bem controlados. A hemorragia major foi de 1% nos controlos e de 1,3% nos pacientes tratados com varfarina, ou seja, o tratamento com varfarina aumentou o risco de 0,3%. (Santos, A.; Godinho, C.; Alves, H., 2019:21).

Em situação de hemorragia major torna-se imperativo suspender a varfarina e referenciar o utente para a urgência hospitalar.

Identifica-se como fatores de risco para a hemorragia major a idade superior a 65 anos, história de AVC ou de hemorragia gastrointestinal prévia, a presença de comorbilidades como a insuficiência renal ou a anemia grave. Não esquecendo que a toma concomitante de fármacos que aumentam o efeito hipocoagulante (anexo 2) e de alimentos que diminuem a absorção da vitamina K (anexo 3) aumentam o risco para a hemorragia. (Santos, A.; Godinho, C.; Alves, H., 2019:22).

Assim, não será necessário suspender o ACO em cirurgias minor com pequeno risco hemorrágico como se identifica no quadro 1. Enquanto na cirurgia major, a varfarina deve ser suspensa 5 dias antes da cirurgia. (Santos, A.; Godinho, C.; Alves, H., 2019:25).

### **Quadro 1 – Abordagem da terapêutica antitrombótica perante Cirurgia Minor**

<b>Procedimentos</b>	<b>Ação</b>
<b>Procedimentos Dentários</b>	Não suspender a hipocoagulação oral e efetuar controlo de hipocoagulação no dia do procedimento ou nas 24h antes. Se INR <3,0-3,5 proceder ao tratamento. Indicação para manobras hemostáticas locais.
<b>Procedimentos Dermatológicos</b>	Não suspender a hipocoagulação oral Ex. excisão de lesões cutâneas
<b>Procedimentos Oftalmológicos</b>	Não suspender a hipocoagulação oral Ex. extração de cataratas

### 1.5 Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem

Os modelos e teorias de enfermagem são a base científica do conhecimento, do desenvolvimento da enfermagem como ciência e disciplina. Orientam os enfermeiros para um cuidado de saúde centrado na pessoa, desenvolvendo estratégias de ação na promoção de saúde e bem-estar, integrando o utente/família no seu autocuidado ao longo do ciclo vital, desenvolvendo conhecimento de forma a ser capaz de tomar decisões conscientes e promotoras de comportamentos saudáveis, construindo assim, grupos/comunidades capacitadas na gestão do seu projeto de saúde.

Este modelo teórico é pioneiro no desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e surgiu quando a formação da enfermagem era baseada em modelos biomédicos. Orem (1995), tenta compreender o que fazem os enfermeiros e o que resulta das suas ações, *“afirmando que as limitações de autocuidado associadas a situações de saúde dão origem a uma exigência de enfermagem”*, citado por Fawcett (2001). Orem (1969) refere como **autocuidado** *“a responsabilidade que cada indivíduo tem pela promoção, conservação e manutenção da sua própria saúde”* citado por Galvão (2021:76). A Teoria do défice do autocuidado é construída na relação entre o **autocuidado**, *“que descreve como e porquê as pessoas cuidam de si”*, o **défice do autocuidado** *“que descreve e explica por que razão as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem”* e por último a **teoria dos sistemas de enfermagem** que *“descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que produza enfermagem”*. Tomey e Alligood (2002:213). Esta teoria dos sistemas de enfermagem é constituída por três subsistemas: **Sistema totalmente compensatório**, é quando *“o sujeito é incapaz de engajar-se nas ações do autocuidado”* citado por George (2000:87), **Sistema parcialmente compensatório**, em que *“tanto o paciente quanto a enfermeira podem ter o principal papel no desempenho das medidas de cuidados”* citado por George (2000:87) e **Sistema de apoio educacional** em que *“o sujeito que é capaz de executar as ações necessárias para o autocuidado, e pode aprender a adaptar-se a novas situações”* e o papel principal do enfermeiro é *“regular a comunicação e o desenvolvimento das competências de autocuidado”* citado por Galvão (2021:77,78). Tem como premissa *“todos possuem potencial, em diferentes graus, para cuidar de si mesmo e dos que estão sob a sua responsabilidade”*,

citado por Vitor,A; Lopes,M.; Araujo, T., (2010:614). E como métodos de ajuda, ou seja,

ações que irão ultrapassar ou compensar as limitações associadas à saúde das pessoas (...) identifica-se as ações direcionadas para agir ou fazer por outra pessoa, orientar e dirigir, fornecer apoio físico ou psicológico, proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal e, por último, ensinar. Tomey e Alligood (2002:216).

Este relatório de estágio desenvolveu-se suportado pela Teoria do Défice do autocuidado de enfermagem de Dorothea Orem (anexo 4), através do sistema de enfermagem apoio educacional, pois acredita que as competências dos utentes se desenvolvem quando estes são participantes ativos no seu autocuidado, quando são capazes de identificar as suas necessidades, e em parceria com o enfermeiro/a desenvolvem estratégias de ação para melhorar o seu projeto de saúde. Como refere Tomey e Alligood (2002:218), o défice do autocuidado “*é a relação entre as capacidades de ação dos indivíduos e as suas necessidades de cuidado*”, bem como ser capaz de “*fornecer orientações para a seleção de métodos de auxílio e compreensão do papel do doente no autocuidado*”.

Para capacitar os utentes hipocoagulados e sua família na gestão da sua doença crónica é fundamental que estes tenham conhecimento sobre a sua doença, identifiquem as suas potencialidades e fragilidades de forma a gerirem mecanismos que promovam a manutenção da sua vida através do bem-estar, melhorando assim a sua qualidade de vida. Foi através do desenvolvimento do autocuidado, que se promoveu a capacitação dos utentes a gerirem a sua doença crónica, utilizando o sistema educacional, que irá “*regular o exercício e o desenvolvimento da atividade de autocuidado*” Tomey e Alligood (2002:218). Seguindo a estrutura conceptual para a enfermagem da autora (anexo 5), para descrever todo o processo de parceria utente/enfermeiro na manutenção do autocuidado na gestão do seu projeto de saúde.

## **2 – PLANEAMENTO EM SAÚDE**

*“O Planeamento em saúde tem de ser adequado à realidade, respondendo de forma assertiva e pragmática às necessidades e/ou problemas sentidos na comunidade ou em qualquer organização de saúde, supostamente ao serviço dessa comunidade”* Nunes (2016:67).

Foi através da metodologia do planeamento em saúde que foi desenvolvida a intervenção do projeto, descrevendo, analisando e avaliando todo o percurso formativo e interventivo na comunidade em acompanhamento, seguindo as várias etapas de desenvolvimento: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação de execução e avaliação. Estas etapas permitiram traçar um caminho sustentado e sistematizado pois *“exige uma metodologia lógica e racional”* Nunes (2016:29).

### **2.1 Diagnóstico da Situação**

O diagnóstico de saúde é a primeira etapa da metodologia do planeamento em saúde, na qual segundo Imperatori & Geraldes (1982:13,14) *“deverá corresponder às necessidades de saúde das populações (...) deve ser ao mesmo tempo suficientemente rápido para permitir a ação em tempo útil e suficientemente aprofundado para que as medidas de solução sejam pertinentes”*. Mas não só, *“é um conceito mais abrangente, abarcando também o desenho dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis, a utilizar na execução das tarefas que o planeamento proponha”*, acrescenta Nunes (2016:30).

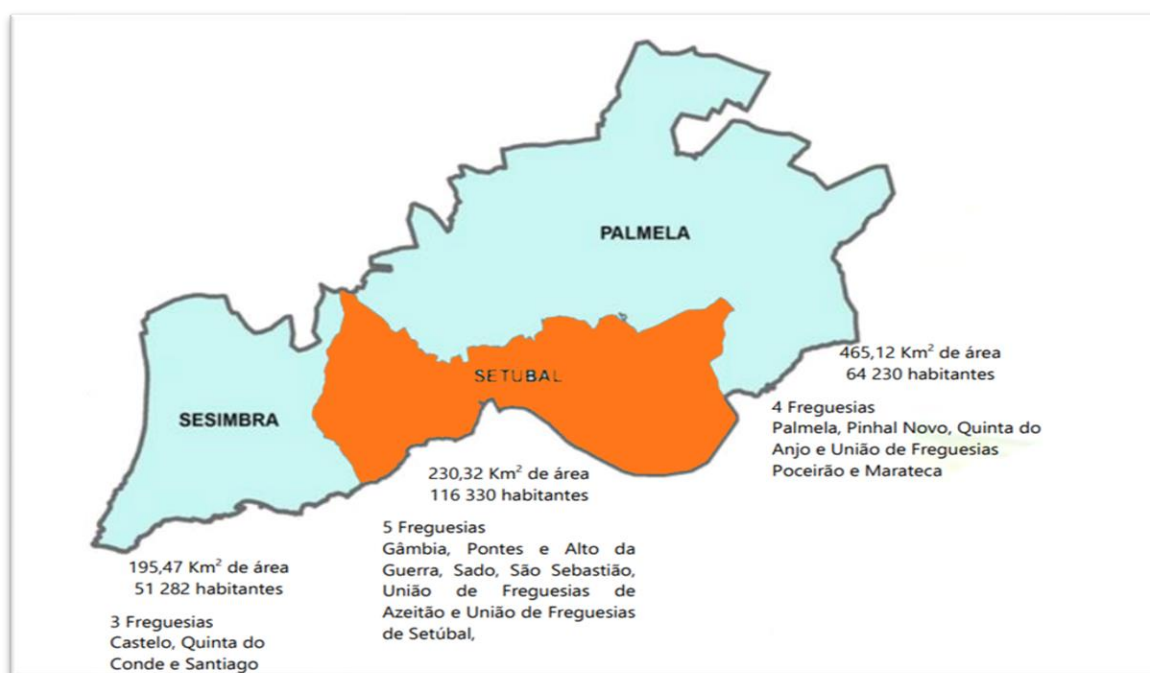
Nesta etapa foi identificada a necessidade de compreender o conhecimento dos utentes hipocoagulados e famílias na gestão da sua doença. Tendo sido estabelecido os critérios de inclusão: Utentes que tomam anticoagulante oral com necessidade de controle de INR e acompanhados na USF São Filipe e como critério de exclusão os utentes que são acompanhados no hospital ou por médico particular. Foi uma técnica de amostragem não probabilística, uma vez que *“os vários elementos da população não possuem a mesma probabilidade de fazer parte da nossa amostra”* (Vilelas, 2020:181) e por conveniência, na medida em

que a amostra obtida foi com base na capacidade de realizar consulta de enfermagem aos utentes num determinado espaço de tempo.

### 2.1.1 Contextualização do Local de Intervenção

A USF São Filipe, unidade pertencente ao ACES Arrábida, localizada no concelho de Setúbal, presta cuidados de saúde essencialmente aos utentes residentes na antiga freguesia da Nossa Senhora da Anunciada, atualmente integrada na União das Freguesias de Setúbal, com uma área de cerca de 27,1Km<sup>2</sup>, predominantemente urbana, com 470,9 habitantes/ Km<sup>2</sup>. Assegurando também todos os cuidados aos utentes inscritos com médico de família não residentes na freguesia. (Manual de acolhimento a alunos e internos, 2019:6).

**Figura 3 – Área Geográfica de atuação**



**Fonte:** PLS da Arrábida, (2009:18)

A exercer funções como Modelo B, “*equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efetiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigente*” (ACSS, IP, 2020:1) desde 19.06.2012, é constituída por uma equipa multiprofissional com 9 médicos, 9

enfermeiros, 6 assistentes operacionais e 10 internos. Presta cuidados de saúde a 16.346 utentes inscritos (RNU, abril 2021), segundo a contratualização de uma carteira de serviços de acordo com a vigilância preconizada pela DGS (anexo 6). Com horário de atendimento de segunda a sexta-feira das 8h às 20h, promovendo atendimento por agendamento às situações de vigilância em saúde e vagas específicas ao longo do dia para situações agudas.

Com base nos Censos 2011, verificou-se um envelhecimento demográfico (190,4/1000hab.) e uma baixa natalidade (8,3/1000hab.). Em relação aos utentes inscritos na unidade verifica-se que são mais mulheres (53,54%) que homens (46,46%), sendo que 23,7% são jovens e 35,47% são idosos.

### **2.1.2 População, População Alvo e Amostra**

Segundo Vilelas (2020:179) população “*é o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades. Este conjunto tem uma ou mais características comuns, e encontram-se num espaço ou território conhecido*”. A população são todos os utentes inscritos na USF São Filipe. A população alvo do projeto são os utentes hipocoagulados com necessidade de controlo de INR e que tenham capacidade de compreensão, leitura e escrita, para responder ao questionário. Como critério de exclusão foi definido utentes que são acompanhados em meio hospitalar ou que estejam institucionalizados e sejam acompanhados apenas pelo médico da mesma. É uma amostra não probabilística, uma vez que “*os vários elementos da população não possuem a mesma probabilidade de fazer parte da nossa amostra* (Vilelas, 2020:181) e por conveniência na medida em que foram convidados a participar no estudo os utentes com consulta de hipocoagulação no período de estágio e que aceitaram colaborar, respondendo ao questionário.

Através das listagens de enfermagem obtidas pelo SClínico foram identificados **84** utentes hipocoagulados, dos quais **52** acompanhados em consulta de enfermagem e com controlo de INR na USF São Filipe (população-alvo), como identifica a Tabela1. Estes resultados foram obtidos através da análise do processo individual de cada utente, visualizando a terapêutica prescrita e utentes sem registos recentes foram contactados por telefone para validar a sua condição de saúde quanto à terapêutica anticoagulante.

**Tabela 1 – Utentes Hipocoagulados por Enfermeira de Família**

<b>Enfermeiras</b>	<b>TOTAL</b>	<b>ACO</b>	<b>NOAC</b>	<b>HOSPITAL</b>
<b>Enfermeira 1</b>	10	5	5	0
<b>Enfermeira 2</b>	17	12	4	1
<b>Enfermeira 3</b>	9	6	0	3
<b>Enfermeira 4</b>	4	2	2	0
<b>Enfermeira 5</b>	5	3	1	1
<b>Enfermeira 6</b>	15	12	3	0
<b>Enfermeira 7</b>	4	1	3	0
<b>Enfermeira 8</b>	15	9	5	1
<b>Enfermeira 9</b>	5	2	2	1
<b>TOTAIS</b>	<b>84</b>	<b>52</b>	<b>25</b>	<b>7</b>

Da população-alvo em estudo foi obtida uma amostra de **18** utentes que se disponibilizaram a responder ao questionário no período de estágio decorrente, o que representa cerca de **34%** da população-alvo. Alguns utentes foram contactados para antecipar o dia ou alterar a hora da consulta de enfermagem de forma a conseguir a maior amostra possível, devido ao curto período de intervenção com os mesmos.

### **2.1.3 Instrumentos, Técnicas e Procedimentos de Recolha de Dados**

O questionário foi elaborado pela investigadora (apêndice 2), com base na revisão da literatura (*scoping review*). Foi realizada uma primeira versão e solicitada consulta a vários peritos na área (enfermeiros especialistas e enfermeiros generalistas) com elevado grau de conhecimento sobre o grupo-alvo destinatário do instrumento. Segundo Benner (2001) o perito “*tem uma enorme experiência (...) apreende diretamente o problema (...) [e] age a partir de uma compreensão profunda da situação global*” (p.58), *este profissional pode “(...) ser consultado pelos outros*” (p.60), sendo facilmente reconhecido pelos colegas. O objetivo desta consulta a peritos foi recolher a opinião em relação a alguns aspetos do questionário, nomeadamente: grau de facilidade/dificuldade; adequação das instruções; tempo médio de aplicação do questionário;

linguagem; conteúdo; apresentação e formato de resposta aos itens; procurando-se assim assegurar a validade do conteúdo do questionário, tal como referem Polit & Beck (2011:174).

A versão final do questionário foi posteriormente validada quanto à sua leitura e compreensão das questões através da análise realizada por nove profissionais de saúde, não tendo sido alterada nenhuma questão. É constituído por 3 partes: Parte A, *variáveis sociodemográficas* que nos permite conhecer a amostra em estudo; Parte B, *variáveis motivacionais*, no qual vai permitir compreender o envolvimento/conhecimento dos utentes na gestão da sua doença e Parte C, *variáveis sociorrelacionais*, que nos poderá permitir analisar a relação utente/enfermeiro. Surgem assim, 22 questões: as 8 primeiras são questões fechadas que caracterizam a amostra populacional no âmbito sociodemográfico seguindo 9 questões das quais 6 são perguntas abertas, para compreender o conhecimento sobre a doença e por último 5 questões das quais 2 são perguntas abertas para conhecer o papel da consulta de enfermagem. Registando-se um tempo médio de resposta ao questionário de dez minutos.

#### **Quadro 2 – Variáveis no Projeto de Intervenção de Enfermagem**

<b>Questões</b>	<b>Variáveis Nominais</b>	<b>Variáveis Ordinais</b>	<b>Variáveis Reais</b>
Parte A	1,3,5,6,7,8	4	2
Parte B	1,2,3,4,5,6,7,8,9	0	
Parte C	1,2,3,4,5	0	

A opção pelo questionário relacionou-se com a natureza sensível do problema em estudo e as características da população, uma vez que este possibilita o anonimato e a confidencialidade. É constituído por questões fechadas e questões abertas com o objetivo de identificar as necessidades manifestadas por cada participante na gestão da sua doença, e como tal, permitir uma análise mais aprofundada do papel da enfermagem comunitária no acompanhamento desta população. Trata-se de um instrumento de recolha de dados destinado a aprimorar as necessidades manifestadas sobre o tema em estudo, de forma a realizar o diagnóstico de situação, a primeira etapa da metodologia do planeamento em saúde, segundo Imperatori & Giraldes (1982:13).

Foi realizado um pré-teste do questionário construído a cinco utentes da população em estudo, no qual se verificou a necessidade de incluir a opção “casal”, na questão A8 – Quem prepara as refeições e as opções “trombose profunda venosa” e “não sabe” na questão B3 – Qual o motivo para tomar a medicação.

Para compreender o papel da família do utente hipocoagulado foi aplicado o MDAIF, matriz operativa, na dimensão funcional aos familiares que acompanharam os utentes à consulta de enfermagem de hipocoagulação, no sentido de identificar as áreas de intervenção que a família, como prestador de cuidados executa. A dimensão funcional avalia a dependência dos diversos tipos de autocuidado descritos pelo ICN (2002b):vestuário, comer, beber, ir ao sanitário, comportamento sono-reposo, atividade de lazer e atividade física, bem como o conhecimento sobre a dependência da gestão do regime terapêutico, da autovigilância e da autoadministração de medicamentos, citado por Figueiredo (2012:92). O que nos permitiu, tanto avaliar as necessidades do membro da família como as do familiar cuidador.

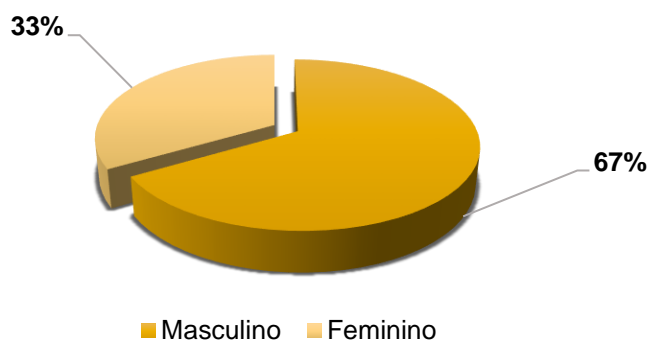
Os questionários foram respondidos em formato papel por opção dos utentes, referindo ser mais facilitador para colaborarem uma vez que têm dificuldade em manusear os instrumentos informáticos. Os dados obtidos foram introduzidos em folha do software Microsoft Excel® para poderem serem analisados e refletidos com o objetivo final de identificar o diagnóstico de situação desta população-alvo.

#### **2.1.4 Apresentação e Análise de Resultados**

Foram apresentados os resultados através do tratamento estatístico e da análise de conteúdo, *“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”* Bardin (2020:44), de forma a percebermos os pontos fortes e os pontos frágeis da população em acompanhamento, identificando o diagnóstico de situação, permitindo a delineação de estratégias de intervenção. Os resultados analisados do questionário aplicados foram colocados em apêndice (apêndice 3) de forma ordenada para um acompanhamento estruturado.

Apresentado uma breve caracterização dos participantes quanto ao sexo (gráfico 1) e idade (Tabelas 2 e 3) dos mesmos de forma a conhecer a população-alvo e uma súmula dos resultados analisados.

**Gráfico 1 – Distribuição dos Participantes por Sexo**



**Tabela 2 - Distribuição dos Participantes por Idade**

Características	Idade
Média	73,61
Mediana	70
Moda	87
Desvio padrão	11,61
Mínimo	55
Máximo	88

As idades dos participantes encontram-se entre 55 e 88 anos de idade, sendo a moda os 87. Foram construídas classes para melhor compreender a amostra quanto à idade.

**Tabela 3 – Distribuição dos Participantes por Grupo Etário**

<b>Grupo Etário</b>	<b>Frequência Absoluta</b>	<b>Frequência Relativa %</b>
<b>50-59</b>	4	0,22
<b>60-69</b>	3	0,71
<b>70-79</b>	3	0,27
<b>80-89</b>	8	0,44
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

Iniciando a análise através da caracterização da amostra da população em estudo verificou-se que a população é 67% feminina, 44% desta tem mais de 80 anos de idade e 67% completou o ensino básico. Verificou-se que 72% dos inquiridos vive com o cônjuge, 22% com um familiar e 6% vive sozinho. Tendo em conta que os participantes são maioritariamente idosos, verificou-se que 83% dos inquiridos prepara a sua própria medicação, 44% prepara as suas refeições sozinho e 33% prepara com o cônjuge/companheiro(a).

Quanto ao conhecimento sobre a doença, 100% dos inquiridos identifica o nome do medicamento prescrito, dos quais 72% identifica o intervalo terapêutico adequado para si. No entanto, 28% dos inquiridos não sabe o motivo por que toma a medicação anticoagulante. Quanto às interações medicamentosas com o ACO, 89% não identifica medicamentos que possam interferir, mas em relação aos alimentos e situações de saúde 50% consegue dar exemplos que possam alterar o seu valor terapêutico ou mesmo que terão de suspender.

E, por último, a importância da consulta de enfermagem, em que 100% dos inquiridos refere ser uma consulta acessível e importante para o seu acompanhamento. Quanto à consulta de enfermagem 67% dos utentes preferem a consulta presencial e 33% ambas (presencial e não presencial). No entanto, quando questionados sobre a consulta não presencial, 70% prefere contacto telefónico. Quanto aos temas abordados em consulta de enfermagem, 32% identifica a alimentação, 23% a atividade física e 13% a interação dos medicamentos e sinais de alarme.

Quanto às questões abertas, foram sujeitas a análise de conteúdo. As respostas dos utentes foram agrupadas por categorias – análise categorial. Esta técnica consiste “em classificar os diferentes elementos nas diversas gavetas segundo

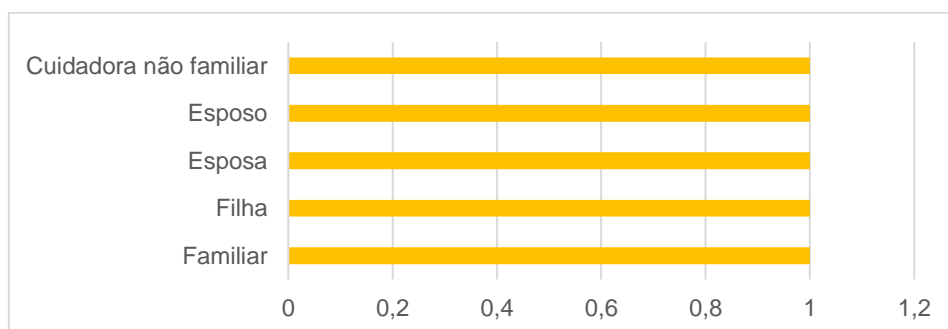
critérios suscetíveis de fazer surgir um sentido capaz de introduzir alguma ordem na confusão inicial” Bardin (2020: 39). Sendo o critério de categorização – léxico, “classificação das palavras segundo o seu sentido, com emparelhamento dos sinónimos e dos sentidos próximos” Bardin (2020:145,146).

Dos 18 utentes que responderam ao questionário 7 não conseguem explicar o que é um “utente hipocoagulado”. Sendo que 12 identificam a alimentação como causa da alteração do valor terapêutico, no entanto ainda 5 pessoas não conseguem identificar o que poderá causar essa alteração.

Dos 18 participantes, 9 identificam uma causa que os põe em perigo. No entanto, 6 pessoas não conseguem identificar um sinal de perigo. Em relação aos alimentos, 9 não identificam alimentos que possam interferir na absorção da varfarina e 9 participantes conseguem identificar situações de saúde que podem levar à interrupção do ACO, evitando ou diminuindo o risco de saúde para o próprio. Tendo em conta que 94% dos utentes inquiridos vive acompanhado pelo cônjuge ou familiar, apenas 2 foram à consulta de enfermagem acompanhados, o que representa 0,1% dos inquiridos. Os dados revelaram que os utentes que são acompanhados por um familiar, normalmente a filha, são viúvos(as).

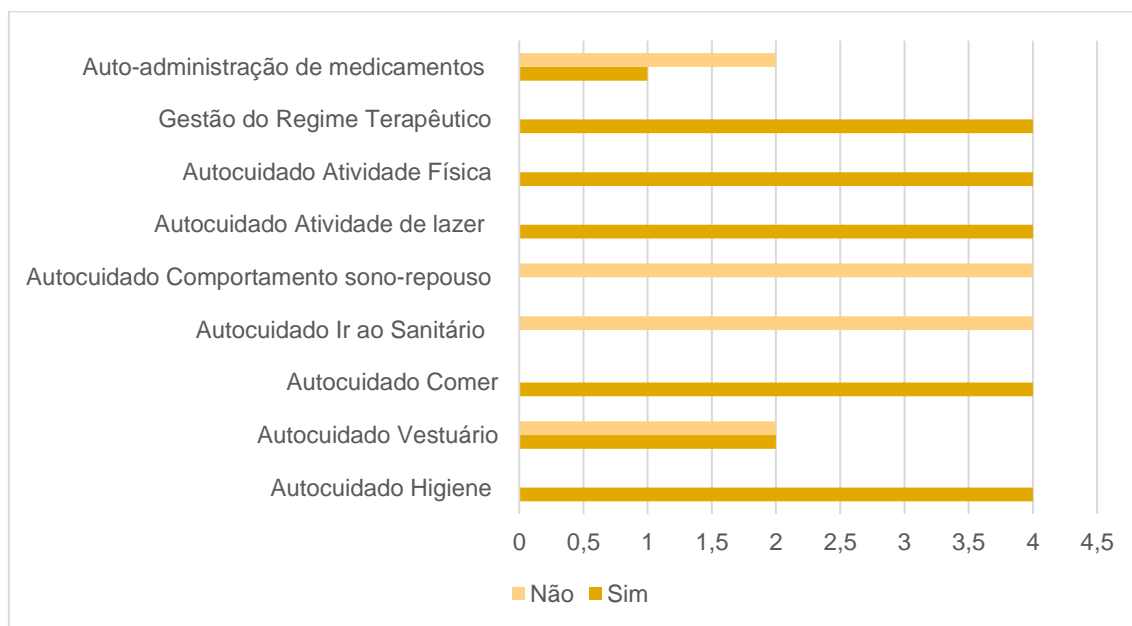
Durante o estágio com relatório foi possível realizar consultas de enfermagem de hipocoagulação e contactar com familiares que na primeira fase não tinha sido possível e solicitar a sua participação no projeto de intervenção, respondendo à matriz operativa – dimensão funcional do MDAIF (apêndice 4). Responderam ao questionário, 3 familiares e 1 cuidador não familiar, como mostra o gráfico seguinte.

## Gráfico 2 – Participantes familiares e não familiares



Verificou-se que os utentes hipocoagulados apresentam dependência em várias áreas do seu autocuidado, no qual o prestador de cuidados, maioritariamente familiar, assume essas funções como suas.

**Gráfico 3 – Análise das áreas de dependência no autocuidado**



Com base na aplicação da matriz operativa do MDAIF, verificou-se uma baixa adesão familiar no acompanhamento, na supervisão das necessidades do seu membro familiar.

### 2.1.5 Diagnóstico de Saúde

Decorrente da apresentação e análise dos dados do questionário respondido por 18 participantes, identificou-se um défice de conhecimento sobre a gestão da doença. Compreender a sua patologia, a terapêutica adjuvante e sinais de perigo é fundamental para poderem identificar estratégias que irão permitir gerir a saúde, diminuindo o risco de descompensação clínica e de internamentos. Readaptar comportamentos de vida saudáveis permitirá uma melhor qualidade de vida.

Verificou-se que os utentes inquiridos são idosos, grupo etário que como refere o INE (2022) “*indivíduos com 65 e mais anos*” e, apenas dois tiveram acompanhados por um familiar (esposa e filha) na consulta de enfermagem, o qual levou à reflexão sobre a perceção da família relativamente à autonomia do

seu familiar no seu autocuidado, como na capacidade de gerir a sua doença promovendo cuidados adaptados ao seu projeto de saúde. Assim, foram identificados os seguintes diagnósticos de situação:

- Défice de conhecimento sobre a ação do ACO na sua doença crónica;
- Défice de conhecimento sobre os sinais de perigo quando toma o ACO;
- Défice de conhecimento sobre a interação do ACO com outros fármacos;
- Défice de conhecimento sobre a interação dos alimentos com o ACO;
- Défice de conhecimento sobre a ação do ACO com outras intervenções de saúde.
- Défice de conhecimento sobre o papel da família no acompanhamento do seu familiar hipocoagulado.
- Défice de conhecimento sobre a perceção da família sobre as necessidades do seu familiar hipocoagulado gerir a sua doença.

#### **2.1.5.1 Diagnósticos de Enfermagem**

Para responder às necessidades identificadas pelos participantes e, com base no diagnóstico de situação, foram delineados diagnósticos de enfermagem, suportado pela CIPE-2015, que permitiram capacitar os utentes hipocoagulados e sua família na gestão do seu processo de saúde-doença. Como refere OE (2009), “*para compor um diagnóstico de Enfermagem utilizando o modelo ISO são obrigatórios um foco e um juízo, enquanto os restantes elementos do modelo são opcionais*” (2009:12).

#### **Quadro 3 – Diagnósticos de Enfermagem**

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Foco</b>	<b>Juízo</b>
Conhecimento sobre a doença	Conhecimento sobre o processo patológico	Défice
Conhecimento sobre o Regime Dietético	Conhecimento sobre o regime dietético	Défice

<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Foco</b>	<b>Juízo</b>
Capacidade do autocuidado	Capacidade do autocuidado	Comprometido
	Autocuidado	Défice
	Capacidade para executar o autocuidado	Potencial
Autogestão da doença	Autogestão da doença	Comprometido
Papel da Família	Conhecimento do papel da família	Comprometido
Conhecimento da família	Capacidade do familiar em gerir a doença	Comprometido

Assim, e com base no quadro 3, foram definidos os diagnósticos de enfermagem, de forma a capacitar o utente hipocoagulado e família na gestão da sua doença, melhorando a sua saúde:

- Conhecimento sobre a doença diminuído por défice de conhecimento sobre o processo patológico manifestado por diminuição de conhecimento sobre a interação com a alimentação, terapêutica e procedimentos médicos.

- Conhecimento sobre o regime dietético diminuído por défice de conhecimento sobre a interação da alimentação com a terapêutica ACO.

- Capacidade para o autocuidado diminuído por défice de conhecimento no autocuidado manifestado pela falta de conhecimento sobre como manter a saúde e bem-estar no seu projeto de saúde.

- Autogestão da doença comprometido por défice de conhecimento da gestão da sua doença manifestado por défice de conhecimento nas várias áreas de proteção, como a interação alimentar, medicamentosa, sinais de alerta com a terapêutica ACO necessária para a regulação da sua doença crónica.

- Conhecimento sobre o papel da família comprometido manifestado pelo não acompanhamento do seu familiar na consulta de vigilância.

- Conhecimento sobre a perceção da família sobre a capacidade do seu familiar em gerir a doença comprometido manifestado pelo não acompanhamento do seu familiar na consulta de vigilância.

Foi apresentado em reunião multidisciplinar o trabalho desenvolvido até à identificação do diagnóstico de situação (apêndice 5) e os objetivos do estágio com relatório com o intuito de toda a equipa perceber o meu propósito na unidade funcional e dar a conhecer as necessidades da população hipocoagulada com controle de INR.

## **2.1 Definição de Prioridades**

Com base no diagnóstico de saúde foram identificados vários problemas de saúde que serão agora hierarquizados segundo critérios de priorização. Esta hierarquia vai ser construída através da grelha de análise *“técnica semi quantitativa (...) classifica os problemas por ordenação com base em critérios dicotómicos (...)”*. Que utiliza quatro critérios de priorização: importância do problema, relação entre o problema e o fator de risco, capacidade técnica de resolver o problema e exequibilidade do projeto ou da intervenção. Rodrigues (2021:111) citando (Pineault (2016); Tavares (1990).

Após identificação dos problemas com os utentes hipocoagulados e família foi realizada uma reunião com três peritos no sentido de priorizar os problemas com base nos critérios da grelha de análise, adaptado de Hartz, (2017:78), citado por Rodrigues (2021:112). Os dados obtidos foram compilados e representados na árvore de decisão (apêndice 6) de forma a dar visibilidade à importância demonstrada por cada problema identificado e como tal, definir objetivos para que estes problemas possam ser minorados ou resolvidos. Assim, e após reflexão, foi delineada a priorização dos problemas identificados:

- 1. Défice de conhecimento do regime dietético** (50% dos inquiridos não identifica alimentos que possam interferir com o ACO);
- 2. Autogestão da doença comprometido** (28% dos inquiridos não identifica nenhum sinal de perigo para quem toma ACO);
- 3. Conhecimento da família sobre a capacidade do familiar gerir a doença comprometido** (dos 18 inquiridos apenas 2 foram acompanhados por familiar)
- 4. Défice de conhecimento do processo patológico** (28% dos inquiridos não sabe porque toma o ACO);
- 5. Capacidade do autocuidado comprometido** (50% dos inquiridos não identifica intervenções de saúde que possam ter de suspender a toma de ACO);

6. Conhecimento do papel da família comprometido (dos 18 inquiridos apenas 2 foram acompanhados por familiar)

7. Défice de conhecimento do regime terapêutico (89% dos inquiridos não identifica medicamentos que possam interferir com o ACO);

## 2.2 Formulação de Objetivos

A definição de objetivos é fundamental para que a viabilidade do projeto fosse alcançada. Como refere Imperatori & Geraldès (1993:45) “o objetivo é, assim, o enunciado do resultado desejável do problema, alternando em princípio, a tendência da sua evolução”, ou seja, “é possível traçar um caminho das estratégias de intervenção (...) a partir do estado atual de determinada comunidade, que estado pretendemos atingir, onde e até quando” Melo (2022:23). Para tal, os objetivos foram delineados, e segundo Tavares (1990:116) “pertinentes”, no sentido de serem construídos com base no diagnóstico de situação, “precisos”, apresentá-los de forma clara, “realistas”, atendendo aos recursos disponíveis para a sua concretização, e como tal, “realizáveis”. E por último, “mensuráveis”, na medida em que podem ser medidos e replicados.

Verificou-se um défice de conhecimento sobre a gestão da doença. Compreender a sua patologia, sinais de perigo e a interação com a alimentação e terapêutica adjuvante é fundamental para poderem planear estratégias que irão permitir gerir a sua saúde, diminuindo o risco de descompensação clínica e de internamentos, e como tal, melhorar qualidade de vida. Assim, com base nos critérios identificados e com vista a minimizar ou resolver os problemas identificados, deu-se primazia aos primeiros quatro, delineando os seguintes objetivos descritos no quadro seguinte, seguindo a taxonomia de bloom:

### Quadro 4 – Identificação dos Objetivos

<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Déficit de conhecimento do regime dietético
<b>Objetivo Geral:</b> Capacitar o utente hipocoagulado e família na gestão do regime dietético

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Metas (Estratégias)</b>	<b>Indicadores (Avaliação)</b>
Identificar alimentos que mais interferem com o ACO.	Que 80% dos utentes/família intervencionados consigam identificar 5 alimentos que mais interferem com o ACO.	% de utentes/família intervencionados que identificam 5 alimentos que mais interferem com o ACO.
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Autogestão da doença comprometida		
<b>Objetivo Geral:</b> Capacitar o utente e família na gestão da doença		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>
Reconhecer situações de perigo para os utentes que tomam ACO	Que 90% dos utentes/família intervencionados consigam reconhecer 3 situações de perigo.	% de utentes/família intervencionados que reconhecem 3 situações de perigo.
Relacionar as situações de perigo com a ação a tomar para que seja diminuído o risco	Que 90% dos utentes e família intervencionados consigam identificar 2 ações para diminuir o risco	% de utentes e família intervencionados que identificam 2 ações para diminuir o risco.
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Conhecimento da família sobre a capacidade do familiar gerir a doença comprometido		
<b>Objetivo Geral:</b> Envolver a família na gestão da doença do utente hipocoagulado.		
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>
Apoiar a família na identificação das áreas que o seu familiar necessita de suporte.	Que 50% dos familiares intervencionados identifiquem 3 áreas no qual o seu familiar necessita de suporte.	% de familiares que identificaram 3 áreas de suporte ao familiar.
<b>Diagnóstico de Enfermagem:</b> Défice de conhecimento do processo patológico		
<b>Objetivo Geral:</b> Motivar o utente e família no conhecimento do processo patológico		

Objetivo Específico	Metas	Indicadores
Compreender o processo patológico	Que 70% dos utentes/família intervencionados identifiquem o motivo da toma do anticoagulante.	% de utentes/família intervencionados que identifiquem o motivo da toma do anticoagulante

### 2.3 Seleção das Estratégias

Etapa do planeamento em saúde de ação, uma vez que tem como função *“um conjunto de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”* Imperatori & Geraldês (1993:65).

As estratégias a desenvolver neste projeto de intervenção foram construídas tendo em conta os critérios para a sua conceção, descrevendo todo o processo, de forma detalhada para a sua concretização. Para tal, que sejam estratégias potenciais e realizáveis, estimando os seus custos e avaliando a adequação dos recursos. Fases delineadas por Imperatori & Geraldês (1993:66) e como refere também Melo (2020:28), *a estratégia de intervenção “é um passo fulcral no sucesso de um programa ou projeto de intervenção comunitária”*.

Assim, foram delineadas as seguintes estratégias sustentadas na teoria do défice do autocuidado de Dorothea Orem:

1. **Envolvimento da Equipa de Enfermagem**, é fundamental trabalhar em equipa e motivar o grupo a desenvolver novas estratégias de intervenção, de forma a promover os melhores cuidados de saúde com base na evidência mais recente. Segundo o sistema de apoio e educação, Orem (1991:291), o papel da enfermeira é *“de promover o paciente como um agente de autocuidado”* citado por Foster e Bennett (2000:88). Perceber as dificuldades quer dos utentes como dos profissionais permite uma aprendizagem mais efetiva, promove uma discussão dos cuidados prestados e define novas estratégias de intervenção para construir uma comunidade mais interventiva e promotora de saúde.

2. **Informação e Comunicação**, para que os utentes, família e profissionais de saúde possam participar ativamente é necessário que a informação chegue atempadamente e detalhada com dia, hora e local com alguma antecedência de forma a organizarem-se para o efeito. É também importante que os dados que vão surgindo do projeto de intervenção sejam divulgados quer aos profissionais de saúde como aos utentes, pois poderão participar com conhecimento, e tomar decisões com consciência.
3. **Promoção do Autocuidado**, é imperativo que os utentes e família participem no projeto de forma efetiva e interventiva, pois permitirá desenvolver capacidades, melhorar conhecimentos com o objetivo de serem capazes de forma autónoma ou com vigilância/apoio na manutenção do seu autocuidado. Mantendo o sistema de apoio e educação de Orem, *“a pessoa é capaz de desempenhar, ou pode e deve aprender a desempenhar, as medidas exigidas pelo autocuidado terapêutico, externa ou internamente orientado, mas não pode fazer isso sem assistência”* (Orem, 1991) citado por Foster e Bennett (2000:88). A parceria com a enfermagem vai permitir gerir o seu projeto de saúde, capacitá-los para as necessidades identificadas, apoiando no seu autocuidado e como tal, melhorar a qualidade de vida. Construir um espaço de reflexão de grupo, permitirá desenvolver uma comunidade mais conhecedora e protetora da sua saúde. Surgindo por vezes a necessidade, nesta etapa, de articular com o sistema de enfermagem parcialmente compensatório, no sentido de o enfermeiro/a apoiar na realização de algumas tarefas do autocuidado até o utente estar apto a realizá-las sozinho, ou seja, *“tanto a enfermeira quanto o paciente desempenham as medidas de cuidados”* (Orem, 1991), citado por Foster e Bennett (2000:87), capacitando a pessoa na gestão do seu autocuidado.
4. **Proximidade de Cuidados de Enfermagem**, o projeto foi desenvolvido com o intuito de envolver todos os profissionais, utentes e família em intervenção, mantendo acessibilidade e proximidade à consulta de enfermagem, quer presencial como não presencial. Teve como objetivo dar resposta atempadamente às dificuldades manifestadas pelo utente e família. Manter o utente capaz de se autocuidar *“desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício, para manter a*

*vida, a saúde e o bem-estar*” (Orem, 1991) citado por Foster e Bennett (2000:84) é torná-lo autónomo no seu autocuidado.

Para uma melhor visibilidade e reflexão sobre exequibilidade das estratégias definidas foi elaborado a análise de *SWOT* (quadro 5).

**Quadro 5 – Estratégias Seleccionadas – Análise *SWOT***

	<b>Pontos Fortes</b>	<b>Pontos Fracos</b>
<b>Aspetos Internos</b>	<p>Envolver a EE promove o fortalecimento e cooperação entre os profissionais e melhora os cuidados de enfermagem prestados;</p> <p>Divulgar e Informar a Comunidade em intervenção sobre o projeto incentiva à sua participação;</p> <p>Participar no projeto em intervenção, promove a capacitação do utente/família na gestão do processo saúde-doença;</p>	<p>A incapacidade (ou o receio de ser incapaz) de manter a EE motivada a participar no projeto de intervenção;</p> <p>Não ter a capacidade de divulgar e informar toda a comunidade sobre o projeto;</p> <p>Dificuldade em conseguir articular o espaço/dia/hora para a realização das sessões de grupo num período facilitador para a comunidade em intervenção;</p>
	<b>Oportunidades</b>	<b>Ameaças</b>
<b>Aspetos Externos</b>	<p>Maior confiança por parte dos utentes/família na EE;</p> <p>Maior capacidade de envolver os utentes/família no seu autocuidado;</p> <p>Participação ativa dos utentes/família na saúde da comunidade;</p> <p>Maior resposta às necessidades identificadas na comunidade em intervenção;</p>	<p>A necessidade da EE responder a várias áreas de intervenção fora da unidade de saúde;</p> <p>A pouca adesão por parte dos utentes e família na integração do projeto;</p>

## 2.4 Elaboração de Programas e Projetos

Etapa de desenvolvimento seguinte que nos permitiu estruturar o processo de planeamento das atividades. Como refere Nunes (2016:67) “o ato de planear é, portanto, uma tarefa contínua, flexível, adaptável, baseado no conhecimento da realidade envolvente e das leis que regem a sua transformação”. Foi representado todo o processo através do diagrama de Gantt (apêndice 7), “cronograma com duas dimensões que relacionam as atividades com o tempo necessário para as desenvolver” Nunes (2016:43) de forma a ser mais visível o percurso previsto para a execução das atividades propostas e sua avaliação.

### Quadro 6 – Estratégias e Atividades desenvolvidas

<b>Estratégias</b>	<b>Atividades</b>
<b>Envolvimento da Equipa de Enfermagem</b>	Apresentação do projeto à Equipa de Enfermagem; Reuniões informais com as colegas para as manter informadas sobre o desenvolvimento do projeto e solicitar opinião.
<b>Informação e Comunicação</b>	Participação da mestranda em consultas de hipocoagulação para estabelecer uma relação com utentes/família e dar conhecimento do projeto; Exposição da informação sobre as atividades a desenvolver, em local visível; Informação sobre as atividades desenvolvidas reforçadas nas consultas com as suas enfermeiras de família;
<b>Promoção do Autocuidado</b>	Realização de duas sessões de educação para a saúde; Entrega de uma <i>Checklist</i> para ajudar nos registos de alterações do bem-estar no seu dia-a-dia; Entrega de um <i>flyer</i> com resumo dos cuidados a ter para manter uma boa saúde;
<b>Proximidade de Cuidados de Enfermagem</b>	Realização do manual de boas práticas da consulta de enfermagem não presencial;

## 2.5 Preparação da Execução

Foram realizadas reuniões ao longo do estágio quer com a equipa de enfermagem como com a equipa multidisciplinar no sentido de analisar as necessidades dos utentes, capacitá-los no seu autocuidado e desenvolver procedimentos para promover e permitir melhores cuidados de enfermagem e de dar conhecimento do percurso desenvolvido durante o mesmo.

### Quadro 7 – Reuniões realizadas

Equipa	Data da Reunião	Temas Abordados
Multidisciplinar	23 outubro 2021	Diagnóstico de saúde dos utentes hipocoagulados com necessidade de controle de INR (apêndice 4);
Peritos da equipa de enfermagem	07 janeiro 2022	Priorização dos problemas identificados no diagnóstico de saúde (apêndice 6);
De Enfermagem	21 janeiro 2022	Consulta de Enfermagem não Presencial: - Perceção da equipa sobre a introdução da consulta não presencial; - Análise dos critérios para a solicitação da mesma (apêndice 8);
Multidisciplinar	28 janeiro 2022	Apresentação (apêndice 11): - Identificação dos objetivos para os problemas identificados e priorizados; - Informar sobre as atividades programadas: * Formação para os utentes/família dia 31 de janeiro e 14 de fevereiro de 2022 das 14h30 às 15h30 – Póster informativo (apêndice 10).
Multidisciplinar	28 fevereiro 2022	Apresentação dos resultados do projeto (apêndice 15); Análise reflexiva do estágio desenvolvido; Manual de boas práticas da consulta de enfermagem não presencial (apêndice 16).

As sessões de educação para a saúde realizadas tiveram como finalidade promover a saúde na comunidade em intervenção, viabilizando o seu desenvolvimento e melhorando o conhecimento sobre a sua doença. Como refere a carta de Ottawa (1986), “*é um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a melhorar, entendendo a saúde como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida*” (OMS, 1996), citado por Rodrigues (2021:160). Reforçando o papel do enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública na capacitação e empoderamento da sua comunidade, transformando-a numa comunidade desperta, ativa e interventiva para dar resposta às necessidades sentidas melhorando a sua qualidade de vida.

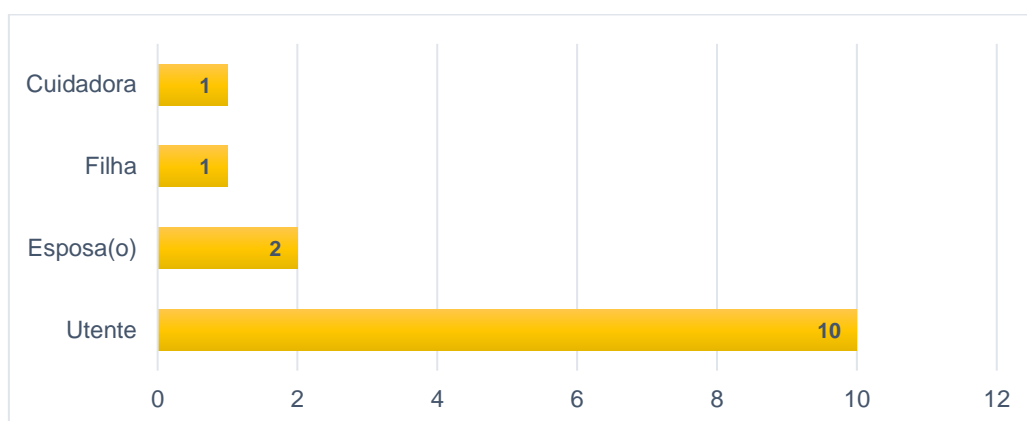
Para a realização destas sessões de grupo foi construído o plano de sessão (apêndice 9) de forma a organizar o momento formativo e reflexivo, e no final, ser possível uma avaliação da mesma no sentido de perceber o que foi conseguido e o que terá de ser melhorado.

Foram realizadas duas sessões (apêndice 12) numa das salas de espera da USF São Filipe, promovendo um espaço de partilha e reflexão sobre a necessidade de tomar anticoagulante, como delinear estratégias adaptativas para desenvolver um projeto de saúde. Participaram utentes e familiares que apoiam o seu familiar no seu autocuidado, tendo sido um momento muito enriquecedor, no qual permitiu lembrar o motivo da toma, partilhar a elaboração de refeições simples, variadas e constantes, bem como, identificar sinais de alerta que possam necessitar de recorrer à unidade de saúde ou de acionar o 112 para uma resposta mais adequada às necessidades. No final foi entregue um *flyer* (apêndice 13) com o resumo dos temas abordados para que os possa apoiar no seu autocuidado e uma *checklist* com o objetivo de registar acontecimentos que alteram o seu bem-estar, como cefaleias, surgimento de equimoses ou hemorragia gengival, bem como o esquecimento da toma do medicamento anticoagulante (apêndice 14), que será analisado em consulta de enfermagem, apoiando nas decisões a tomar, redefinindo estratégias de intervenção, se necessário.

## 2.6 Avaliação

As sessões de educação para a saúde foram realizadas com base nos problemas identificados e priorizados, no sentido de capacitá-los na gestão da doença melhorando o seu autocuidado e como tal, o seu bem-estar. A análise das sessões foi realizada segundo a *Checklist* de avaliação (apêndice 9), construída com base nos objetivos e metas definidas, no sentido de perceber o que foi apreendido e o que pode ser mais trabalhado.

**Gráfico 4 – Participantes das sessões de educação para a saúde**



Participaram 14 pessoas nas sessões de educação para a saúde (utentes, familiares e cuidadores). Todos intervieram durante as mesmas no sentido de reforçarem o seu conhecimento, de partilharem as suas experiências e dúvidas. Foram momentos de grande aprendizagem no qual surgiram estratégias de atuação no cuidar do dia a dia. Compreendendo a doença tornam-se mais capazes na sua gestão, e como tal, melhoram a sua qualidade de vida e bem-estar.

Os familiares participantes são conviventes com os utentes hipocoagulados, no qual assumiram alguns papéis no autocuidado dos mesmos, na medida em que estes apresentam défice. A dificuldade em realizar algumas atividades como a sua higiene, preparar a sua medicação, deslocar-se sozinho às consultas, fez com que o seu cônjuge assumisse algumas destas funções para que fosse mantido o autocuidado ao seu familiar. No caso de ser viúvo(a), as filhas assumem o papel de cuidadoras. Verificou-se que os familiares presentes são os que já assumiram as funções do seu familiar há algum tempo.

Estas intervenções vêm permitir uma reflexão sobre o papel da Enfermagem no cuidado à família do utente com défice no seu autocuidado, permitindo a

identificação precoce das necessidades, do envolvimento da família e do apoio que necessitam para reestruturar os papéis de intervenção familiar.

É fundamental que as sessões de educação para a saúde sejam realizadas com maior regularidade, promovendo momentos de reflexão, de partilha, na identificação das necessidades por parte dos familiares no sentido de desenvolver estratégias adaptativas para um cuidado não só centrado no utente, mas na própria família. Para complementar e promover informação fora do âmbito das sessões de formação, a apresentação realizada ficou disponível em formato de vídeo para se poder colocar nos dispositivos televisivos da unidade de saúde.

As consultas não presenciais, quer por telefone ou por teleconsulta, serão também um recurso que promoverá a proximidade dos cuidados às famílias com maior dificuldade na deslocação às unidades de saúde, melhorando a sua acessibilidade e equidade nos cuidados de enfermagem. Esta é uma realidade cada vez maior, na medida em que, o SNS está a desenvolver esforços na digitalização dos serviços de saúde, melhorando a resposta às necessidades da sua comunidade.

### 3 - QUESTÕES ÉTICAS

Este documento foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular – Estágio com relatório com o intuito de adquirir o título de Grau Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária. Sucede ao projeto que identificou o diagnóstico de situação da comunidade que necessita de antagonistas da vitamina K – Anticoagulante oral com necessidade de controle de INR. Norteado pelo perfil de competências comuns “*desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (...) e respeitando a autonomia e vontade do cliente*” (regulamento nº140/2018:4745).

Para que o projeto e estágio com relatório pudessem ser concretizados, segundo os objetivos delineados, foi solicitado previamente um pedido de autorização ao ACES Arrábida (anexo7) e à USF São Filipe (anexo 8), unidade de saúde onde foram realizados os estágios. Para identificar o diagnóstico de situação da comunidade a intervir, “*grupo social determinado por limites geográficos e/ou valores e interesses comuns*” OMS, citado no código deontológico (2005:83), foi delineado o protocolo de investigação, segundo as orientações da Comissão de Ética para a Saúde e submetido no sentido de solicitar parecer favorável ao mesmo (anexo 9). “*O exercício da responsabilidade profissional deverá ter em conta, bem como deverá reconhecer e respeitar o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida*” (2005:63), como refere o código deontológico.

Foi apresentado o consentimento informado ao utente e família quer para responder ao questionário sobre o conhecimento e gestão da doença (anexo 10) como para a família responder à matriz operativa – Dimensão funcional do MDAIF (anexo 11). Foi explicado previamente o propósito do projeto a desenvolver, esclarecendo todas as dúvidas identificadas, disponibilizando toda a informação necessária para que os participantes pudessem tomar a sua decisão com base no conhecimento. No sentido de garantir “*práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais*” (regulamento nº140/2018:4745). Realçando que o relatório de estágio e todo o processo de intervenção comunitária garantiu o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de

relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes.

Quanto aos utentes e famílias, a sua participação no estudo foi voluntária e anónima. Sempre com a possibilidade de não participarem ou de desistirem em qualquer fase do projeto de intervenção, sem que a opção interferisse nos seus cuidados assistenciais.

Foi solicitado à coordenadora da USF São Filipe autorização para que o nome desta unidade funcional, onde se realizou os estágios, pudesse ser mencionada no estágio com relatório (anexo 12).

Todo o percurso formativo foi desenvolvido com base nos princípios éticos que se regem pelos valores da *“autonomia ou liberdade das pessoas, o seu bem-estar, a igualdade ou a imparcialidade”* (Queiroz, 2001), citado por Melo (2020:136) e assumindo que *“ a responsabilidade do enfermeiro perante a comunidade surge expressa na promoção da saúde e na responsabilidade às necessidades em cuidados de saúde”* (2005:85) código deontológico, foi possível *“conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido e participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados”* Melo (2020:137).

## 4 – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O estágio com relatório foi desenvolvido com o intuito de adquirir competências no âmbito de mestre em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública. Como refere Perrenoud (2000), citado pela OE (2009:11) “*competência é um conjunto de saberes adquiridos, que suportam inferências, antecipações, generalizações, tomadas de decisão*”, reforça Le Boterf (2002) que a competência é “*saber mobilizar recursos, conhecimentos e capacidades perante uma situação concreta*”.

Assim sendo, inicia-se a aprendizagem nas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, no sentido de desenvolver mais conhecimento de forma a poder promover melhores cuidados de enfermagem ao utente/família ao longo do ciclo vital no acompanhamento seu projeto de saúde.

### 4.1 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

O regulamento nº140/2018, segundo a OE, identifica competências em quatro domínios que foram desenvolvidos durante o estágio. Como primeiro domínio, ***Responsabilidade Profissional, Ética e Legal***, o qual é a base de sustentação da aprendizagem e desenvolvimento sobre a prática de enfermagem e da construção como Ser profissional. A ética e a deontologia, promoveu o conhecimento sobre os valores e crenças, individualidade e especificidade do ser humano, reconhecendo e respeitando a unicidade no sentido de ser capaz de desenvolver estratégias de saúde apoiadas nas necessidades manifestadas pelos utentes/família/comunidade que cuida.

Durante o projeto de intervenção a ética e a deontologia foram sempre a base de todas as intervenções, quer na decisão do percurso, como na solicitação de colaboração por parte dos pares, no contacto com os utentes hipocoagulados/famílias quer por telefone como em consulta presencial de enfermagem. Mantendo sempre a preocupação de explicar o objetivo de os contactar, promovendo toda a informação oral e escrita, através do consentimento informado, esclarecido e livre, identificando as vantagens e desvantagens, reforçando sempre que poderiam não aceitar o desafio proposto,

e que mesmo que aceitasse a qualquer momento o poderiam deixar de fazer. Assim, independentemente da sua decisão os seus cuidados de saúde nunca estariam fragilizados. No **Domínio da Gestão da Qualidade**, o enfermeiro especialista deve ser capaz de “*desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica*”, bem como “*conceber, gerir e colaborar em programas da melhoria de qualidade, criando e mantendo um ambiente terapêutico e seguro*” OE (2009:15). Durante o percurso formativo foi possível manter a equipa de enfermagem motivada, participando nas decisões a desenvolver depois da identificação do diagnóstico de saúde da comunidade em intervenção e a colaborarem nas estratégias definidas, desenvolvendo atividades de forma a melhorar os cuidados de enfermagem prestados e a tornar a comunidade intervencionada mais capacitada na gestão do seu projeto de saúde. Quanto à **Gestão de Cuidados**, o enfermeiro especialista “*Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional*”, bem como “*Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade de cuidados*” OE (2009:17). O envolvimento da equipa multidisciplinar permitiu melhorar a gestão de cuidados na medida em que todos conheciam o projeto e orientaram os seus utentes para a sua participação. Este trabalho em equipa permitiu otimização da qualidade de cuidados, utilizando os recursos humanos existentes de forma mais eficaz, contribuindo para um melhor processo de cuidar. A formação em teleconsulta em tempo real pela RSE Live, permitiu adquirir conhecimentos que futuramente será mais um recurso para a comunidade e para os profissionais de saúde. Permite uma melhor gestão dos cuidados prestados melhorando assim a acessibilidade e equidade de cuidados em saúde (anexo 13). E por último, o **Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**, o enfermeiro especialista tem de ser capaz de “*desenvolver o autoconhecimento e a assertividade*”, bem como, “*basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento*” OE (2009:18). Durante este estágio foi possível uma integração mais efetiva na equipa multidisciplinar no sentido de reforçar a minha participação no cuidar dos utentes da unidade onde estou a desenvolver as minhas competências profissionais. Foram meses de grandes aprendizagens, quer no âmbito do conhecimento teórico como no prático.

Contribuir para melhores cuidados de enfermagem na unidade em formação foi muito gratificante pessoal e profissionalmente, não esquecendo o meu papel na equipa multiprofissional, respeitando sempre o percurso formativo. Todo este conhecimento desenvolvido durante o percurso de estágio foi baseado na prática clínica sustentada na evidência científica. Procurando a informação mais pertinente e atual, articulando a teoria e a prática como um caminho para a excelência de cuidados de enfermagem prestados. Assim, e para que desenvolvesse o meu conhecimento na prática de enfermagem, foi possível participar em várias formações que enriqueceram o meu autoconhecimento, no âmbito do autocuidado – II Fórum Internacional do Autocuidado [virtual] que decorreu nos dias 18 e 19 de novembro de 2021 (anexo 14) e cuidados centrados na pessoa – conferência online “Cuidado Centrado na Pessoa pela voz dos seus autores” no dia 16 de fevereiro de 2022 (anexo 15).

#### **4.2 Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública**

No âmbito das competências específicas, o enfermeiro especialista deve *“estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, “Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades”, “Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”, bem como, “Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”* (regulamento nº 428/2018).

O estágio com relatório foi desenvolvido segundo a metodologia do planeamento em saúde, seguindo de forma estruturada todas as etapas definidas com o objetivo de intervir numa comunidade. Identificou-se os problemas de saúde, priorizou-se e definiu-se estratégias para diminuir ou eliminá-los através de atividades desenvolvidas, no qual permitiu capacitar a comunidade intervencionada no seu projeto de saúde, promovendo mais conhecimento para que as suas tomadas de decisão se tornassem ganhos em saúde. Liderar e envolver a comunidade no projeto de saúde permitiu compreender melhor as necessidades e dificuldades manifestadas, o que facilitou a gestão dos recursos humanos para a realização das sessões de educação para a saúde e na gestão

de informação através construção de materiais de apoio que respondessem às necessidades identificadas pela comunidade intervencionada.

Este projeto de intervenção teve como suporte o PNDCCV no sentido de contribuir para diminuição de recidivas, internamentos por descompensação clínica, diminuindo também, o número de mortes prematuras ao melhorar a literacia em saúde através da intervenção comunitária. Assim, ao desenvolver parceria com a comunidade em intervenção, conhecendo a sua problemática no seu processo de saúde-doença e capacitando-os para desenvolverem estratégias de saúde que melhorem o seu bem-estar, monitorizando através da consulta de enfermagem presencial e não presencial, iremos contribuir, positivamente, no processo epidemiológico da população.

### **4.3 Competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública**

No sentido de obter o grau mestre e segundo o Ministério da Educação e Ciência, (Lei nº115/2013:4760, 4761), é necessário

possuir conhecimentos e capacidade de compreensão (...) desenvolver e aprofundar. Saber aplicar os conhecimentos (...) capacidade de resolver os problemas em situações novas e não familiares. Ser capaz de comunicar as suas conclusões (...) quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades. Competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, (...) auto-orientado ou autónomo.

Ao longo deste percurso formativo foi possível aprofundar conhecimentos através do ciclo de estudos no âmbito da enfermagem comunitária e de saúde pública no sentido da capacitação para as tomadas de decisão mais complexas através da aprendizagem orientada e autónoma.

Os estágios desenvolvidos permitiram a aplicação do conhecimento de forma orientada e estruturada, desenvolvendo competências no âmbito do *conhecimento científico*, na estruturação de todo o *processo de aprendizagem*: comunicação, metodologia de trabalho e investigação, integração e adaptação em nova equipa multidisciplinar, capacitação e intervenção em grupos e comunidades, promovendo *crescimento pessoal e profissional* através da análise crítica e reflexiva do processo formativo.

Intervir numa comunidade, desenvolver estratégias para capacitá-la no seu autocuidado, permitiu uma parceria comunidade/enfermagem num crescimento mútuo.

O estágio com relatório, última etapa do percurso formativo, permitiu desenvolver a comunicação com o outro, aprofundar e aplicar os conhecimentos no delinear das atividades, após a identificação com a comunidade intervencionada nas suas necessidades. Preparar e analisar todas as decisões a tomar no sentido de as implementar de forma clara, precisa e sem ambiguidades junto da equipa multidisciplinar e da comunidade promovendo os melhores cuidados de enfermagem.

Foi possível contribuir para o crescimento na divulgação científica ao participar no Congresso Funciden – IX Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería decorrido entre o dia 23 e 30 de março de 2022 (anexo 16), com um poster “Conhecimento do utente hipocoagulado e família na gestão da doença: *Scoping Review*” (anexo 17), no qual me permitiu colocar em prática e desenvolver competências na pesquisa e na redação segundo o rigor científico e académico.

## CONCLUSÃO

As doenças cérebro-cardiovasculares são doenças que necessitam de um acompanhamento efetivo e especializado com o intuito de diminuir os internamentos por descompensação clínica, manter a pessoa ativa e diminuir o seu grau de dependência. Estão incluídas as doenças que necessitam de anticoagulantes orais, o que requer uma vigilância de saúde mais regular e de uma parceria profissional/utente/família na sua gestão. Apesar de haver uma diminuição do número de óbitos em Portugal, em relação à doença isquémica cardíaca e à doença cerebrovascular, verifica-se um aumento da morte prematura abaixo dos 70 anos.

Através da *scoping review* verificou-se uma diminuição de literacia no conhecimento do utente sobre a gestão da sua doença, demonstrando a necessidade de investimento através da promoção em saúde no sentido de capacitar a comunidade com estas necessidades específicas.

O papel do EEEC é fundamental no acompanhamento e orientação da comunidade na gestão do seu projeto de saúde. Através de EpS promove momentos de aprendizagem e de crescimento no sentido de capacitar a comunidade que cuida a melhorar o seu estado de saúde.

Este estágio com relatório permitiu desenvolver conhecimento no âmbito da intervenção comunitária, através da metodologia do planeamento em saúde, onde se desencadearam todos os passos de forma estruturada e dinâmica de acordo com a comunidade em intervenção. Através do diagnóstico de saúde realizado e com o suporte da Teoria do défice do autocuidado de Dorothea Orem, através do sistema de apoio-educação, foi possível identificar as carências no autocuidado do utente hipocoagulado e sua família na gestão da doença e delinear estratégias para os capacitar de forma a melhorarem as suas competências no seu autocuidado.

Através da promoção de saúde, estratégia de intervenção comunitária no sentido de capacitar grupos e comunidades, foram desenvolvidas intervenções na comunidade através de EpS, momentos que promoveram aprendizagem através da partilha de conhecimentos, experiências vivenciadas pelos utentes e debate o qual permitiu melhorar as competências quer no conhecimento da sua patologia, interação medicamentosa e alimentar como no reconhecimento de

situações de risco e suas medidas de atuação de forma a minimizar os riscos e manter uma vida saudável e equilibrada.

As intervenções comunitárias realizadas durante este estágio foram muito enriquecedoras devido ao envolvimento de toda a equipa multidisciplinar da USF São Filipe no projeto, que permitiu divulgar a informação, incentivar a participação dos utentes e familiares, e todos juntos, melhorarmos a literacia em saúde na área da hipocoagulação. No entanto, teremos de nos focar nas famílias, devido à dificuldade sentida em integrá-las na participação do projeto e na intervenção nos cuidados de saúde.

Todo o projeto desenvolvido contribuiu para aperfeiçoar as competências dos utentes e família, uma vez que foi possível o seu envolvimento em todo o processo de intervenção, identificando os problemas e delineando estratégias para os diminuir ou suprimir. Quanto à equipa de enfermagem onde se desenvolveu os estágios, permitiu-nos atualizar conhecimentos na área da hipocoagulação, compreender melhor as necessidades da comunidade de quem cuidamos, discutir e articular com a equipa multidisciplinar estratégias para responder ao solicitado, construindo documentos informativos para apoiar a comunidade intervencionada a gerir a sua doença no sentido de melhorar a sua saúde e bem-estar.

Intervir nesta comunidade, melhorar as suas competências no seu autocuidado, envolver uma equipa multidisciplinar em todo o seu percurso, permitiu contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da investigação em enfermagem, no entanto, outras questões surgiram durante a intervenção comunitária. Percebendo que esta comunidade tem uma percentagem elevada de pessoas idosas, uma das questões discutidas foi o declínio cognitivo, como detetar precocemente e intervir no sentido de promover melhores cuidados de enfermagem? A necessidade de trabalhar com as famílias, de as preparar para apoiarem e orientarem o seu familiar na gestão da doença ou mesmo a necessidade de assumirem alguns papéis do seu familiar, é outra das questões que terão de ser mais desenvolvidas.

A articulação dos conhecimentos desenvolvidos nas várias unidades curriculares permitiu preparar o percurso de formação em estágio. No entanto reforçaria maior atenção e treino na pesquisa bibliográfica no sentido de reforçar os temas trabalhados, compreendendo o que foi estudado, quais as lacunas ou limitações

existentes e que áreas de intervenção a desenvolver em maior profundidade. Assim sendo, a identificação da melhor evidência científica é fulcral para a promoção de melhores cuidados e enriquecimento da prática de enfermagem. Compreender antecipadamente o protocolo a realizar para a comissão de ética para a saúde e todos os procedimentos que decorrem dessa decisão para o início do projeto de investigação, seria outra área a aprofundar antes de iniciar o estágio, pois para mim, foi um período de muita tensão e ansiedade por responder atempadamente a todas as questões colocadas até o parecer ser favorável.

Realizar o estágio com relatório foram meses de grande aprendizagem, com a integração numa nova unidade de saúde, participação na melhoria de conhecimento da comunidade de utentes e família que necessitam de terapêutica anticoagulante oral contribuindo para uma capacitação efetiva da mesma. Foi desenvolvido com a equipa de enfermagem o manual de boas práticas para a consulta de enfermagem não presencial, no sentido de aumentar a acessibilidade e equidade aos cuidados de enfermagem, e como tal, melhorando a sua qualidade.

Este percurso formativo foi o culminar de toda aprendizagem realizada ao longo das várias unidades curriculares do mestrado em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública. Foram integrados conhecimentos de investigação, literacia, intervenção comunitária, teorias de enfermagem que nos sustentam no desenvolvimento da prática de enfermagem, ética e deontologia como suporte da formação profissional e pessoal, no qual permitiu desenvolver as competências comuns e específicas da especialidade de saúde comunitária bem como as competências de mestre. Com todas as aprendizagens desenvolvidas permitiu-me adquirir mais ferramentas para realizar uma prática de enfermagem consistente e efetiva, com base na prática da mais recente evidência, construindo um ser humano mais competente e hábil para poder responder às necessidades manifestadas pela comunidade que cuida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central dos Serviços de Saúde, IP. (2020, junho). Modelos Organizacionais das USF. In ACSS, IP website. Disponível em <http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%BAde/CSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/ptPT/Default.aspx> consultado em junho de 2021.
- António, M. (2020). Anticoagulantes orais não antagonistas da vitamina K: desafios na prática clínica. Disponível em: <https://www.livemed.in/pt/blog/-/blogs/anticoagulantes-orais-nao-antagonistas-da-vitamina-k-desafios-na-pratica-clinica>.
- Ávila, C., et al. (2011). Adesão farmacológica ao anticoagulante oral e os fatores que influenciam na estabilidade do índice de normatização internacional. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000100004&lng=pt&nrm=ver&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000100004&lng=pt&nrm=ver&tlng=pt)
- Bardin, L. (2020). *Análise de conteúdo*. 4ª Edição. Edições 70. Lisboa. Portugal.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora. Coimbra. Portugal
- Bonhorst, D. (2018). Um novo olhar sobre a prevalência de fibrilhação auricular em Portugal – O estudo Safira.”. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 37(4): 315-317.
- Carvalho, A.; Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Lusociência. Loures. Portugal.
- Cruz, E.; Morais, S. (2011). Terapêutica anticoagulante oral. Quando iniciar? Quando e como suspender? Quando parar definitivamente? In: 1º Encontro Proximidade de Cuidados para Doentes de Risco Trombótico. Hospital Miguel Lemos, EPE.
- Diegues, J. (Coord.) (2019). Plano Local de Saúde da Arrábida, 2019-2023. ACES Arrábida. Portugal.

- Direção Geral da Saúde (2015). Portugal, Plano Nacional Saúde, Revisão e Extensão a 2020. DGS. Lisboa. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. DGS. Lisboa. Portugal.
- Direção Geral da Saúde (2013). Consentimento Informado, Esclarecido Livre dado por escrito. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa. Portugal.
- Domingues, B.; Cardoso, F.; Rodrigues, T. (2019). Alimentação e Hipocoagulação Oral. Associação Portuguesa de Nutrição. Porto. Portugal.
- ESEL (2020). Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações. Norma APA. Lisboa. Portugal.
- Fawcett, J. (2001). The Nurse Theorists: 21 st-Century Updates-Dorothea E. Orem. *Nursing Science Quarterly*, Vol.14 No. 1, January 2001, 34-38.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lusociência. Loures. Portugal.
- Galvão, A. (Coord.) (2021). Literacia em saúde e autocuidados. Evidências que projetam a prática clínica. Euromedice.
- George, J. (Coord.) (2000). *Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional*. 4ª edição. Porto Alegre. Brasil.
- Hanson, S. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. Camarate: Lusociência. Loures. Portugal.
- Imperatori, E. Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em Serviços Centrais, Regionais e Locais (3ª Edição)*. Lisboa, Portugal: Obras Avulsas. 6-7, 9, 10-11, 45, 48, 65, 91, 116, 127
- INE (2022). Conceito de Idoso. Acedido a 15/01/2022. Recuperado de [Sistema Integrado de Metainformação - conceitos \(ine.pt\)](https://www.ine.pt/SistemaIntegradodeMetainformacao-conceitos)

- . Lei n.º115/2013 (2013). Procede alteração dos diplomas estruturantes do ensino superior e a sua revisão. Ministério da Ciência e da Saúde. Assembleia da República. *Diário da República*, I série (Nº 151 de 07-08-2013), 4749-4772. ELI: <https://dre.pt/application/dir/pdf1sdip/2013/08/15100/0474904772.pdf>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lidel. Lisboa. Portugal.
- Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários*. Guia de Decisão Clínica. Lidel. Lisboa. Portugal.
- Ministério da Saúde / ACSS, IP (2017). BI Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o ano de 2017. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde / ACSS. 111.
- Nunes, M. (1996). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e suas Ferramentas de auxílio*. Chiados Editora. Lisboa. Portugal.
- OMS (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. Canadá.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro. Dos comentários à análise dos casos. Lisboa. Portugal
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Caderno Temático. Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Lisboa. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®. Edição portuguesa. Lisboa. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica. Edição portuguesa. Lisboa. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Caderno Temático. Enfermagem Comunitária: Um projeto partilhado com o governo escocês e o Serviço Nacional da Escócia – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Lisboa. Portugal

- Ordem dos Enfermeiros (2016). CIPE ® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição portuguesa. Lisboa. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária. Regulamento nº 428/2018. Diário da República, N.º 135/ 16 de julho de 2018 – 2.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Competências comuns dos enfermeiros especialistas específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária. Regulamento nº 140/2019. Diário da República, N.º 26/ 6 de fevereiro de 2019 – 2.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pd>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Consultas de Enfermagem à distância TELENFERMAGEM. Guia de recomendações. Lisboa. Portugal.
- Polit, D.; Beck, C. (2011). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. 7ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Tomey, A.; Alligood, M. (2002). Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5ª edição. Lusociência. Loures. Portugal.
- Reis, P.; Patricia, T.; Dutschmann, L. (2006). Fibrilhação auricular: das guidelines à realidade. *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 13 (3), 155-161.
- Rodrigues, F. (2021). *A Saúde Planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade*. Lisbon International Press. Lisboa. Portugal.
- Santos, T. (2018). Manual de Boas Práticas em Anticoagulação. USF S. João do Pragal. ACES Almada-Seixal. Almada. Portugal.
- Santos, A.; Godinho, C.; Alves, H. (2019). Manual de Procedimentos de Hipocoagulação. USF São Filipe. ACES Arrábida. Portugal.
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (2002). Digital Learning: Teleconsulta em tempo real pela SER Live. Lisboa. Portugal.

- Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Cadernos de formação Nº2. Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal
- Unidade de Saúde Familiar São Filipe (2019). Manual de Acolhimento a Alunos e Internos. Setúbal. Portugal.
- Unidade de Saúde Familiar São Filipe (2019). Manual de Procedimentos de Hipocoagulação. Setúbal. Portugal.
- Universidade de Aveiro [UA] (2020). APA sétima edição. Manual para a realização de citações em texto e referências bibliográficas. Aveiro: UA
- Vilelas, J. (2020). *Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento*. 3ª Edição. Edições: Silabo. Lisboa
- Vitor, A.; Lopes, M.; Araujo, T. , (2010). Teoria do Déficit de Autocuidado: Análise da sua importância e Aplicabilidade na Prática de Enfermagem. *Esc Anna Nery (impr.)*. 2010 jul-set; 14 (3): 611-616.
- Wright, L.; Leahey, M. (2011). Enfermeiras e Famílias. Guia para a avaliação e Intervenção na família. 5ª Edição. Editora Roca Ltda. Brasil.

## **ANEXOS**

**Anexo I – MDAIF – Matriz Operativa – Dimensão Funcional**

## DIMENSÃO FUNCIONAL

☉ Membro da família dependente SIM  NÃO

⓪ Dependência em:

- **Autocuidado Higiene** SIM  NÃO 
  - Prestador de cuidados Membro da família SIM  NÃO   
Se SIM quem: \_\_\_\_\_
  - Membro da família extensa SIM  NÃO
  - Vizinho SIM  NÃO
  - Ajudante de saúde SIM  NÃO
  - Outro SIM  NÃO   
Especificar \_\_\_\_\_
  
- **Autocuidado Vestuário** SIM  NÃO 
  - Prestador de cuidados Membro da família SIM  NÃO   
Se SIM quem: \_\_\_\_\_
  - Membro da família extensa SIM  NÃO
  - Vizinho SIM  NÃO
  - Ajudante de saúde SIM  NÃO
  - Outro SIM  NÃO   
Especificar \_\_\_\_\_
  
- **Autocuidado Comer** SIM  NÃO 
  - Prestador de cuidados Membro da família SIM  NÃO   
Se SIM quem: \_\_\_\_\_
  - Membro da família extensa SIM  NÃO
  - Vizinho SIM  NÃO
  - Ajudante de saúde SIM  NÃO
  - Outro SIM  NÃO   
Especificar \_\_\_\_\_
  
- **Autocuidado Beber** SIM  NÃO 
  - Prestador de cuidados Membro da família SIM  NÃO   
Se SIM quem: \_\_\_\_\_
  - Membro da família extensa SIM  NÃO
  - Vizinho SIM  NÃO

---

**Avaliação Familiar - Dimensão Desenvolvimento**

Ajudante de saúde SIM  NÃO

Outro SIM  NÃO

Especificar \_\_\_\_\_

▪ **Autocuidado Ir ao sanitário** SIM  NÃO

Prestador de cuidados Membro da família SIM  NÃO

Se SIM quem: \_\_\_\_\_

Membro da família extensa SIM  NÃO

Vizinho SIM  NÃO

Ajudante de saúde SIM  NÃO

Outro SIM  NÃO

Especificar \_\_\_\_\_

▪ **Autocuidado Comportamento sono-reposo** SIM  NÃO

Prestador de cuidados Membro da família SIM  NÃO

Se SIM quem: \_\_\_\_\_

Membro da família extensa SIM  NÃO

Vizinho SIM  NÃO

Ajudante de saúde SIM  NÃO

Outro SIM  NÃO

Especificar \_\_\_\_\_

▪ **Autocuidado Atividade de lazer** SIM  NÃO

Prestador de cuidados Membro da família SIM  NÃO

Se SIM quem: \_\_\_\_\_

Membro da família extensa SIM  NÃO

Vizinho SIM  NÃO

Ajudante de saúde SIM  NÃO

Outro SIM  NÃO

Especificar \_\_\_\_\_

▪ **Autocuidado Atividade Física** SIM  NÃO

Prestador de cuidados Membro da família SIM  NÃO

Se SIM quem: \_\_\_\_\_

Membro da família extensa SIM  NÃO

Vizinho SIM  NÃO

---

**Avaliação Familiar - Dimensão Desenvolvimento**

---

Ajudante de saúde                   SIM  NÃO

Outro                                   SIM  NÃO

                                          Especificar \_\_\_\_\_

- **Gestão do regime terapêutico**                   SIM  NÃO

    Prestador de cuidados           Membro da família   SIM  NÃO

                                          Se SIM quem: \_\_\_\_\_

    Membro da família extensa   SIM  NÃO

    Vizinho                           SIM  NÃO

    Ajudante de saúde           SIM  NÃO

    Outro                            SIM  NÃO

                                          Especificar \_\_\_\_\_

- **Autovigilância**                               SIM  NÃO

    Prestador de cuidados           Membro da família   SIM  NÃO

                                          Se SIM quem: \_\_\_\_\_

    Membro da família extensa   SIM  NÃO

    Vizinho                           SIM  NÃO

    Ajudante de saúde           SIM  NÃO

    Outro                            SIM  NÃO

                                          Especificar \_\_\_\_\_

- **Auto-Administração de medicamentos**   SIM  NÃO

    Prestador de cuidados           Membro da família   SIM  NÃO

                                          Se SIM quem: \_\_\_\_\_

    Membro da família extensa   SIM  NÃO

    Vizinho                           SIM  NÃO

    Ajudante de saúde           SIM  NÃO

    Outro                            SIM  NÃO

                                          Especificar \_\_\_\_\_

- **Se o prestador de cuidados não for membro da família:**

    Letrado SIM  NÃO

    Profissão \_\_\_\_\_

    Contacto \_\_\_\_\_

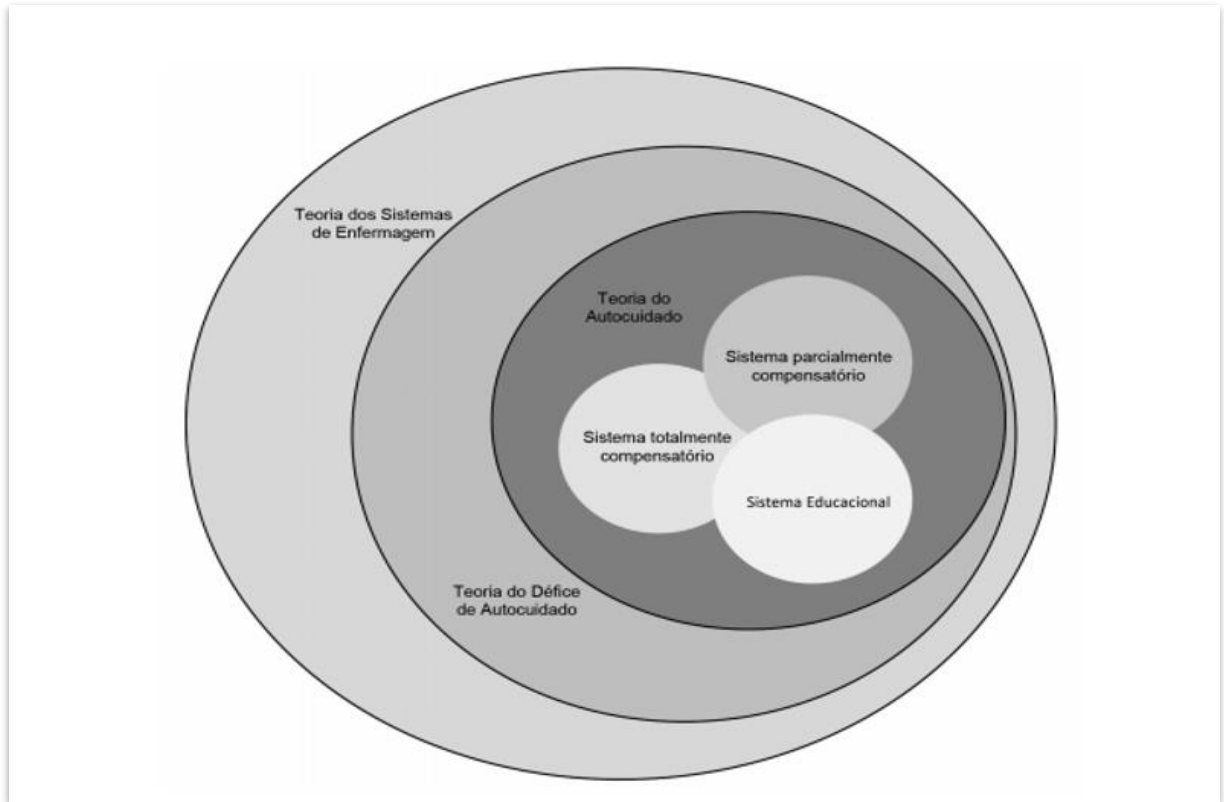
**Anexo II - Fármacos que podem aumentar ou diminuir o efeito  
hipocoagulante da Varfarina**

Aumentam o INR	Diminuem o INR
<p><b>Antibióticos e Antifúngicos:</b>  Eritromicina, co-trimoxazol, cefalosporinas de 2ª e 3ª geração, Fluoroquinolonas, isoniazida, claritromicina, azitromicina, flucloxacilina, miconazol, cetoconazol, cloranfenicol, fluconazol, Metronidazol, ciprofloxacina.</p>	<p>Rimfampicina, Griseovulvina e dicloxacilina   Penicilinas</p>
<p><b>Aparelho Cardiovascular:</b>  Amiodarona, propafenona, dipiradamol, ticlopidina, propranolol, metildopa, fosinopril, diltiazem</p>	
<p><b>Hipolepemiante:</b>  Clofibrato, fenofibrato, bezafibrato, genfibrozil, lovastatina, sinvastatina, fluvastatina.</p>	<p>Colestiramina</p>
<p><b>Sistema Nervoso:</b>  Anti-depressivos tricíclicos, paroxetina, sertralina.</p>	<p>Barbitúricos, carbamazepina, haloperidol, primidona, trazodona, clordiazepóxido.</p>
<p><b>Endócrino:</b>  Prednisona, esteroides anabolizantes, acarbose, tiroxina, glucagon, danazol, propiltiouracilo, carbimazol</p>	<p>Insulina, glibenclamida, estrogénios</p>
<p><b>Digestivo:</b>  Antiácidos com magnésio, Omeprazole, cimetidina</p>	<p>Sucralfato, mezalanina</p>
<p><b>Aparelho Locomotor:</b>  AAS e salicilatos, fenilbutazona, flurbiprofeno, indometacina, cetoprofeno, piroxicam, metamizol, alopurinol, tramadol, paracetamol em altas doses.</p>	

**Anexo III - Alimentos e Suplementos dietéticos que podem interferir com os Antagonistas da Vitamina K**

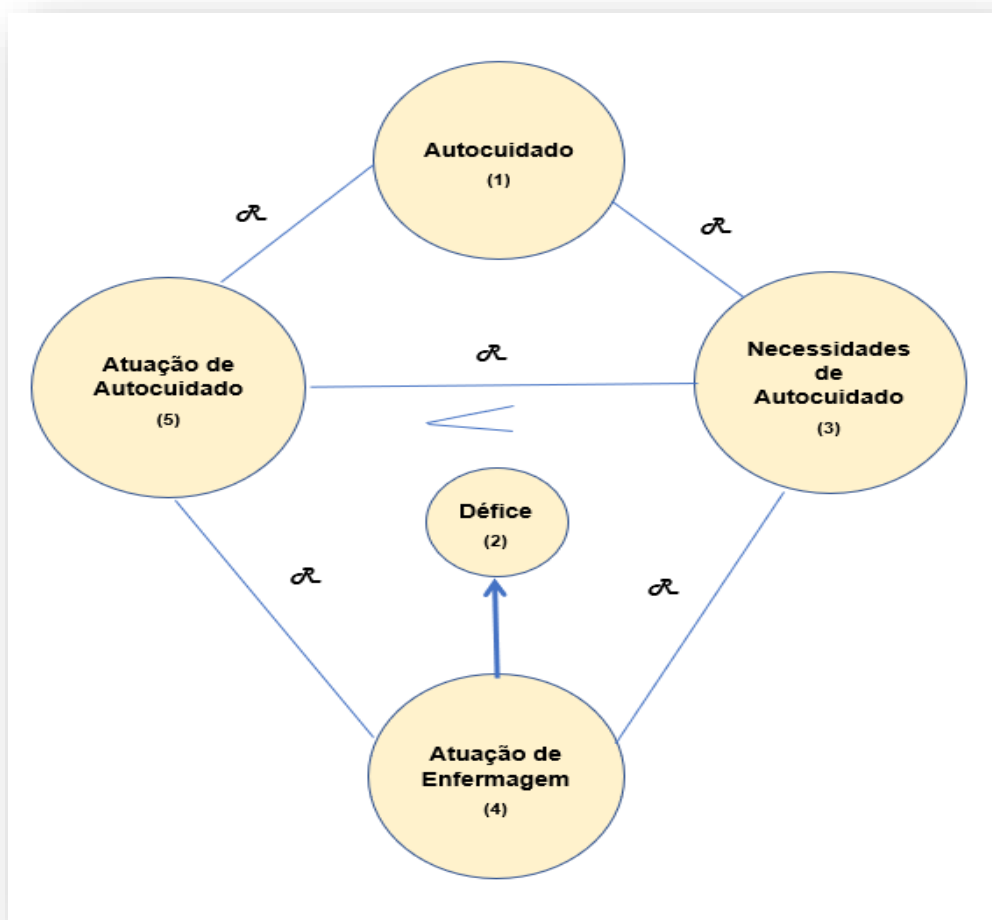
Diminuem o INR	Aumentam o INR
<p><b>Alimentos ricos em vitamina K</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Brócolos</b></li> <li><b>Couve-flor</b></li> <li><b>Grão-de-bico</b></li> <li><b>Gema de ovo</b></li> <li><b>Fígado de porco e de vaca</b></li> <li><b>Feijão seco</b></li> <li><b>Nabo</b></li> <li><b>Ervilhas Secas</b></li> <li><b>Espinafres</b></li> <li><b>Sementes de soja</b></li> <li><b>Pão de trigo</b></li> </ul>	<p><b>Potenciam a ação da Varfarina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ginko biloba</li> <li>Camomila</li> <li>Alho</li> <li>Unha de gato</li> <li>Pau d'Arco</li> <li>Sumo de mirtilo</li> <li>Óleo de peixe</li> <li>Consumo agudo de álcool: o metabolismo da varfarina é inibido, aumentando o risco de hemorragia</li> </ul>
<p><b>Inibem a Ação da Varfarina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Chá verde (camélia sinensis)</li> <li>Hipericão</li> <li>Co-enzima Q10</li> <li>Ginseng</li> <li>Soja</li> <li>Consumo crónico excessivo de álcool: indução do metabolismo da varfarina, com redução do seu tempo de sobrevida.</li> </ul>	
<p><b>Diminuem a absorção da varfarina:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Agar, algina, aloé vera</li> <li>Cáscara sagrada</li> <li>Café de cevada</li> <li>Marshmallow</li> <li>Pão de arroz</li> </ul>	

**Anexo IV - Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem de Dorothea  
Orem**



**Fonte:** Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice (6<sup>th</sup> ed.)*. St. Louis. Mosby

**Anexo V - Uma estrutura conceptual para a Enfermagem**



Fonte: De Orem, D. (1995). *Nursing Concepts of practice (5ª edição)*. St. Louis: Mosby.)

### Legenda:

R - Relação;

< - relação deficitária, atual ou projetada

– **Autocuidado** - gestão da doença,

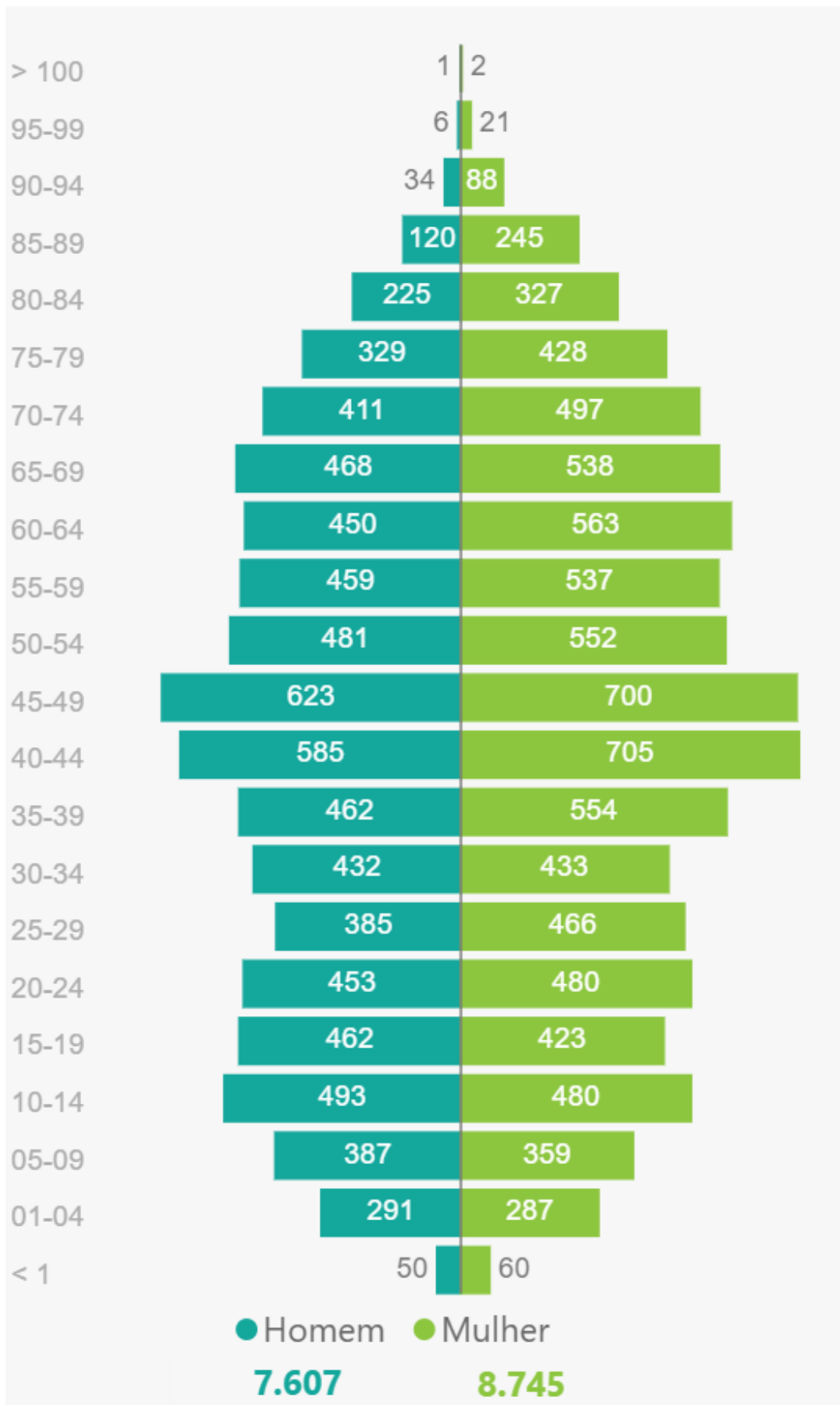
– **Défice** – no processo patológico, na gestão do regime dietético, na autogestão da doença e no autocuidado;

– **Necessidades do autocuidado** – no processo patológico, na gestão do regime dietético, na autogestão da doença e no autocuidado;

– **Atuação de Enfermagem** – Sessões de educação para a saúde

– **Atuação de autocuidado** - diminuindo ou suprimindo o déficit do autocuidado e tornando o utente/família o mais autónomo possível no seu autocuidado.

## **Anexo VI – Pirâmide Etária dos Utentes Inscritos**



**Anexo VII – Pedido de Autorização ao ACES Arrábida**

## Pedido Estágio

Luis Filipe Henriques Pombo | Diretor Executivo Aces Arrábida <luis.pombo@arslvt.min-saude.pt> 17 de maio de 2021 às 17:04

Para: Rute Leonor Robalo da Silva Rego <ruterego@campus.esel.pt>

Cc: Carmen Laurinda Branco Marmelo | Vogal CCS Arrábida <carmen.marmelo@arslvt.min-saude.pt>, Jose Edmundo Xavier Furtado Sousa <Jesousa@esel.pt>, "mbalsinha@gmail.com" <mbalsinha@gmail.com>

Boa tarde,

Autorizado o estágio da Enf. Rute Rego "Capacitar o utente hipocoagulado e família na gestão da doença. Uma Intervenção da Enfermagem Comunitária".

Com os melhores cumprimentos,

Luis Pombo

Diretor Executivo ACES Arrábida

AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DA ARRÁBIDA  
Rua de Damão, 2 – 2.º dto., 2900-340 Setúbal, PORTUGAL  
TEL. +351 265 420 290 FAX +351 265 420 318

[www.arslvt.min-saude.pt](http://www.arslvt.min-saude.pt)



**SNS**  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE

não paramos  
**ESTAMOS ON**

**arslvt**  
A ISSO É NALE DO TOPO



[Citação ocultada]

**Anexo VIII – Pedido de Autorização à USF São Filipe**

À Coordenadora da Unidade Funcional

USF S. Filipe do ACES Arrábida

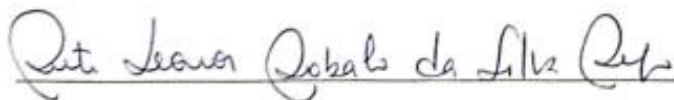
Exma. Sra. Doutora Ana Paula Silva

Rute Leonor Robalo da Silva Rego, mestranda no curso de especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, onde está a desenvolver um projeto de intervenção comunitária na área da Consulta de Enfermagem ao utente com doença crónica.

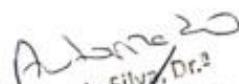
O docente orientador do projeto é o professor Doutor José Edmundo Xavier Furtado de Sousa e a enfermeira orientadora no local de estágio é a Sra. Enfermeira Maria de Fátima Balsinha Pinto, da USF S. Filipe.

Vem por este meio solicitar a V. Ex.<sup>a</sup> uma declaração relativa à disponibilidade para a realização do estudo, e de acordo quanto às condições estruturais e de logística para a sua realização nomeadamente no que concerne à equipa de investigação a envolver no estudo, documento este a enviar em anexo ao pedido de parecer à Comissão de Ética de Saúde da ARSLVT, como solicitado.

Pede Deferimento,



03 de maio de 2021

  
Paula Alves da Silva, Dr.ª  
Coordenadora da USF S. Filipe  
ACES da Arrábida  
19/5/2021

**Anexo IX – Parecer da Comissão de Ética**

Exma. Senhora

Dr.ª Rute Leonor Rego

[ruterego@campus.esel.pt](mailto:ruterego@campus.esel.pt)

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

4693/CES/2021

**Assunto: Capacitar o Utente Hipocoagulado e Família na Gestão da Doença. Uma Intervenção da Enfermagem Comunitária.**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na sua reunião da secção de investigação do dia 02.07.2021, o projecto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável condicionado a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização, desde que resolvidos os aspetos mencionados no parecer.

Com os melhores cumprimentos,

  
O Conselho Directivo  
LAURA SILVEIRA  
Vice Presidente do Conselho Directivo da  
ARSLVT, I.P.

**Anexo X – Consentimento informado, livre e esclarecido para  
responder ao questionário sobre o conhecimento e gestão da  
doença**

**Consentimento Informado<sup>1</sup>, Livre e Esclarecido para Participação em  
Investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de  
Oviedo**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que não está claro, que surgem dúvidas, não hesite em solicitar mais informação. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira por favor assinar o consentimento.

**Título do estudo:** Capacitar o utente hipocoagulado e família na gestão da doença. Uma intervenção da enfermagem comunitária.

**Enquadramento:** Realizado na Unidade de Saúde Familiar São Filipe, no âmbito do 12º Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESEL, sob a orientação do Professor Doutor José Edmundo Sousa e da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Maria de Fátima Balsinha.

**Explicação:** É-lhe solicitado a participação no estudo no sentido de contribuir para um maior conhecimento sobre a gestão da doença, melhorando a capacidade na vigilância de saúde do utente e como tal, promover melhores cuidados de saúde. Este contributo permitirá realizar um diagnóstico de situação e desenvolver posteriormente um projeto de intervenção com o intuito de dar resposta às necessidades identificadas. Ao participar no projeto, o participante terá como benefício melhorar o seu conhecimento/vigilância sobre a gestão da sua doença, contribuindo para uma melhor qualidade de vida. Não se identificam riscos para o utente quer aceite ou recuse participar no projeto na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

**Condições e Financiamento:** A sua participação no estudo é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento.

**Confidencialidade e Anonimato:** Este estudo garante o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes.

**Consentimento:** Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido

---

<sup>1</sup> Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015

resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: | \_\_\_\_\_ | .../ .../... (data)

Assinatura ... ..

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

NOME: .....

DOC. IDENTIFICAÇÃO N.º .....DATA OU VALIDADE ... /.../....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....

ASSINATURA ... ..

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

**Muito obrigada pela colaboração.**

Enfermeira Rute Rego - ruterego@campus.esel.pt

**Anexo XI – Consentimento informado, livre e esclarecido para responder à matriz operativa – Dimensão Funcional do MDAIF**

**Consentimento Informado<sup>2</sup>, Livre e Esclarecido para Participação em  
Investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de  
Oviedo**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que não está claro, que surgem dúvidas, não hesite em solicitar mais informação. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira por favor assinar o consentimento.

**Título do estudo:** Capacitar o utente hipocoagulado e família na gestão da doença. Uma intervenção da enfermagem comunitária.

**Enquadramento:** Realizado na Unidade de Saúde Familiar S. Filipe, no âmbito do 12º Mestrado em Enfermagem Comunitária da ESEL, sob a orientação do Professor Doutor José Edmundo Sousa e da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Maria de Fátima Balsinha.

**Explicação:** É-lhe solicitado a participação no estudo no sentido de compreender o papel da família, perceber as dificuldades manifestadas pelos familiares no apoio ao utente hipocoagulado contribuindo para um maior conhecimento sobre a gestão da doença, melhorando a capacidade na vigilância de saúde do utente e como tal, promover melhores cuidados de saúde. Este contributo permitirá realizar um diagnóstico de situação e desenvolver posteriormente um projeto de intervenção com o intuito de dar resposta às necessidades identificadas. Ao participar no projeto, o participante terá como benefício melhorar o seu conhecimento/vigilância sobre a gestão da doença, contribuindo para uma melhor qualidade de vida do utente e família. Não se identificam riscos para o utente quer aceite ou recuse participar no projeto na medida em que não haverá prejuízo para os seus direitos assistenciais.

**Condições e Financiamento:** A sua participação no estudo é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento.

**Confidencialidade e Anonimato:** Este estudo garante o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes.

**Consentimento:** Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada

---

<sup>2</sup> Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015

oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: | \_\_\_\_\_ | .../ .../... (data)

Assinatura ... ..

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

NOME: .....

DOC. IDENTIFICAÇÃO N.º .....DATA OU VALIDADE .../.../....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....

ASSINATURA ... ..

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

***Muito obrigada pela colaboração.***

Enfermeira Rute Rego - ruterego@campus.esel.pt

**Anexo XII – Pedido de Consentimento à Coordenadora da USF São Filipe  
para mencionar a unidade no estágio com relatório**



Gmail

Pesquisar correio



1 de 9 < > ☰

## Solicitação de autorização Externo Caixa de entrada x



**Rute Leonor Robalo da Silva Rego** <ruterego@campus.esel.pt>  
para ana.p.silva, Jose ▾

13/04/2022, 16:47 (há 5 dias) ☆ ↶ ⋮

Boa tarde Dra. Paula Silva.  
Venho por este meio solicitar que o nome da USF São Filipe seja referenciado no meu relatório de estágio.

Com os melhores cumprimentos,  
Enfermeira Rute Rego



**Ana Paula Lourenço Alves Silva | USF S. Filipe**  
para mim, Jose ▾

08:24 (há 12 horas) ☆ ↶ ⋮

Bom dia Erf Rute

Autorizo que o nome da USF São Filipe seja mencionado no seu relatório de estágio.

Cumprimentos  
Paula Alves da Silva

Obter o [Outlook para iOS](#)

**De:** Rute Leonor Robalo da Silva Rego <ruterego@campus.esel.pt>

**Enviado:** Wednesday, April 13, 2022 4:47:16 PM

**Anexo XIII – Digital Learning Teleconsulta em tempo real pela RSE Live**



**Academia**  
Qualificação & Inovação

## DECLARAÇÃO DE FREQUÊNCIA

Para os devidos efeitos, declara-se que o(a) Rute Leonor Robalo Rego frequentou a atividade formativa Digital Learning Teleconsulta em tempo real pela RSE Live, com a duração de 4 horas, promovida pela SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E..

Módulo 1 - Enquadramento e apresentação dos conceitos fundamentais: Telessaúde e Teleconsulta

Módulo 2 - Teleconsulta em tempo Real - Utilização da RSE Live: visão do Profissional e do Utente

Módulo 3 - Teleconsulta em tempo real: do planeamento à implementação

Lisboa, 07 Fevereiro 2022

Esta declaração digital é emitida automaticamente pela plataforma de formação à distância eStudo, desenvolvida e gerida pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E..  
Caso pretenda uma declaração em suporte físico deverá solicitar a mesma para o email [academia@spms.min-saude.pt](mailto:academia@spms.min-saude.pt)

A-SPMS\_DTP.32\_V.00

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.  
Av.ª da República, n.º 61 - 1050-189 Lisboa | Portugal  
[www.spms.min-saude.pt](http://www.spms.min-saude.pt)



**SPMS**  
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

**Anexo XIV – II Fórum Internacional do autocuidado [virtual]**



## II Fórum Internacional do Autocuidado [virtual]

### DECLARAÇÃO

Declara-se que **Rute Leonor Robalo da Silva Rego** participou no evento **II Fórum Internacional do Autocuidado [virtual]**, realizado de 18 a 19 de novembro de 2021, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Atividades em que participou:

Congresso (duração 14h)

Workshop 1: A mudança comportamental e os processos de autogestão: o papel da entrevista motivacional (duração 3h)

**ENFERMAGEM PORTO**  
POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

**Anexo XV – Conferência Online “Cuidado Centrado na Pessoa pela voz dos seus autores”**

## CERTIFICADO

Certifica-se que, Rute Leandra Rego participou na conferência on-line "Cuidado Centrado na Pessoa pela voz dos seus autores" com os conferencistas Brendan McCormak e Tanya McCance, que decorreu no dia 16 de fevereiro de 2022, num total de 2 horas.

A coordenadora do GaFDP

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento



**Anexo XVI – IX Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de  
Enfermería**



**D. José María Vázquez Chozas**  
Presidente de la Fundación para la Cooperación Investigación y Desarrollo de la Enfermería FUNCIDEN



**Certifica que:**

**REGO, RUTE LEONOR ROBALO DA**

Con Carta de Identidad: 09999534

Ha participado en el

**IX Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería**

"Avance de la Enfermería en tiempos de Pandemia"

Celebrado en la Plataforma de Congresos de la Fundación para la Cooperación, Investigación y Desarrollo de la Enfermería **FUNCIDEN**

Desde el día 23/3/2022 al 30/3/2022

con un total de **54 horas**.

31/3/2022



José María Vázquez Chozas  
Presidente FUNCIDEN



**Congreso declarado de Interés Científico y Profesional**

Esta actividad docente, con nº de expediente 07-AFOC-05201.0/2021, ha sido acreditada por la Comisión de Formación Continua de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid-Sistema Nacional de Salud, con créditos de formación continuada para las profesiones: Enfermería  
Los créditos de esta actividad formativa no son aplicables a los profesionales, que participen en la misma, y que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud

**3,5 Créditos CFC**

Enlace de validación: <https://congresos.funciden.org/validacion/27d1b1f2-b078-11ec-bff2-0646d12efb6f>

**Anexo XVII – Póster – Conhecimento do utente hipocoagulado e família na  
gestão da doença: Scoping Review**



**D. José María Vázquez Chozas**  
Presidente de la Fundación para la Cooperación Investigación y Desarrollo de la Enfermería FUNCIDEN



## Certifica que:

<b>REGO, RUTE LEONOR ROBALO DA</b>	Autor principal
<b>BALSINHA PINTO, MARÍA DE FÁTIMA</b>	Primer coautor
<b>XAVIER DE SOUSA, JOSÉ EDMUNDO</b>	Segundo coautor

### Han participado con el Póster:

Conhecimento do Utente Hipocoagulado e Família na Gestão da doença:  
Scoping Review

### En el IX Congreso Internacional Virtual Iberoamericano de Enfermería

"Avance de la Enfermería en tiempos de Pandemia"

Celebrado en la Plataforma de Congresos de la Fundación para la Cooperación,  
Investigación y Desarrollo de la Enfermería **FUNCIDEN**  
Desde el día 23/3/2022 al 30/3/2022.

31/3/2022

### Publicado en el CD-ROM del Congreso

Sala 3 Área temática 2 Capítulo 162

Editado por **FUNCIDEN**  
ISBN CD-ROM: 978-84-16679-17-1  
Depósito Legal: M-37431-2021



José María Vázquez Chozas  
Presidente FUNCIDEN

Congreso declarado de Interés Científico y Profesional

Enlace de validación: <https://congresos.funciden.org/validacion/28784d50-b078-11ec-a2c7-0646d12efb6f>

## Apêndices

**Apêndice 1 – *Scoping Review***

# **Conhecimento do Utente Hipocoagulado e Família na Gestão da doença: Scoping Review**

## **Background**

As doenças cérebro-cardiovasculares são doenças que necessitam de acompanhamento efetivo e especializado com intuito de diminuir internamentos por descompensação clínica, manter a pessoa ativa e diminuir o grau de dependência. Estão incluídas doenças que necessitam de anticoagulantes orais (ACO), com necessidade de controlo do Rácio Normalizado Internacional (INR), o que requer uma vigilância de saúde mais regular e uma parceria profissional/utente/família na sua gestão.

Torna-se imperativo incentivar o utente/família a ser um participante ativo no seu projeto de saúde, através da promoção de saúde *“é um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde no sentido de a melhorar, entendendo a saúde como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida”* (OMS, 1996), citado por Rodrigues (2021:160). A enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública tem um papel fulcral, pois *“Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”* (OE, Regulamento interno nº 428/2018), promovendo intervenções comunitárias através de sessões de educação para a saúde na comunidade, acompanhando as famílias no seu projeto de saúde, tornando-os parceiros e decisores nos seus cuidados de saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de vida.

Capacitar e empoderar os utentes hipocoagulados e suas famílias na gestão da sua doença é promover uma comunidade mais interventiva, conhecedora das suas necessidades e, como tal, mais autónoma.

## Objetivo

Mapear a literatura no sentido de compreender o conhecimento do utente hipocoagulado e família com necessidade de controlo de INR na gestão da doença.

## Métodos

A presente revisão da literatura desenvolveu-se com base na metodologia de Joanna Briggs Institute<sup>3</sup> (JBI) para *scoping review*. Tendo como suporte, para a pesquisa, poder responder à questão “Será que os utentes hipocoagulados/família têm o conhecimento necessário para gerir a doença?”.

Foi realizada uma pesquisa através das bases de dados “Medline” e “Cinahl”, em que os termos pesquisados basearam-se na mnemónica PCC, correspondendo *Population* (População) os utentes, *Concept* (Conceito) o conhecimento e *Context* (Contexto) os anticoagulantes orais. O supracitado encontra-se resumido no Quadro 1.

### Quadro1 – Estratégia de Pesquisa

Base de Dados	Termos de pesquisa
Medline	MH "Patients"; MH "Anticoagulants"; Knowledge
Cinahl	MM "Patients+"; (MH "Anticoagulants") AND (MH "Warfarin"); Knowledge

A seleção dos estudos foi realizada, numa primeira etapa, através da leitura dos títulos e seus resumos, com o objetivo de eliminar artigos duplicados e ilegíveis; a Segunda etapa, foi aceder aos artigos com texto integral e eliminar os que não tinham acesso livre. Por fim, a Terceira etapa teve como propósito ler os artigos elegíveis com base nos critérios de inclusão definidos.

---

<sup>3</sup> The Joanna Briggs Institute (2015). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Edition: Methodology for JBI Scoping Reviews. Australia: The Joanna Briggs Institute.

## Critérios de Inclusão

Foram delineados como critérios de inclusão todos os utentes que tomem ACO com necessidade de controle de INR. Estudos que analisaram a toma do ACO e o papel do utente no cumprimento e compreensão do mesmo.

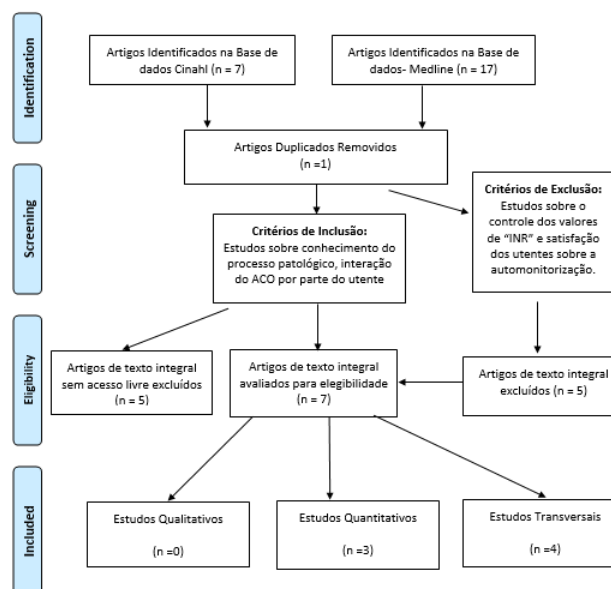
## Critérios de Exclusão

Como critérios de exclusão definiu-se os utentes que tomam anticoagulantes orais diretos, que não necessitam de controle de INR. Estudos que relatem a capacidade de o utente realizar o autocontrole de INR no domicílio, satisfação dos utentes sobre a automonitorização.

## Resultados

Os resultados obtidos da pesquisa são representados através do modelo PRISMA *Flow Diagram*, como mostra a figura 1.

Figura 1 – Diagrama de PRISMA



Verifica-se que os artigos elegíveis foram realizados na sua maioria pela área médica e publicados em revistas científicas médicas na área da especialidade cardiovascular e cerebral, bem como na área farmacêutica. Encontrou-se apenas 1 artigo elegível em revista de Enfermagem. Assim, foram identificados 7 artigos, dos quais 3 são estudos quantitativos e 4 estudos transversais. Será representado na tabela 2 a análise realizada dos artigos selecionados.

**Tabela 2 – Análise dos artigos selecionados**

Variável	Artigos
<p>Tipo de Estudo</p> <p style="text-align: right;">Quantitativo</p> <p style="text-align: right;">Transversal</p>	<p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">4</p>
<p>Origem Geográfica do Estudo</p> <p style="text-align: right;">Bélgica</p> <p style="text-align: right;">Europa</p> <p style="text-align: right;">Hungria</p> <p style="text-align: right;">India</p> <p style="text-align: right;">Inglaterra</p> <p style="text-align: right;">Qatar</p>	<p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">1</p>
<p>Ano de Publicação</p> <p style="text-align: right;">2001-2005 – 2010</p> <p style="text-align: right;">2015-2017</p> <p style="text-align: right;">2018</p>	<p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">3</p> <p style="text-align: center;">1</p>
<p>Conclusão dos Estudos:</p> <p>“O nível de educação e os conhecimentos dos pacientes têm uma influência direta na gestão global da anticoagulação”;</p> <p>“As diferenças no nível educacional podem comprometer a segurança e eficácia dos anticoagulantes”;</p> <p>“O conhecimento do paciente sobre OAT era subótimo. Os achados apoiam a necessidade de intervenções educativas para melhorar o conhecimento sobre a OAT”;</p> <p>“Necessidade no acompanhamento e educação dos doentes”;</p> <p>“Conhecimento limitado sobre a doença, riscos, ações e benefícios do ACO”;</p>	

## **Discussão**

Todos os artigos salientam o fator educacional como ponto essencial para a compreensão e participação eficaz do utente na gestão da doença. Foram analisados a capacidade de adesão à toma do ACO, a sua importância para melhorar a saúde, bem como a interação alimentar e medicamentosa e os riscos que decorrem da sua toma e do seu incumprimento.

A análise dos artigos demonstra a importância das sessões de educação para a saúde e como são fulcrais para a capacitação dos utentes no desempenho do seu autocuidado e na gestão da sua doença com maior segurança e eficácia.

Promover sessões de educação para a saúde é estratégia de intervenção da Enfermagem Comunitária para capacitar grupos e comunidades, no sentido de os empoderar, através do desenvolvimento de competências no autocuidado, na gestão da doença, tornando-os capazes de definir estratégias para melhorar o seu projeto de saúde, tomando decisões mais conscientes e orientadas para o seu bem-estar.

Sendo o foco conclusivo dos estudos analisados a importância da formação dos utentes para melhor responderem às necessidades da doença, é necessário promover estudos realizados neste sentido por enfermeiros, pois esta é a prática diária da Enfermagem.

## **Limites do Estudo**

A impossibilidade de aceder a alguns artigos por não estarem disponíveis em texto integral. Possivelmente seriam estudos importantes para esta revisão de *scoping*.

## **Considerações Gerais**

Após o percurso analítico dos artigos selecionados com base nos critérios identificados, verifica-se que a Enfermagem Comunitária tem um papel

fundamental na capacitação desta comunidade, promovendo sessões de educação para a saúde no sentido de capacitá-la na gestão do seu autocuidado.

Torna-se crucial desenvolver competências dos enfermeiros, para a concretização de artigos nos quais se demonstra as funções de enfermagem, o seu papel na comunidade onde se insere, bem como os ganhos em saúde.

A investigação em enfermagem permite uma melhor análise e reflexão sobre a prática e cuidados de enfermagem prestados, e a possibilidade no sentido de os melhorar.

## **Referências Bibliográficas**

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

Ordem dos Enfermeiros (2018). Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária. Regulamento nº 428/2018. Diário da República, N.º 135/ 16 de julho de 2018 – 2.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>

The Joanna Briggs Institute (2015). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Editon: Methodology for JBI Scoping Reviews. Australia: The Joanna Briggs Institute.

Rodrigues, F. (2021). *A Saúde Planeada: Metodologia colaborativa com a comunidade*. Lisbon International Press. Lisboa. Portugal.

## **Apêndice 2 – Questionário**

## Parte A - Dados Sociodemográficos

Conhecer as características da população em estudo

### A1. Sexo

1.  Feminino
2.  Masculino

### A2. Idade

\_\_\_\_\_ anos.

### A3. Estado Civil

1.  Solteiro
2.  Casado
3.  União de facto
4.  Divorciado
5.  Viúvo

### A4. Nível de Escolaridade

1.  Analfabeto
2.  Sabe ler e escrever
3.  Ensino Básico
4.  Ensino Secundário
5.  Ensino Superior

### A5. Situação Profissional

1.  Empregado
2.  Desempregado
3.  Reformado/Aposentado
4.  Estudante

**A6. Vive com**

1.  Sozinho
2.  Cônjuge
3.  Familiar
4.  Institucionalizado

**A7. Prepara a medicação**

1.  Sozinho
2.  Cônjuge
3.  Familiar
4.  Farmácia
5.  Instituição

**A8. Prepara as refeições**

1.  Sozinho
2.  Cônjuge
3.  Familiar
4.  Instituição

**Parte B - Conhecimento sobre a Doença**

Compreender a literacia da população em estudo

**B1. Que significa para si ser uma “pessoa hipocoagulada”**

---

---

**B2. Que medicamento toma:**

1.  Varfine
2.  Sintron
3.  Outro

Se assinalou outro, diga qual.

---

**B3. Qual o motivo para tomar a medicação**

1.  Colocou uma válvula
2.  Teve um Enfarte
3.  Teve um AVC
4.  Com Fibrilhação Auricular
5.  Trombose Venosa Profunda
6.  Não sabe

**B4. O valor terapêutico adequado para si é**

1.  Entre 2 e 3
2.  Entre 2 e 3.5
3.  Entre 2.5 e 3.5

**B5. O que pode alterar o seu valor terapêutico.**

---

**B6. Qual o sinal de perigo para si? \_\_\_\_\_**

**B7. Conhece alguns medicamentos que possam interferir com o seu valor terapêutico.**

1.  Sim.
2.  Não.

Se respondeu sim, diga pelo menos 3 tipos de medicamentos.

---

**B8. Conhece alguns alimentos que possam interferir com o seu valor terapêutico.**

1.  Sim
2.  Não

Se respondeu sim, diga até 5 alimentos.

---

**B9. Conhece algumas situações de saúde que necessitem de interromper a medicação de hipocoagulação.**

1.  Sim
2.  Não

Se respondeu sim, diga até 3 situações de saúde.

---

### **Parte C - Importância da Consulta de Enfermagem**

Compreender a expectativa da população em estudo sobre os cuidados de enfermagem

**C1. A Consulta de Enfermagem é Acessível?**

1.  Sim
2.  Não.

Se respondeu não, diga porquê

---

**C2. A Consulta de Enfermagem é importante no acompanhamento da sua doença?**

1.  Sim
2.  Não.

Se disse não, diga porquê

---

**C3. A Consulta de Enfermagem deve ser**

1.  Presencial

2.  Não Presencial
3.  Ambas

**C4. Que recurso seria facilitador para realizar a Consulta de Enfermagem não presencial?**

1.  Telefone
2.  Email
3.  Videochamada
4.  Telefone e email
5.  Telefone e Videochamada
6.  Todos

**C5 – Que temas são abordados na Consulta de Enfermagem.**

1.  Alimentação
2.  Atividade física
3.  Interação dos medicamentos
4.  Sinais de alarme
5.  Todos
6.  Nenhum

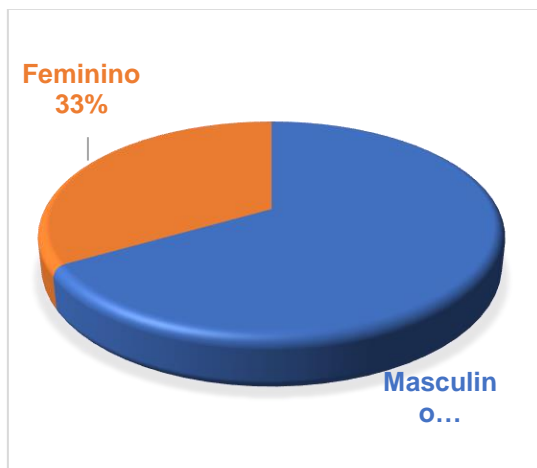
*Muito obrigada pela sua colaboração.*

Investigadora Enfermeira Rute Rego

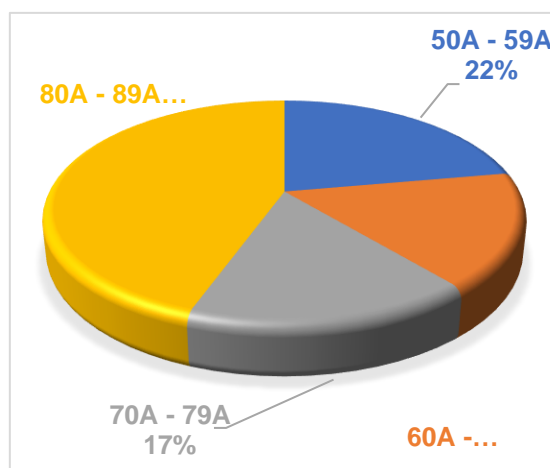
### **Apêndice 3 – Análise dos Resultados do Questionário**

## Parte A - Dados Sociodemográficos

Quadro 1. Sexo

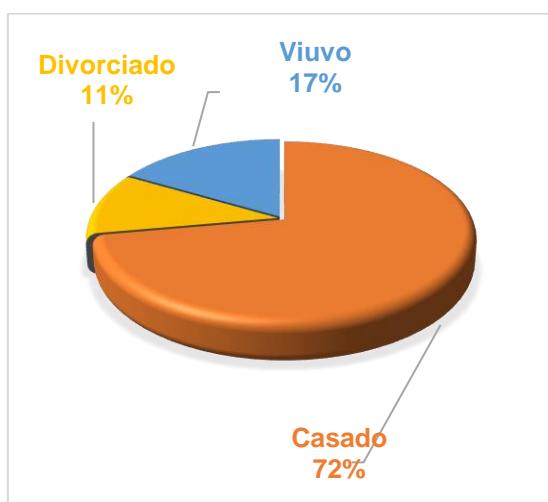


Quadro 2. Idade

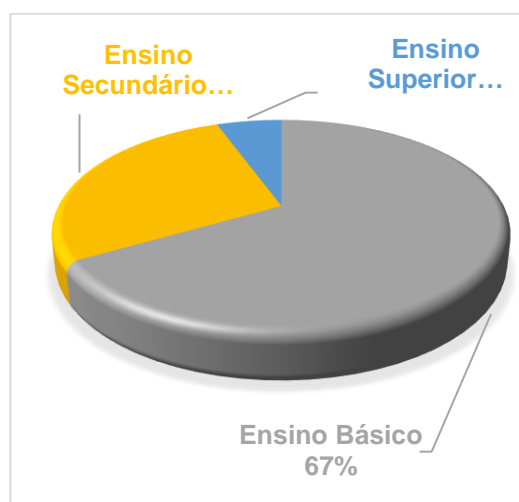


Iniciando a análise através da caracterização da população em estudo verifica-se que a população é 67% masculina, 44% desta tem mais de 80 anos de idade e 22% entre o grupo etário 50 e 59 anos. Demonstrando uma população bastante idosa.

Quadro 3. Estado Civil

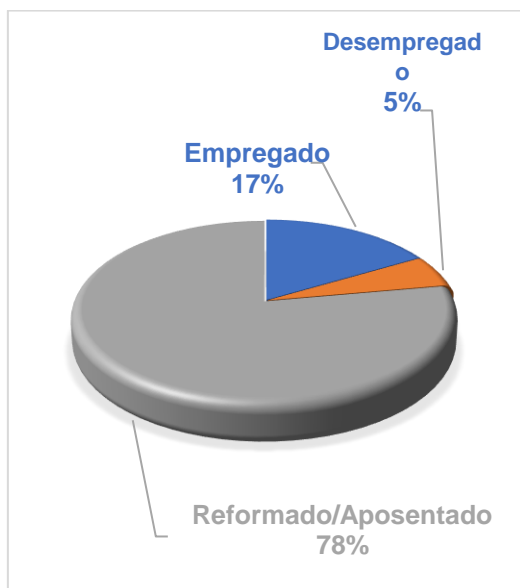


Quadro 4. Nível de Escolaridade

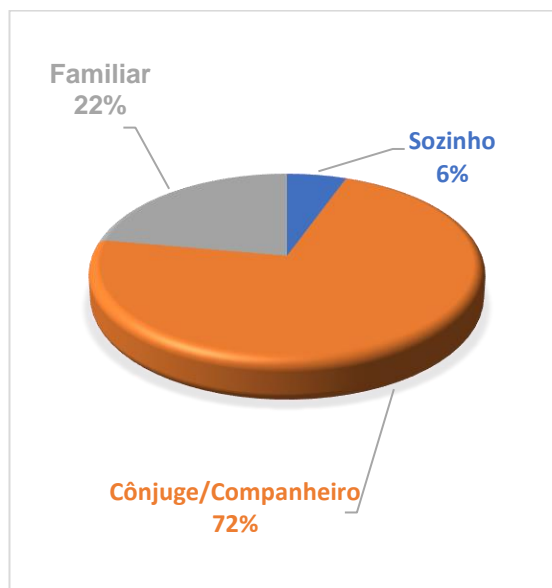


Dos participantes 72% são casados e 17% viúvos. Sendo o nível de ensino básico o mais evidente com 67%.

**Quadro 5. Situação Profissional**

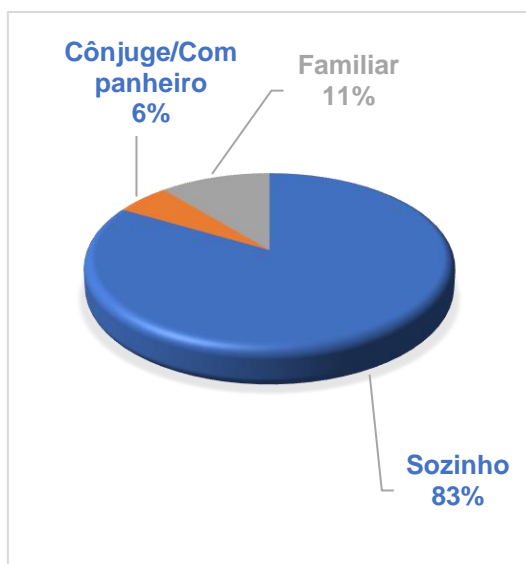


**Quadro 6. Vive com**

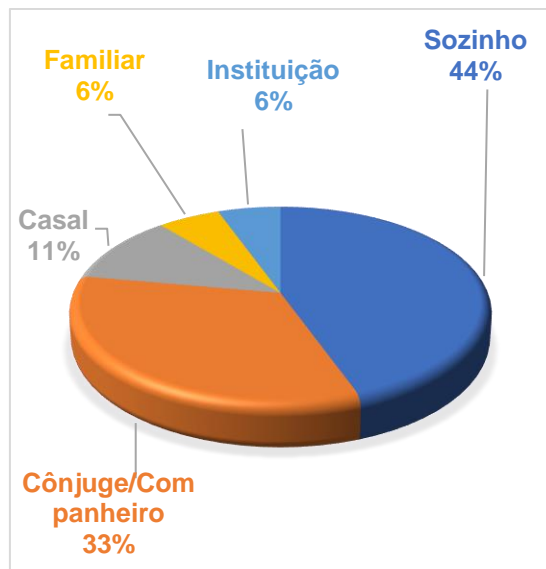


Dos 18 participantes, 78% estão aposentados e 5% desempregados. Sendo que 72% vivem com o cônjuge/companheiro, 22% com um familiar e 6% vive sozinho.

**Quadro 7. Prepara a medicação**



**Quadro 8. Prepara as refeições**



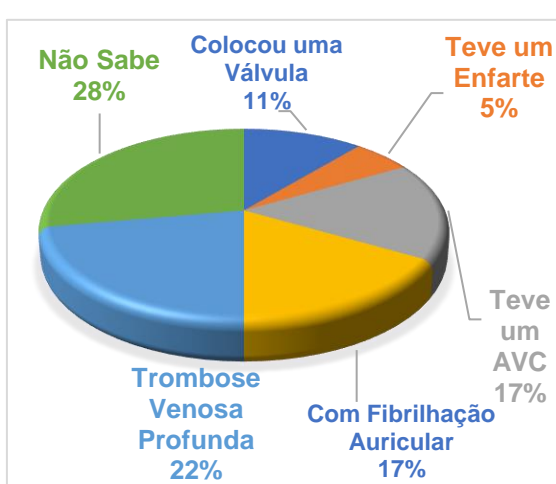
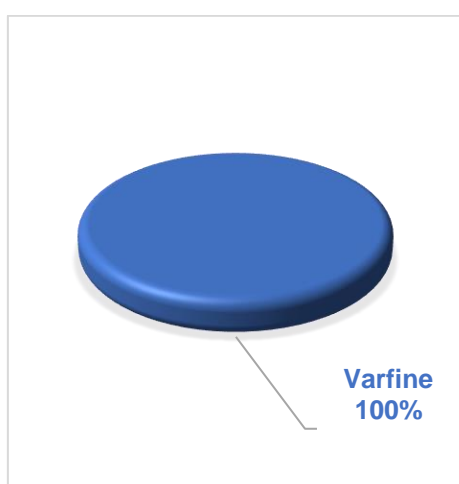
Apesar da amostra populacional ser bastante idosa, 83% dos inquiridos prepara a sua própria medicação, 11% um familiar e 6% o cônjuge ou companheiro. Quanto às refeições, 44% prepara sozinho, 33% com o cônjuge ou familiar e 6% por um familiar.

## Parte B - Conhecimento sobre a Doença

Tabela 1. Que significa para si ser uma “pessoa hipocoagulada”

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo	Codificação do questionário
Utente Hipocoagulado	Consistência do sangue	<i>“é uma pessoa que tem o sangue coagulado”</i>	Q1
		<i>“é para não deixar coagular o sangue”</i>	Q5
		<i>“diluir o sangue”</i>	Q6
		<i>“pessoa que tem sangue grosso e precisa de tomar medicação para torná-lo mais líquido”</i>	Q8
		<i>“toma medicação para ficar com o sangue, não ficar grosso nem fino”</i>	Q11
		<i>“Engrossar o sangue”</i>	Q13
		<i>“uma pessoa que tem o sangue líquido e que não coagula”</i>	Q16
		<i>“tem a ver com a grossura do sangue. Umas vezes está mais grosso e outras vezes está mais fino”</i>	Q17

Quadro 9. Que medicamento toma: Quadro 10. Qual o motivo para tomar a medicação



100% dos participantes identifica o nome do medicamento, mas 28% não sabe porque o toma e 11% não sabe qual o valor terapêutico adequado a si, como demonstra o gráfico seguinte.

### Quadro 11. O valor terapêutico adequado para si é

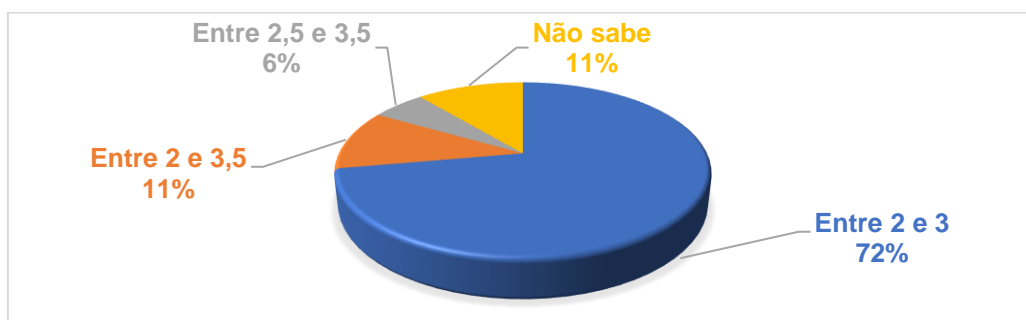


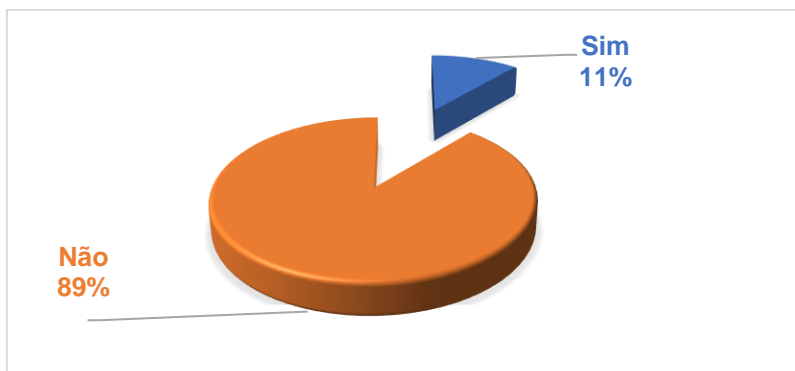
Tabela 2. O que pode alterar o seu valor terapêutico.

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo	Codificação do questionário
Valor Terapêutico	Alimentação	<i>"alguns alimentos"</i>	Q1
		<i>"alimentos"</i>	Q2, Q12
		<i>"alimentação"</i>	Q3,Q6,Q9,Q14,Q15,Q16
		<i>"verduras"</i>	Q10, Q17
		<i>"comida"</i>	Q9, Q13
	Conhecimento	<i>Sem conhecimento</i>	Q4,Q5,Q8,Q11,Q18
	Medicamentos	<i>"Os que toma"</i>	Q7
	Sist. Nervoso	<i>"Nervosismo"</i>	Q14
	Bebidas	<i>"Bebidas Alcoólicas"</i>	Q16

Tabela 3. Qual o sinal de perigo para si?

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo	Codificação do questionário
Sinais de Perigo	Sinais e Sintomas de EAM/AVC	<i>"dar um enfarte/AVC"</i>	Q1
		<i>"diminuição da força do braço e alteração da boca e na fala"</i>	Q14
	Hemorragia	<i>"hemorragia"</i>	Q2,Q5,Q6,Q9,Q10,Q17
		<i>Sangrar</i>	Q4
		<i>"deitar sangue"</i>	Q15
		<i>"esvair em sangue"</i>	Q16
	Sangue	<i>"mais grosso"</i>	Q8
	Conhecimento	<i>"não sei"</i>	Q3, Q7, Q11, Q12,Q18
		<i>"nenhum"</i>	Q13

**Quadro 12. Conhece alguns medicamentos que possam interferir com o seu valor terapêutico.**

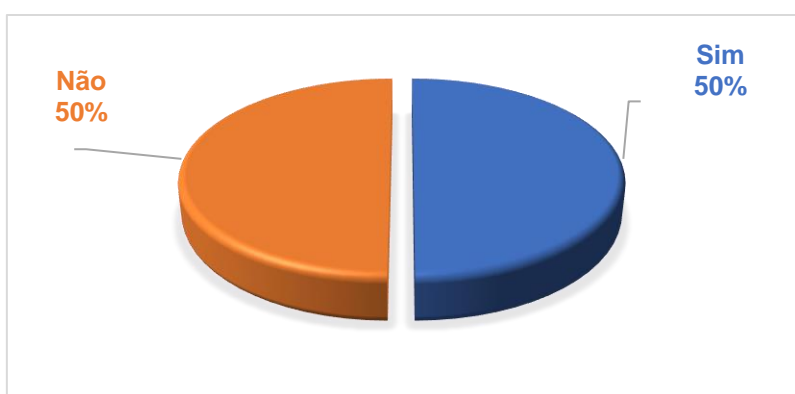


Se respondeu sim, diga pelo menos 3 tipos de medicamentos.

**Tabela 4. Quais os medicamentos**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>	<b>Codificação do questionário</b>
Medicamentos	Antibióticos e Antigripais	"não tomar certos antibióticos e certos comprimidos anti-gripe"	Q8
		"antibiótico"	Q16

**Quadro 13. Conhece alguns alimentos que possam interferir com o seu valor terapêutico.**

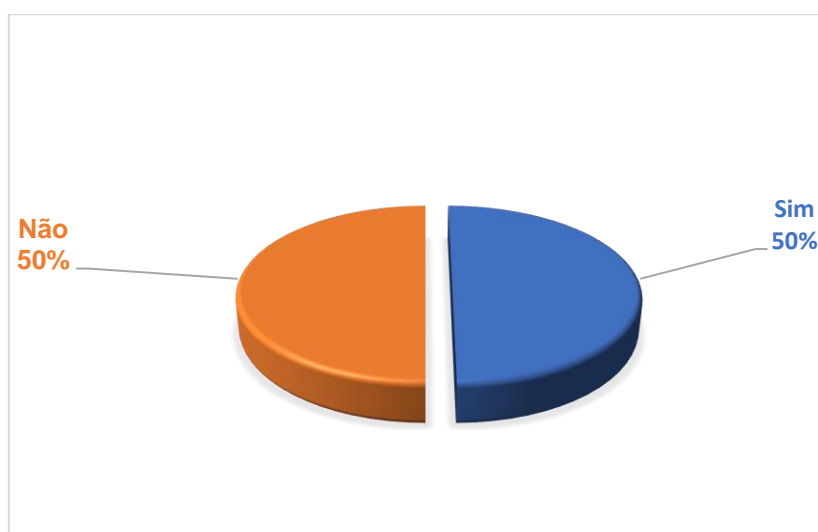


Se respondeu sim, diga até 5 alimentos.

**Tabela 5. Quais os Alimentos**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>	<b>Codificação do questionário</b>
Alimentos	Verduras	<i>"hortaliças"</i>	Q3, Q15
		<i>Alface</i>	Q2, Q8, Q17
		<i>"verduras";</i>	Q8, Q10, Q11, Q13
		<i>"feijão verde"</i>	Q8
		<i>"feijão, grão"</i>	Q3
		<i>"repolho"</i>	Q2
		<i>"brócolos"</i>	Q2, Q17
		<i>"couves, espinafres, agrião"</i>	Q17
	Infusões	<i>"certos chás"</i>	Q3
		<i>"chá verde"</i>	Q11
	Frutas	<i>"kiwi"</i>	Q8, Q11
		<i>"uvas"</i>	Q8
	Condimentos	<i>"sal"</i>	Q6
	Bebidas	<i>"bebidas"</i>	Q6
	Carnes	<i>"carnes vermelhas"</i>	Q6

**Quadro 14. Conhece algumas situações de saúde que necessitem de interromper a medicação de hipocoagulação.**



Se respondeu sim, diga até 3 situações de saúde.

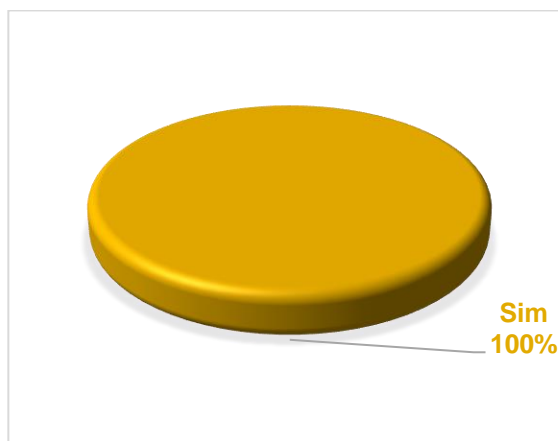
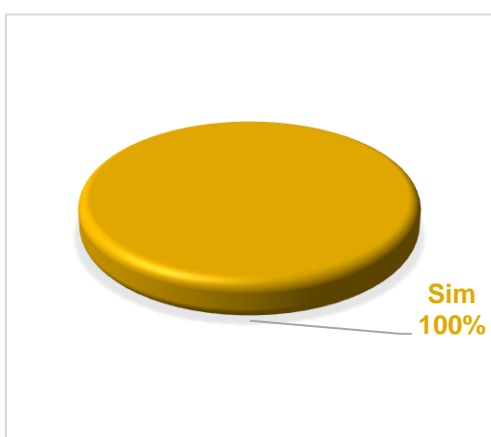
**Tabela 6. Que situações de saúde identifica**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>	<b>Codificação do questionário</b>
Situações de Saúde	Dentista	"quando for tratar os dentes"	Q1
		"ir ao dentista, arrancar dentes"	Q4
		"extração de dentes"	Q8, Q18
		"se for ao dentista"	Q9, Q13
		"ir ao dentista"	Q15
	Sangramento	"quando há muito sangue"	Q1
	Procedimentos Médicos	"cirurgia"	Q2, Q8, Q14, Q18
		"cateterismo"	Q15

## Parte C - Importância da Consulta de Enfermagem

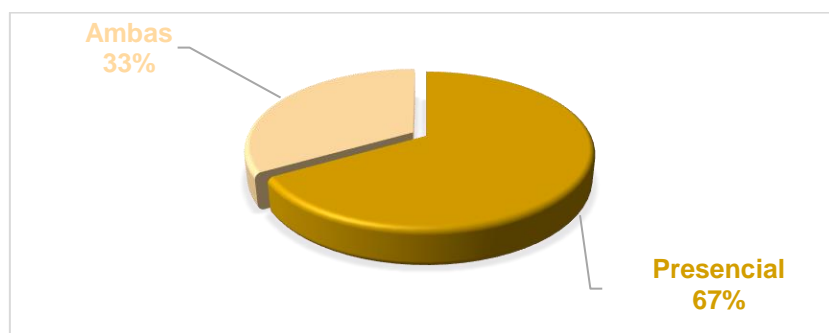
**Quadro 15. A Consulta de Enfermagem é Acessível?**

**Quadro 16. A Consulta de Enfermagem é importante no acompanhamento da sua doença?**

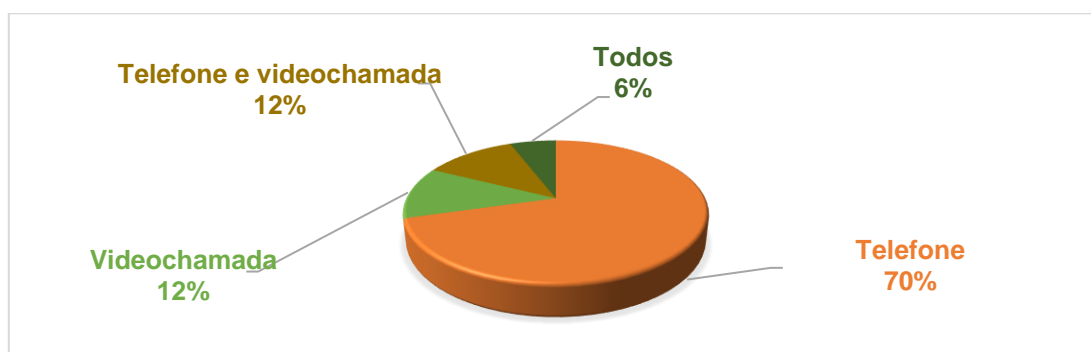


Os 18 participantes consideram a consulta de enfermagem acessível como importante para o acompanhamento da sua doença.

### Quadro 17. A Consulta de Enfermagem deve ser

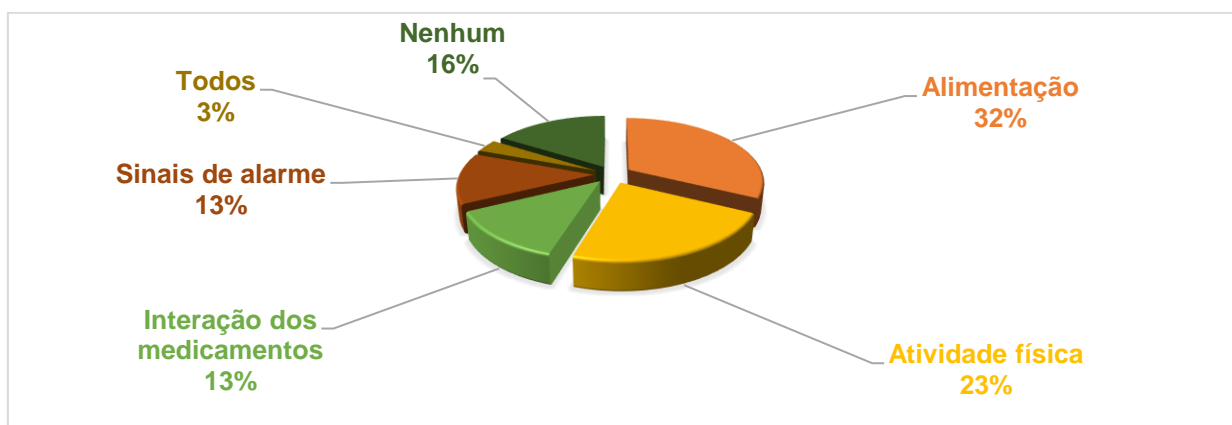


### Quadro 18. Que recurso seria facilitador para realizar a Consulta de Enfermagem não presencial ?



Dos 18 participantes, 67% preferem consulta presencial. No entanto quando a opção é consulta não presencial, 70% prefere consulta de enfermagem por telefone e apenas 6% quer todos os meios alternativos.

### Quadro 19 – Que temas são abordados na Consulta de Enfermagem.



**Apêndice 4 – Apresentação dos resultados da Matriz Operativa –  
Dimensão Funcional do MDAIF**

	<b>Filha</b>		Letrada	Tem filho		Letrada	Tem 1 filho		Letrada	Tem filhos		Letrado
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>		<b>Esposa</b>	<b>Sim</b>		<b>Não</b>	<b>Cuidadora</b>		<b>Sim</b>	<b>Não</b>	
Membro da Família Dependente	1			1			1			1		
Autocuidado Higiene Prestador de Cuidados	1			1			1			1		
Autocuidado Vestuário Prestador de Cuidados		1			1		1			1		
Autocuidado Comer Prestador de Cuidados	1		Na preparação das refeições	1		Na preparação das refeições	1		Na preparação das refeições		1	Preparam em conjunto
Autocuidado Beber Prestador de Cuidados		1			1			1			1	
Autocuidado Ir ao Sanitário Prestador de Cuidados		1			1			1			1	
Autocuidado Comportamento sono-reposo Prestador de Cuidados		1			1			1			1	
Autocuidado Atividade de lazer Prestador de Cuidados		1	Só vê Televisão		1		1				1	
Autocuidado Atividade Física Prestador de Cuidados	1		Não faz, Tem andarilho		1	Não gosta muito de fazer	1			1		precisa de companhia- visão diminuída
Gestão do Regime Terapêutico Prestador de Cuidados	1			1			1			1		Preparam em conjunto
Autovigilância Prestador de Cuidados	1			1			1			1		
Autoadministração de medicamentos Prestador de Cuidados		1	A filha vigia, o Sr. Prepara	1			1				1	
	<b>6</b>	<b>6</b>		<b>6</b>	<b>6</b>		<b>9</b>	<b>3</b>		<b>6</b>	<b>6</b>	

**Apêndice 5 – Apresentação do Projeto à Equipe Multidisciplinar da USF São  
Filipe a 05 de novembro de 2021**

12º Curso de Mestrado em Enfermagem e Pós-  
Licenciatura em Enfermagem Área de  
Especialização em Enfermagem Comunitária

3º Semestre – Estágio com Relatório

***Capacitar o Utente Hipocoagulado e Família na  
Gestão da Doença: Uma Intervenção da  
Enfermagem Comunitária***

Orientador: Professor José Edmundo Sousa



Orientador Clínico: Enfermeira Especialista Maria de Fátima Balsinha

05.novembro.2021

Rute Rego N° 9496

**Unidade Curricular – Opção II**

<b>Período de Estágio</b>	<b>De 06 de abril a 02 de julho de 2021</b>
<b>Objetivo</b>	❖ Desenvolver um Trabalho de Projeto
<b>Metodologia</b>	❖ Processo de Planeamento em Saúde ❖ Referenciais Teóricos de Enfermagem
<b>Finalidade</b>	❖ Elaborar o Diagnóstico de Situação
<b>Total de Horas</b>	❖ 15h - Orientação Tutorial (OT – Na Escola) ❖ 90h – Em local de Estágio (média de 7h/semana)

## Projeto – “Capacitar o Utente Hipocoagulado e Família na Gestão da Doença. Uma Intervenção da Enfermagem Comunitária”

**População:** Utentes inscritos na USF São Filipe

**População alvo:** Utentes hipocoagulados inscritos na USF São Filipe

**Amostra:** Utentes hipocoagulados atendidos em consulta presencial na USF São Filipe ou no seu domicílio no período de estágio.

**Critérios de Inclusão:** Utentes com necessidade de monitorizar o INR.

03/12/2021

Rute Rego

3

## Projeto – “Capacitar o Utente Hipocoagulado e Família na Gestão da Doença. Uma Intervenção da Enfermagem Comunitária”

**Critérios de Exclusão:**

- ❖ Utentes institucionalizados que não sejam acompanhados pela USF S. Filipe
- ❖ Utentes acompanhados na consulta de hipocoagulação no hospital.

**Modalidade de Recrutamento:**

- ❖ Contactar todos os utentes hipocoagulados para consulta de enfermagem na unidade ou no domicílio no período de estágio.

03/12/2021

Rute Rego

4

## Projeto – “Capacitar o Utente Hipocoagulado e Família na Gestão da Doença. Uma Intervenção da Enfermagem Comunitária”

- ❖ Construído Questionário para aplicar ao utente;
- ❖ Será entregue um pedido de consentimento informado ao utente, ficando com uma cópia do mesmo;
- ❖ Enviado projeto para a Comissão de Ética em Saúde, após várias correções, surge autorização para a sua realização em meados de julho de 2021 ;

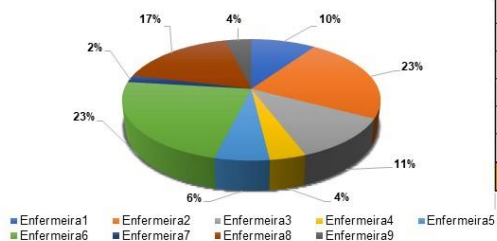
03/12/2021

Rute Rego

5

## Projeto – “Capacitar o Utente Hipocoagulado e Família na Gestão da Doença. Uma Intervenção da Enfermagem Comunitária”

- ❖ Utentes por Enfermeiro de Família;
- ❖ Aplicado o questionário a 18 utentes no universo de 52;



Enfermeiras	TOTAL	ACO	NOAC	Hospital
Enfermeira1	10	5	5	0
Enfermeira2	17	12	4	1
Enfermeira3	9	6	0	3
Enfermeira4	4	2	2	0
Enfermeira5	5	3	1	1
Enfermeira6	15	12	3	0
Enfermeira7	4	1	3	0
Enfermeira8	15	9	5	1
Enfermeira9	5	2	2	1
<b>TOTAIS</b>	<b>84</b>	<b>52</b>	<b>25</b>	<b>7</b>

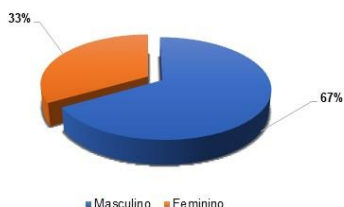
03/12/2021

Rute Rego

6

## Projeto – “Capacitar o Utente Hipocoagulado e Família na Gestão da Doença. Uma Intervenção da Enfermagem Comunitária”

### Distribuição dos Participantes por Sexo



### Distribuição dos Participantes por Idade

Média	73,61
Mediana	70
Moda	87
Desvio padrão	11,61
Mínimo	55
Máximo	88

03/12/2021

Rute Rego

7

## Projeto – “Capacitar o Utente Hipocoagulado e Família na Gestão da Doença. Uma Intervenção da Enfermagem Comunitária”

### Resumo das respostas ao Questionário:

- ✓ 67% têm o Ensino básico;
- ✓ 83% prepara a sua terapêutica;
- ✓ 44% prepara a sua refeição sozinho;
- ✓ 28% não sabe porque toma o ACO;
- ✓ 89% não identifica medicamentos que possam interferir com o ACO;
- ✓ 50% não identifica alimentos que possam interferir com o ACO;
- ✓ 50% não identifica a necessidade de suspender o ACO em intervenções clínicas;

03/12/2021

Rute Rego

8

## Projeto – “Capacitar o Utente Hipocoagulado e Família na Gestão da Doença. Uma Intervenção da Enfermagem Comunitária”

### Resumo das respostas ao Questionário:

- ✓ 100% afirma a importância e a acessibilidade à consulta de enfermagem;
- ✓ 67% prefere consulta de enfermagem presencial;
- ✓ 70% optariam pela consulta telefónica caso a consulta tivesse que ser não presencial;
- ✓ Quanto aos temas abordados em consulta de enfermagem:
  - 32% alimentação;
  - 23% atividade física;
  - 13% interação medicamentosa e sinais de alarme;

03/12/2021

Rute Rego

9

## Projeto – “Capacitar o Utente Hipocoagulado e Família na Gestão da Doença. Uma Intervenção da Enfermagem Comunitária”

### Diagnósticos de Enfermagem identificados:

Diagnóstico de Enfermagem	Foco	Juízo
Conhecimento sobre a doença	Conhecimento sobre o processo patológico	Défice
Conhecimento sobre o Regime Dietético	Conhecimento sobre o regime dietético	Défice
Capacidade do autocuidado	Capacidade do autocuidado	Comprometido
	Autocuidado	Défice
	Capacidade para executar o autocuidado	Potencial
Autogestão da doença	Autogestão da doença	Comprometido

03/12/2021

Rute Rego

10

## Projeto – “Capacitar o Utente Hipocoagulado e Família na Gestão da Doença. Uma Intervenção da Enfermagem Comunitária”

### Diagnósticos de Enfermagem:

- ✓ Conhecimento sobre a doença diminuído por défice de conhecimento sobre o processo patológico manifestado por diminuição de conhecimento sobre a interação com a alimentação, terapêutica e procedimentos médicos.
- ✓ Conhecimento sobre o regime dietético diminuído por défice de conhecimento sobre a interação da alimentação com a terapêutica ACO.
- ✓ Capacidade para o autocuidado diminuído por défice de conhecimento no autocuidado manifestado pela falta de conhecimento sobre como manter a saúde e bem-estar no processo de saúde-doença.
- ✓ Autogestão da doença comprometido por défice de conhecimento da gestão da sua doença manifestado por défice de conhecimento nas várias áreas de proteção, como a interação alimentar, medicamentosa, sinais de alerta com a terapêutica ACO necessária para a regulação da sua doença crónica.

03/12/2021

Rute Rego

11

## Unidade Curricular – Estágio com Relatório

Período de Estágio	De 11 de Outubro a 25 de Fevereiro de 2022
<b>Objetivo</b>	❖ Intervir nos Problemas Identificados no Diagnóstico de Situação
<b>Metodologia</b>	❖ Processo de Planeamento em Saúde ❖ Referenciais Teóricos de Enfermagem
<b>Finalidade</b>	❖ Capacitar os utentes e família na gestão da sua doença; ❖ Adquirir competências como mestrande e especialista de Enfermagem de Saúde Comunitária
<b>Total de Horas</b>	❖ 15h - Orientação Tutorial ❖ 500h – No local de Estágio (média de 25h/semana)

03/12/2021

12

**USF S.  
FILIPE**



**Apêndice 6 – Priorização dos Problemas com base na Grelha de Análise**

### **Problemas Identificados após Diagnóstico de Saúde:**

1. Défice de conhecimento do processo patológico (28% dos inquiridos não sabe porque toma o ACO);
2. Défice de conhecimento do regime terapêutico (89% dos inquiridos não identifica medicamentos que possam interferir com o ACO);
3. Défice de conhecimento do regime dietético (50% dos inquiridos não identifica alimentos que possam interferir com o ACO);
4. Capacidade do autocuidado comprometido (50% dos inquiridos não identifica intervenções de saúde que possam ter que suspender a toma de ACO);
5. Autogestão da doença comprometido (28% dos inquiridos não identifica nenhum sinal de perigo para quem toma ACO);
6. Conhecimento do papel da família comprometido (dos 18 inquiridos apenas 2 foram acompanhados por familiar)
7. Conhecimento da família sobre a capacidade do familiar gerir a doença comprometido (dos 18 inquiridos apenas 2 foram acompanhados por familiar)

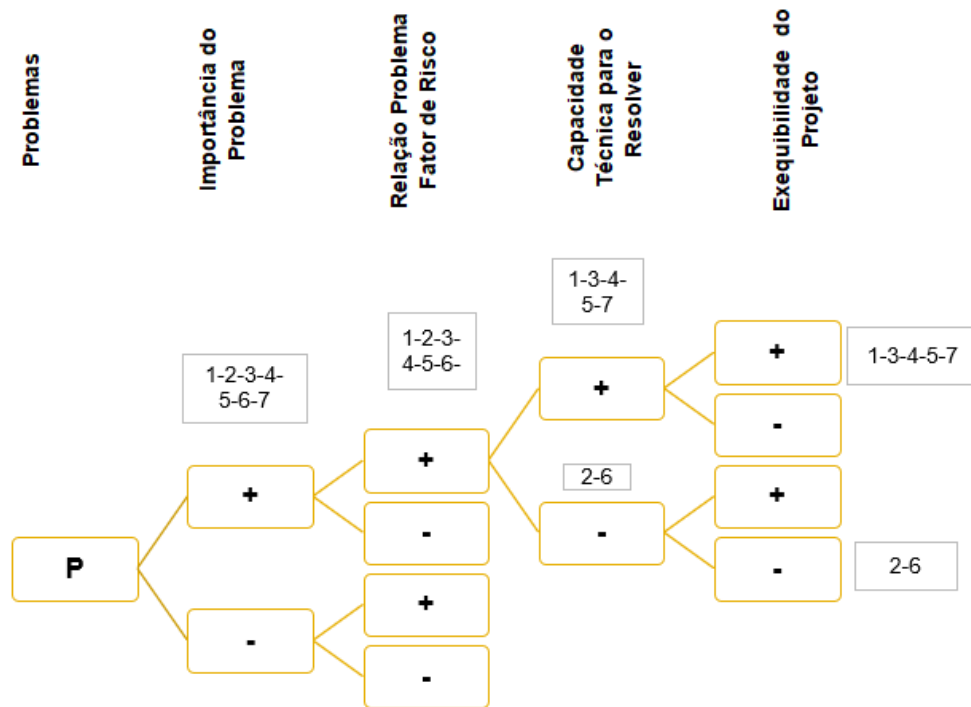
**Segundo Hartz (2017) sugere-se a formulação das seguintes questões de forma a ajudar a posicionar o problema em cada critério citado por Moreira (2020:112):**

1. O problema ou a necessidade de saúde é importante?
2. As causas ou os determinantes do problema são conhecidos ou, pelo menos, as condições a eles associadas?
3. Há meios de intervenção sobre estas causas ou determinantes de forma eficaz (necessidade de serviços)?
4. As intervenções propostas são possíveis de realização sobre o plano económico, organizacional, político e ético (necessidade de recursos)?

**Grelha de Análise:**

<b>Critérios Problemas</b>	<b>Importância do Problema</b>	<b>Relação Problema/Fator de risco</b>	<b>Capacidade técnica para o resolver</b>	<b>Exequibilidade do Projeto</b>	<b>Problema selecionado (+importante)</b>
Défice de conhecimento do processo patológico	3(+)	3(+)	3(+)	2(+) 1(-)	2º Problema
Défice de conhecimento do regime terapêutico	3(+)	3(+)	3(-)	3(-)	5º Problema
Défice de conhecimento do regime dietético	3(+)	3(+)	3(+)	3(+)	1º Problema
Capacidade do autocuidado comprometido	3(+)	3(+)	1(-) 2(+)	1(-) 2(+)	3º Problema
Autogestão da doença comprometido	3(+)	3(+)	3(+)	3(+)	1º Problema
Papel da Família comprometido	3(+)	3(+)	1(+) 2(-)	1(+) 2(-)	4º Problema
Conhecimento da Família comprometido	3(+)	3(+)	1(-) 2(+)	1(-) 2(+)	2º Problema

## Árvore de Decisão dos Problemas Identificados



## **Apêndice 7 – Cronograma das Intervenções Estratégicas**

## Cronograma

meses   dias   semanas	Janeiro					Fevereiro		
	03	10	17	24	31	07	14	21
	07	14	21	28	04	11	18	25
atividades	1	2	3	4	5	1	2	3
Planeamento das Estratégias								
Estruturação do Plano de Sessão								
Reunião com a Equipa de Enfermagem								
Reunião com a Equipa Multidisciplinar								
Realização da 1ª Sessão Grupo								
Realização da 2ª Sessão Grupo								
Testagem da Consulta de Enfermagem não Presencial								
Avaliação das Sessões de Grupo								

## **Apêndice 8 – Critérios para a Consulta de Enfermagem Não Presencial**



# Checklist

## CRITÉRIOS

- Consultas presenciais registadas
- História Clínica atualizada
- Consentimento Informado e Esclarecido consentido pelo utente ou representante legal

## SOLICITADO PELO ENFERMEIRO

- Perceber se há alteração do estado de saúde;
- Compreender se existe equimoses sem ser por traumatismo ou se tem tido hemorragia gengival ou outra;
- Validar a toma do ACO;
- Apoiar o utente /família na gestão do regime dietético e terapêutico;
- Incentivar o utente/família na prática da atividade física;

## SOLICITADO PELO UTENTE

- Dúvidas no Regime Dietético e Terapêutico;
- Dúvida nos sinais de alarme;
- Dúvida sobre intervenções de saúde. Ex: vacinação;
- Impossibilidade de comparecer na Unidade por estar doente/não ter acompanhante/apoiar familiar;
- Dificuldade em articular com o horário de trabalho;

## **Apêndice 9 – Plano da Sessão de Grupo**

**IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO-ALVO:** Utentes Hipocoagulados com necessidade de controle de INR

**MODELO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:** Teoria Geral do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem

**PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

**Tema:** Sou Hipocoagulado, o que muda?

**Local:** USF S. Filipe

**Data:** 02 de Fevereiro de 2022 e 09 de Fevereiro de 2022

**Hora:** Das 16 horas e 30 minutos às 17 horas e 30 minutos

**Duração:** 60 minutos

**Formadores:** Mestranda em Enfermagem de Saúde Comunitária Rute Rego

**Finalidade da formação:** Capacitação do utente hipocoagulado e família na gestão da doença

**Objetivo pedagógico geral:** Capacitar o utente hipocoagulado e família na gestão da doença

**Identificação dos objetivos específicos e seus domínios**

Objetivo Específico	Domínio
Compreender o processo patológico da doença e riscos associados	Cognitivo
Entender a importância de manter comportamentos de saúde saudáveis	Cognitivo
Promover a partilha de experiências	Afetivo

### Identificação das etapas e dos seus conteúdos

Etapa	Conteúdos	Dominios	Métodos	Técnicas	Recursos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do formador</li> <li>- Apresentação do tema abordar: Objetivos; Conteúdos e Avaliação</li> </ul>	Cognitivo	Expositivo <sup>1</sup>	<p>Explicativa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar o percurso da formação e suas vantagens, utilizando uma voz audível, mas agradável.</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mestranda</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Data show</li> </ul>	5'
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceitos: hipocoagulação</li> <li>- Intervalo terapêutico e seu controle;</li> <li>- Identificação de situações de risco e suas medidas;</li> <li>- Alimentação e Atividade física;</li> <li>- Cuidados a ter quando submetido a intervenções de saúde;</li> </ul>	<p>Cognitivo</p> <p>Afetivo</p> <p>Psicomotor</p>	<p>Expositivo<sup>2</sup></p> <p>Interativo</p> <p>Demonstrativo</p>	<p>Explicativa e Demonstrativa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar os vários temas abordados;</li> <li>- Incentivar debate por parte dos participantes nos vários temas abordados;</li> <li>- Através das experiências expostas em grupo demonstrar o conhecimento adquirido;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mestranda</li> <li>- Enf. Orientadora</li> <li>- Participantes</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Data show</li> </ul>	30'
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese dos temas abordados;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas;</li> <li>- Partilha de experiências;</li> <li>- Agradecimento pela presença;</li> </ul>	<p>Cognitivo</p> <p>Afetivo</p>	<p>Expositivo<sup>3</sup></p> <p>Interativo</p>	<p>Discussão orientada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover espaço de colocar dúvidas sobre os temas abordados;</li> <li>- Permitir a partilha de experiências e refletir com as aprendizagens da formação;</li> </ul>	<p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mestranda</li> <li>- Enf. Orientadora</li> <li>- Participantes</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Data show</li> </ul>	10'

Etapa	Conteúdos	Domínios	Métodos	Técnicas	Recursos	Tempo
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Praticar o conhecimento adquirido na formação através do jogo didático. Identificar alimentos que interferem com o ACO e construir refeições equilibradas;</li> <li>- Entrega de um questionário com perguntas sobre os temas abordados;</li> </ul>	Cognitivo	Expositivo <sup>4</sup> Demonstrativo	Dinâmica de grupo (Avaliação) - Utilizar um jogo sobre alimentação, em que através de peças com alimentos se vai poder identificar os que mais podem interferir com o ACO; - Através de uma <i>Checklist</i> questiona-se os participantes e assinala-se os conhecimentos adquiridos na formação.	<b>Humanos:</b> - Mestranda - Enf. Orientadora - Participantes <b>Materiais:</b> - Jogo didático - Questionário em formato de papel Participantes	15'

#### Legenda:

**1** – Momento de contacto com os participantes onde o formador se apresenta e através da **técnica explicativa**, apresenta o tema que vai desenvolver através do **método expositivo**, mostrando o sumário.

**2** – Através da apresentação realizada em PowerPoint<sup>®</sup>, utilizando o **método expositivo**, mostra os temas de forma sistematizada para facilitar a compreensão, e, permitir que os participantes intervenham, **método interativo**, para que se torne um momento de partilha e conhecimento, **método demonstrativo**. Esta etapa será desenvolvida através da **técnica explicativa e demonstrativa** por todos os presentes.

**3** – No final da apresentação do tema, será um momento de síntese sobre os temas abordados, em que através do **método interativo e demonstrativo** se analisa as dúvidas e partilha experiências para o enriquecimento de todos os presentes, através de uma **discussão orientada** (técnica).

**4** – Para a validação da compreensão sobre os temas abordados é realizado um jogo sobre alimentação, em que através de peças com alimentos se vai poder identificar os que mais podem interferir com o ACO, **método demonstrativo**, ao mesmo tempo vai-se questionando os participantes e assinalando numa *checklist* os conhecimentos adquiridos na formação.

# Checklist

Sou Hipocoagulado, o que muda? – Avaliação da Formação		
Temas Abordados	Respostas	Totais
Identifica o Intervalo terapêutico		
Identifica 5 alimentos que interfere com a toma do ACO		
Identifica 3 sinais de alerta		
Identifica 2 medidas para minimizar o risco		
A família identifica 3 áreas que o familiar necessita de suporte		
Porque toma ACO		

**Apêndice 10 – Póster de divulgação da Formação para os Utentes e  
Família**

Sou **Hipocoagulado**, o que  
muda?

Uma conversa em grupo

31 de Janeiro e  
14 de Fevereiro

Das 14h30 às 15h30



**Caros, Utentes.**



Se toma **Varfine** ou **Sintron**, este convite é para si.

Vamos conversar sobre como podemos manter Qualidade de Vida.

- ✓ Os cuidados a ter com a “medicação do sangue”
- ✓ O que posso comer
- ✓ Que atividade física posso fazer
- ✓ A quem posso pedir ajuda

**Traga um Familiar consigo**

Mestranda de Enfermagem de Saúde Comunitária Rute Rego  
Enfermeira Orientadora Fátima Balsinha  
Professor Orientador José Edmundo Sousa

**Apêndice 11 – Apresentação realizada à Equipa Multidisciplinar a 28 de  
janeiro de 2022**

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem e Pós-Licenciatura em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem Comunitária**

**3º Semestre – Estágio com Relatório**

***Capacitar o Utente Hipocoagulado e Família na Gestão da Doença: Uma Intervenção da Enfermagem Comunitária***

Orientador: Professor José Edmundo Sousa



Orientador Clínico: Enfermeira Especialista Maria de Fátima Balsinha

28.janeiro.2022

Rute Rego N° 9496

## Sumário

- 1 – Apresentação
- 2 – Problemas Priorizados
- 3 – Objetivos
- 4 – Seleção de Estratégias
- 5 – Elaboração de Programas e Projetos
- 6 – Sessão de Formação
- 7 – Consulta de Enfermagem Não Presencial

## 2 – Problemas Priorizados

1. **Défice de conhecimento do regime dietético** (50% dos inquiridos não identifica alimentos que possam interferir com o ACO);
2. **Autogestão da doença comprometido** (28% dos inquiridos não identifica nenhum sinal de perigo para quem toma ACO);
3. **Conhecimento da família sobre a capacidade do familiar gerir a doença comprometido** (dos 18 inquiridos apenas 2 foram acompanhados por familiar)
4. **Capacidade do autocuidado comprometido** (50% dos inquiridos não identifica intervenções de saúde que possam ter que suspender a toma de ACO);
5. **Défice de conhecimento do processo patológico** (28% dos inquiridos não sabe porque toma o ACO);
6. **Conhecimento do papel da família comprometido** (dos 18 inquiridos apenas 2 foram acompanhados por familiar)
7. **Défice de conhecimento do regime terapêutico** (89% dos inquiridos não identifica medicamentos que possam interferir com o ACO);

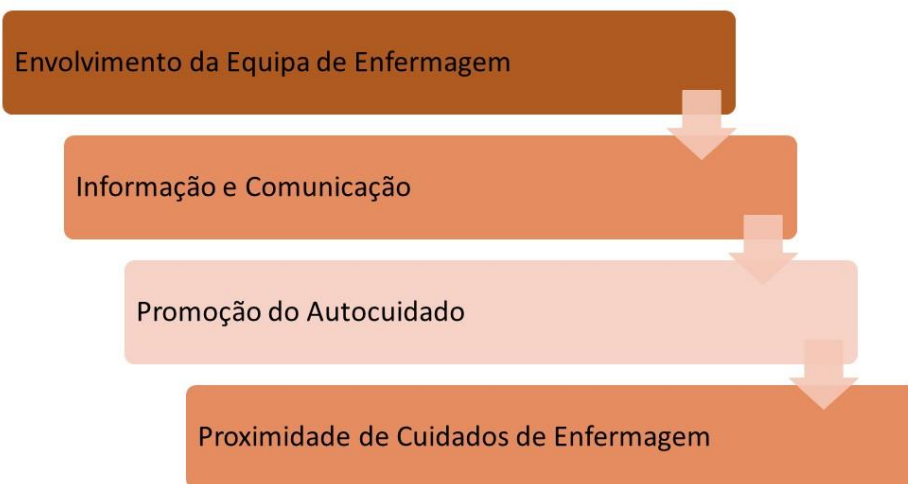
## 3 – Objetivos

<b>Diagnóstico de Enfermagem: Déficit de conhecimento do regime dietético</b>		
Objetivo Geral: Capacitar o utente hipocoagulado e família na gestão do regime dietético		
Objetivo Específico	Metas (Estratégias)	Indicadores (Avaliação)
Identificar os alimentos que mais interferem com o ACO de forma a realizarem refeições equilibradas.	Que 80% dos utentes/ família intervencionados consigam identificar 5 alimentos que devem ingerir de forma moderada.	% de utentes/família intervencionados que identificam 5 alimentos que devem ingerir de forma moderada.
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Autogestão da doença comprometida</b>		
Objetivo Geral: Envolver o utente e família na gestão da doença		
Objetivo Específico	Metas (Estratégias)	Indicadores (Avaliação)
Reconhecer situações de perigo para os utentes que tomam ACO	Que 90% dos utentes/ família intervencionados consigam reconhecer 3 situações de perigo.	% de utentes/família intervencionados que reconhecem 3 situações de perigo.
Relacionar as situações de perigo com a ação a tomar para que seja diminuído o risco	Que 90% dos utentes e família intervencionados consigam identificar 2 ações para diminuir o risco	% de utentes e família intervencionados que identificam 2 ações para diminuir o risco.

### 3 - Objetivos

<b>Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimento da família sobre a capacidade do familiar gerir a doença comprometido</b>		
Objetivo Geral: Envolver a família na gestão da doença do utente hipocoagulado.		
Objetivo Específico	Metas (Estratégias)	Indicadores (Avaliação)
Apoiar a família na identificação das áreas que o seu familiar necessita de suporte.	Que 50% dos familiares intervencionados identifiquem 3 áreas no qual o seu familiar necessita de suporte.	% de familiares que identificaram 3 áreas de suporte ao familiar.
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade no autocuidado comprometido</b>		
Objetivo Geral: Aumentar o conhecimento do utente e família no autocuidado		
Objetivo Específico	Metas (Estratégias)	Indicadores (Avaliação)
Enunciar intervenções de saúde que possam necessitar de suspender o anticoagulante oral (ACO).	Que 70% dos utentes/ família intervencionados, identifiquem 3 situações de saúde que possam necessitar de suspender o ACO.	% de utentes/família que identificaram 3 situações de saúde que possam necessitar de suspender o ACO.

### 4 - Seleção de Estratégias



## 5 – Seleção de Programas e Projetos

### Envolvimento da Equipe de Enfermagem

- Apresentação do projeto à Equipe de Enfermagem;
- Reuniões informais com as colegas para as manter informadas com o desenvolvimento do projeto e solicitar opinião;

### Informação e Comunicação

- Participação da mestrandia em consultas de hipocoagulação para estabelecer uma relação com utentes/família e dar conhecimento sobre o projeto;
- Expor em local visível informação sobre as atividades a desenvolver;

### Promoção do Autocuidado

- Realizar duas [sessões de educação para a saúde](#): Dia 31 de Janeiro e dia 14 de Fevereiro;
- Entregar em consulta uma [Checklist ao utente](#) para ajudar nos registos de alterações da saúde no seu dia-a-dia para um melhor acompanhamento e prestação de cuidados;
- Entrega de um [flyer com resumo dos cuidados a ter](#) para manter uma boa saúde;

### Proximidade de Cuidados de Enfermagem

- Realização do manual de boas práticas da consulta de enfermagem não presencial

## 6 – Sessão de Formação

### Sou Hipocoagulado, o que muda? Uma Conversa em Grupo

- 1 – Apresentação
- 2 – Conceito de Hipocoagulação
- 3 – Motivo de ser utente hipocoagulado
- 4 – Riscos de ser hipocoagulado
- 5 – Cuidados a Ter
- 6 – Alimentação
- 7 – Interação com os Medicamentos
- 8 – Atividade Física
- 9 – Intervenções de Saúde – Cuidados a ter
- 10 – Papel da Família



## 7 - Consulta de Enfermagem Não Presencial

Permite um **maior acesso e equidade aos cuidados de enfermagem**, otimizando o atendimento e proximidade, bem como responder com maior eficiência e eficácia às necessidades manifestadas pelos utentes;

A realização de **consulta não presencial** não substitui a consulta presencial, mas **aumenta a qualidade de cuidados de enfermagem** prestados aos utentes e famílias;

A consulta de enfermagem não presencial poderá ser realizada através de contacto telefónico e/ou por videochamada e **“deve respeitar a relação profissional de saúde-utente, mantendo a confiança mútua, a independência de opinião do profissional, a autonomia do utente e a confidencialidade.”** Citado pela OE (2021:7).

## 7 - Consulta de Enfermagem Não Presencial

### Objetivo Geral

- Melhorar a acessibilidade e monitorização dos cuidados de enfermagem aos utentes hipocoagulados/família na gestão da doença.

### Objetivos Específicos

- Construir o manual de boas práticas para a consulta de enfermagem não presencial para os utentes hipocoagulados com necessidade de controlo terapêutico;
- Descrever os procedimentos para a realização da consulta de enfermagem não presencial

## 7 - Consulta de Enfermagem Não Presencial

**USF São Filipe** Consulta de Enfermagem Não Presencial - Hipocogulação

### Checklist

**CRITÉRIOS**

- Consultas presenciais registadas
- História Clínica atualizada
- Consentimento Informado e Esclarecido consentido pelo utente ou representante legal

**SOLICITADO PELO ENFERMEIRO**

- Perceber se há alteração do estado de saúde;
- Compreender se existe equimoses sem ser por traumatismo ou se tem tido hemorragia gengival ou outra;
- Validar a toma do ACO;
- Apoiar o utente /família na gestão do regime dietético e terapêutico;
- Incentivar o utente/família na prática da atividade física;

**SOLICITADO PELO UTENTE**

- Dúvidas no Regime Dietético e Terapêutico;
- Dúvida nos sinais de alarme;
- Dúvida sobre intervenções de saúde. Ex: vacinação;
- Impossibilidade de comparecer na Unidade por estar doente/não ter acompanhante/apoiar familiar;
- Dificuldade em articular com o horário de trabalho;

ESEL Realizado por Helena Rute Rego  
Orientador Enf. Especialista Fátima Batista  
Professora Assistente Social

Ministério da Saúde  
Unidade de Saúde Local de Saúde Pública, S. Lda de Saúde  
Rua da Saúde, 10000  
Fevereiro, 2022

Enf. Rute Rego



**USF S.  
FILIPE**



**Apêndice 12 – Apresentação aos utentes hipocoagulados e família – Sou hipocoagulado, o que muda? Uma conversa em grupo**

# Sou Hipocoagulado, o que muda?

## Uma conversa em grupo

**Formador:** Mestranda em Enfermagem de Saúde Comunitária Rute Rego  
**Orientador Clínico:** Enfermeira Especialista Fátima Balsinha  
**Docente:** Doutor José Edmundo Sousa



Janeiro.2022



## Sumário

- 1 - Apresentação
- 2 - Conceito de Hipocoagulação
- 3 - Motivo de ser utente hipocoagulado
- 4 - Riscos de ser hipocoagulado
- 5 - Cuidados a Ter
- 6 - Alimentação
- 7 - Interação com os Medicamentos
- 8 - Atividade Física
- 9 - Intervenções de Saúde - Cuidados a ter
- 10 - Papel da Família



## Ser hipocoagulado, é ?

É quando se toma anticoagulantes que **atrasam a coagulação do sangue**, que evitam **formar coágulos**.

Os anticoagulantes orais mais conhecidos são o **Varfine** ou o **Sintrom**



## Porque sou hipocoagulado?

Porque é uma pessoa com **elevado risco de formação de coágulos**.

- Por ter Colocado uma Válvula cardíaca mecânica?
- Por ter Arritmia?
- Com história de AVC ou Enfarte?
- Com História de Tromboembolismo Pulmonar?
- Por Trombose Venosa dos Membros Inferiores?



## Sou hipocoagulado

Deve saber o **valor terapêutico**, o valor ideal para o seu **sangue não estar muito líquido ou muito grosso**

**Confirme** sempre com o seu médico o **valor ideal para si**.

**Controlar periodicamente** o valor de anticoagulação (INR) permite que o seu médico **defina a sua dose diária**.



## Riscos em ser hipocoagulado?

A **Hemorragia** é o maior risco.

Pode surgir **nódos negros** pelo corpo, **sangrar** pelo **nariz**, **sangramento** das **gengivas** e **sangue** na **urina**.



## Quais os Cuidados a ter?

Tomar o medicamento como foi explicado na Consulta de Enfermagem.

**Tomar todos os dias, à noite, 1h** antes ou 1h depois da refeição.

Estar atento **aos Sinais de alerta** – Aos Riscos.

Manter uma **Alimentação** Equilibrada e Variada.

Manter **atividade física diária**.

Nas vigilâncias de saúde ou em situação aguda **relembrar que toma anticoagulante**.



## Alimentos que Interferem com o Anticoagulante

Prepare pratos **simples e equilibrados**.



Consumir com moderação os **Legumes de folha verde**:

- ✓ Espinafre
- ✓ Alface
- ✓ Couve lombarda
- ✓ Nabiças
- ✓ Ervilhas secas
- ✓ Feijão seco
- ✓ Brócolos
- ✓ Couve-flor
- ✓ Couve de Bruxelas

Consumir com moderação:

- ✓ Gema de ovo
- ✓ Alho
- ✓ Fígado
- ✓ Abacate
- ✓ Manteigas
- ✓ Soja
- ✓ Óleo de Soja
- ✓ Grão de bico
- ✓ Lentilhas
- ✓ Margarinas

## Alimentos que Interferem com o Anticoagulante



Ao realizar uma **alimentação diversificada, equilibrada e constante** permitirá ajustar a sua terapêutica ACO de acordo com as suas necessidades;

Fonte: Alimentação e Hipocoagulação Oral. Associação Portuguesa de Nutrição (2019:23)

## Alimentos que Interferem com o Anticoagulante

### Deve Evitar:

- Beber bebidas alcoólicas ( $\uparrow$  ACO)
- Fumar
- Mudar bruscamente a sua dieta



### Devem Mesmo ser Evitados:

- Chá Verde
  - Chá de Camomila
  - Chá de São João (hipericão)
  - Aloé Vera
  - Café de Cevada
  - Cerveja
- ( $\downarrow$  ação ACO)



## Medicamentos que Interferem com o Anticoagulante

A introdução de novos medicamentos ou suplementos vitamínicos devem ser **por indicação médica**.



### Ter em Atenção:

- Antibióticos
  - Anti-inflamatórios
- Fazer controle 4 dias após terminar o último comprimido

### Em caso de Dor ou Febre:

- Tomar Paracetamol em SOS (interfere menos)

## Atividade Física – Cuidados a Ter

Deve fazer **atividade física diariamente**;

Usar roupa e calçado **confortável**;

Se frequenta aulas deve **informar o professor** que toma anticoagulante;



### Evitar:

- Exercícios violentos**, pelo risco de hemorragia caso haja traumatismo.
- Situações** que possam **provocar quedas**. Ex: subir cadeiras, piso escorregadio

## Situações de Saúde – Cuidados a Ter


Sempre que recorra aos **Serviços de Saúde** deve **informar** que toma **Anticoagulante**.

1. Centro de Saúde
2. Hospital
3. Dentista
4. Laboratório de análises

**Pode ser Submetido a:**

- ✓ Vacinação;
- ✓ Análises ao sangue;
- ✓ Exames com contraste;
- ✓ Exames de diagnóstico Invasivos. Ex: Cateterismo.
- ✓ Extração dentária;
- ✓ Cirurgias;

Informe o médico, **poderá ter que ajustar a dose diária** ou mesmo **suspender por alguns dias**.




## Papel da Família ao Utente Hipocoagulado

É importante que a **Família conheça a doença do seu Familiar** para o poder apoiar na gestão da mesma.

**Apoiar o Familiar:**

- ✓ Na preparação das refeições;
- ✓ Na preparação da medicação;
- ✓ Na realização de atividade física;
- ✓ No acompanhamento às consultas de vigilância;
- ✓ Na manutenção do seu autocuidado;



## Referências Bibliográficas

- Domingues, B.; Cardoso, F.; Rodrigues, T. (2019). Alimentação e Hipocoagulação Oral. Associação Portuguesa de Nutrição. Porto. Portugal.
- Santos, T. (2018). Manual de Boas Práticas em Anticoagulação. USF S. João do Pragal. ACES Almada-Seixal. Almada. Portugal.
- Serviço de Patologia Clínica (2014). Consulta de Hipocoagulação – Guia do Utente Hipocoagulado. Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, EPE. Lisboa. Portugal.
- Unidade de Saúde Familiar São Filipe (2019). Manual de Procedimentos de Hipocoagulação. Setúbal. Portugal.

**Apêndice 13 – *Flyer* – “Tomo Anticoagulante. Cuidados a Ter”**

## TOMO ANTICOAGULANTE CUIDADOS A TER

1

Tomar o medicamento como foi explicado pela Enfermeira

Tomar todos os dias, à noite, 1h antes ou 1h depois da refeição.

2

Manter uma Alimentação Equilibrada, Variada e Constante.



3

Consumir com Moderação:

Espinafre;  
Alface;  
Couve lombarda;  
Nabiças;  
Ervilhas secas;  
Feijão seco;  
Brócolos;  
Couve-flor;  
Couve de Bruxelas

4

Consumir com Moderação:

Grão de bico;  
Lentilhas;  
Margarina;  
Gema de ovo;  
Alho;  
Fígado;  
Abacate;  
Soja;  
Óleo de Soja;

5

Deve fazer atividade física diariamente;

Usar roupa e calçado confortável;

Se frequenta aulas deve informar o professor que toma anticoagulante;

6

Evitar:

- Exercícios violentos, pelo risco de hemorragia;

- Situações que possam provocar quedas.

Ex: Subir cadeiras, Piso escorregadio

7

Pode ser Submetido a:

Vacinação;  
Análises ao sangue;  
Exames com contraste;  
Exames de diagnóstico Invasivos.  
Ex: Cateterismo.  
Extração dentária;  
Cirurgias;

Informe o médico, poderá ter que ajustar a dose diária ou mesmo suspender por alguns dias.

8

Sinais de Alerta:

Nódoas Negras  
Sangrar das gengivas  
Sangrar do nariz  
Sangue na urina

HEMORRAGIA

Contactar o 112

Manter Qualidade de Vida

**Apêndice 14 – Checklist – A minha vigilância**

<b>Folha de Registo</b>						
<b>Nome:</b> _____  <b>SNS:</b> _____						
<b>Consulta de Enfermagem de Hipocoagulação</b>						
Registe os dias que sentiu <b>Alterações</b> do seu Estado de Saúde						
<b>Checklist - A Minha Vigilância</b>	<b>Data</b>	<b>Data</b>	<b>Data</b>	<b>Data</b>	<b>Data</b>	<b>Data</b>
Não tomei a medicação hoje						
A minha Tensão Arterial está alta						
Dói-me a cabeça						
Surgiu uma nódoa negra e não cai						
Sangrei dos dentes						
Sangrei do nariz						

**Elaborado por:**  
 Mestranda em Enfermagem de Saúde Comunitária Rute Rego

**Orientada por:**  
 Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária Fátima Balsa  
 Professor Doutor José Edmundo Sousa

**Janeiro de 2022**




**Apêndice 15 – Apresentação Final à Equipa multidisciplinar do Projeto de  
Intervenção no dia 25 de fevereiro de 2022**

12º Curso de Mestrado em Enfermagem e Pós-  
Licenciatura em Enfermagem Área de  
Especialização em Enfermagem Comunitária

3º Semestre – Estágio com Relatório

***Capacitar o Utente Hipocoagulado e Família na  
Gestão da Doença: Uma Intervenção da  
Enfermagem Comunitária***

Orientador: Professor José Edmundo Sousa



Orientador Clínico: Enfermeira Especialista Maria de Fátima Balsinha

25.fevereiro.2022

Rute Rego Nº 9496

## Sumário

- 1 – Apresentação
- 2 – Problemas Intervencionados
- 3 – Objetivos
- 4 – Sessão de Educação para a Saúde
- 5 – Avaliação da Sessão de EpS
- 6 – Análise da Matriz Operativa do MDAIF – Dimensão Funcional
- 7 – Consulta de Enfermagem Não Presencial
- 8 - Conclusão

## 2 – Problemas Intervencionados

1. **Défice de conhecimento do regime dietético** (50% dos inquiridos não identifica alimentos que possam interferir com o ACO);
2. **Autogestão da doença comprometido** (28% dos inquiridos não identifica nenhum sinal de perigo para quem toma ACO);
3. **Conhecimento da família sobre a capacidade do familiar gerir a doença comprometido** (dos 18 inquiridos apenas 2 foram acompanhados por familiar)
4. **Défice de conhecimento do processo patológico** (28% dos inquiridos não sabe porque toma o ACO);



## 3 – Objetivos

<b>Diagnóstico de Enfermagem: Déficit de conhecimento do regime dietético</b>		
Objetivo Geral: Capacitar o utente hipocoagulado e família na gestão do regime dietético		
Objetivo Específico	Metas (Estratégias)	Indicadores (Avaliação)
Identificar os alimentos que mais interferem com o ACO de forma a realizarem refeições equilibradas.	Que 80% dos utentes/ família intervencionados consigam identificar 5 alimentos que devem ingerir de forma moderada.	% de utentes/família intervencionados que identificam 5 alimentos que devem ingerir de forma moderada.
<b>Diagnóstico de Enfermagem: Autogestão da doença comprometida</b>		
Objetivo Geral: Envolver o utente e família na gestão da doença		
Objetivo Específico	Metas (Estratégias)	Indicadores (Avaliação)
Reconhecer situações de perigo para os utentes que tomam ACO	Que 90% dos utentes/ família intervencionados consigam reconhecer 3 situações de perigo.	% de utentes/família intervencionados que reconhecem 3 situações de perigo.
Relacionar as situações de perigo com a ação a tomar para que seja diminuído o risco	Que 90% dos utentes e família intervencionados consigam identificar 2 ações para diminuir o risco	% de utentes e família intervencionados que identificam 2 ações para diminuir o risco.

### 3 – Objetivos

Diagnóstico de Enfermagem: Conhecimento da família sobre a capacidade do familiar gerir a doença comprometido		
Objetivo Geral: Envolver a família na gestão da doença do utente hipocoagulado.		
Objetivo Específico	Metas (Estratégias)	Indicadores (Avaliação)
Apoiar a família na identificação das áreas que o seu familiar necessita de suporte.	Que 50% dos familiares intervencionados identifiquem 3 áreas no qual o seu familiar necessita de suporte.	% de familiares que identificaram 3 áreas de suporte ao familiar.
Diagnóstico de Enfermagem: Défice de conhecimento do processo patológico		
Objetivo Geral: Motivar o utente e família no conhecimento do processo patológico		
Objetivo Específico	Metas (Estratégias)	Indicadores (Avaliação)
Compreender o processo patológico	Que 70% dos utentes/família intervencionados identifiquem o motivo da toma do anticoagulante.	% de utentes/família intervencionados que identifiquem o motivo da toma do anticoagulante.

### 4 – Sessão de Educação para a Saúde (EpS)

**IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO-ALVO:** Utentes Hipocoagulados com necessidade de controle de INR  
**MODELO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:** Teoria Geral do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem  
**PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

**Tema:** Sou Hipocoagulado, o que muda?  
**Local:** USF S. Filipe  
**Data:** 02 de Fevereiro de 2022 e 09 de Fevereiro de 2022  
**Hora:** Das 16 horas e 30 minutos às 17 horas e 30 minutos  
**Duração:** 60 minutos  
**Formadores:** Mestranda em Enfermagem de Saúde Comunitária Rute Rego  
**Finalidade da formação:** Capacitação do utente hipocoagulado e família na gestão da doença  
**Objetivo pedagógico geral:** Capacitar o utente hipocoagulado e família na gestão da doença

Identificação dos objetivos específicos e seus domínios	
Objetivo Específico	Domínio
Compreender o processo patológico da doença e riscos associados	Cognitivo
Entender a importância de manter comportamentos de saúde saudáveis	Cognitivo
Promover a partilha de experiências	Afetivo

1 | P á g i n a

Capacitação do Utente Hipocoagulado e Família na Gestão da Doença. Uma Intervenção de Enfermagem Comunitária

## 4 – Sessão de Educação para a Saúde (EpS)

<b>Folha de Registro</b> Nome: _____ Contacto: _____ SNS: 201326176 // usf.sao@unifilipe.com.br																																																		
<b>Conselho de Enfermagem de Hipocoagulação</b>																																																		
Registe os dias que sentiu <b>Alterações do seu Estado de Saúde</b>																																																		
<b>Checklist - A Minha Vigilância</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Data</th> <th>Data</th> <th>Data</th> <th>Data</th> <th>Data</th> <th>Data</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Não tome a medicação</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A minha Tensão Arterial está alta</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dói-me a cabeça</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Surgiu uma mancha negra e não cai</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sangres dos dentes</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sangres do nariz</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Data	Data	Data	Data	Data	Data	Não tome a medicação							A minha Tensão Arterial está alta							Dói-me a cabeça							Surgiu uma mancha negra e não cai							Sangres dos dentes							Sangres do nariz						
	Data	Data	Data	Data	Data	Data																																												
Não tome a medicação																																																		
A minha Tensão Arterial está alta																																																		
Dói-me a cabeça																																																		
Surgiu uma mancha negra e não cai																																																		
Sangres dos dentes																																																		
Sangres do nariz																																																		
Elaborado por: _____ Revisado por: _____ Aprovado por: _____																																																		

**TOMO ANTICOAGULANTE CUIDADOS A TER**

- 1** Tomar o medicamento como foi explicado pela Enfermeira.  
Tomar todos os dias, à noite, 30 antes ou 1h depois da refeição.
- 2** Manter uma Alimentação Equilibrada, Variada e Constante.
- 3** Consumir com Moderação: Espinafre, Alface, Couve lombarda, Nabélicas, Ervilhas secas, Feijão seco, Brócolos, Couve-flor, Couve de Bruxelas.
- 4** Consumir com Moderação: Grão de bico, Lentilhas, Margarina, Corno de ovo, Alho, Fígado, Abacate, Soja, Óleo de Soja.
- 5** Deve fazer atividade física diariamente. Usar roupa e calçado confortáveis. Se frequentar aulas deve informar o professor que toma anticoagulante.
- 6** Evitar: Exercícios violentos, pelo risco de hemorragia; Situações que possam provocar quedas, Ex: Subir cadeiras, Pão escorregadio.
- 7** Não se submeter a cirurgias. Evitar os seguintes alimentos: Couve, Espinafre, Ervilhas secas, Couve-flor, Couve de Bruxelas, Corgona.
- 8** Sinais de Alerta: Nasadas Negras, Sangrar dos gengivos, Sangra da nariz, Sangue na urina.

**Manter Qualidade de Vida**

Referências Bibliográficas: Alvim-Ferraz, S., Cardoso, T., Rodrigues, T. (2019). Alimentação e Hipocoagulação Oral. Associação Portuguesa de Hemofilia, Porto, Portugal.



Enf. Rute Rego



## 5 – Avaliação da Sessão EpS



### Checklist

Sou Hipocoagulado, o que muda? – Avaliação da Formação		
Temas Abordados	Respostas	Totais
Identifica o Intervalo terapêutico		
Identifica 5 alimentos que interfere com a toma do ACO		
Identifica 3 sinais de alerta		
Identifica 2 medidas para minimizar o risco		
A família identifica 3 áreas que o familiar necessita de suporte		
Porque toma ACO		

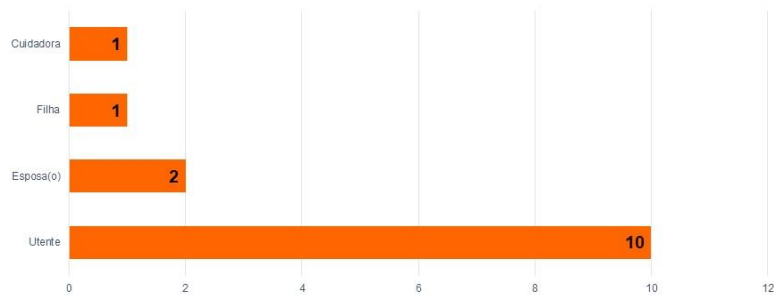


Enf. Rute Rego



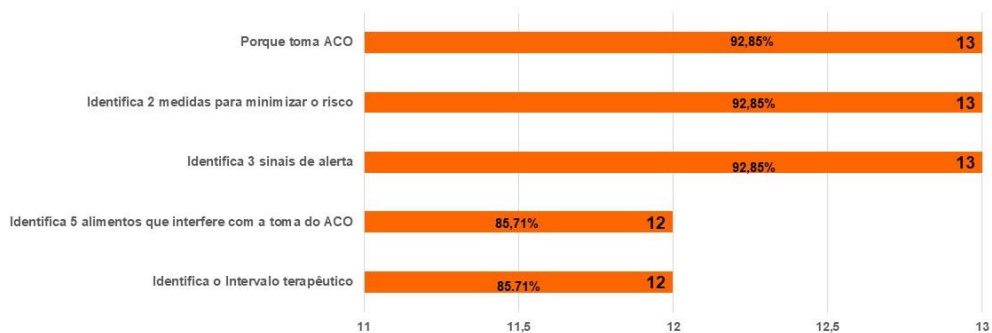
## 5 – Avaliação da Sessão EpS

□ Nas 2 sessões participaram 14 utentes



## 5 – Avaliação da Sessão EpS

□ Das EpS – Segundo a Checklist



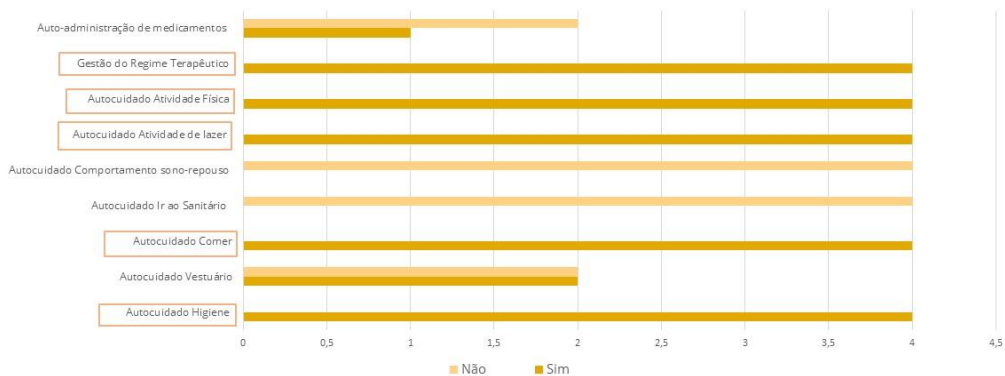
## 5 – Avaliação da Sessão EpS

- As **famílias participantes** estão na última etapa do ciclo vital: “no final da vida” Wright e Leahey (2010:111). Enquanto um dos cônjuges consegue manter o autocuidado de ambos os outros familiares “não se chegam à frente” para apoiar e participar em algumas funções;
- Os **familiares** participantes são conviventes com os utentes hipocoagulados e assumiram o papel de cuidador por este apresentar défice no autocuidado;
- A dificuldade em realizar a sua higiene, preparar a medicação, deslocar-se sozinho às consultas fez com que o seu cônjuge assumisse algumas destas funções para fosse mantido o autocuidado do seu familiar;
- Em caso de não haver cônjuge são **as filhas que assumem** o papel de cuidador;
- Esteve presente uma **cuidadora não familiar**;

## 5 – Avaliação da Sessão EpS

- A Equipa de Enfermagem tem que criar estratégias para mobilizar e aproximar os outros familiares – Processo Familiar (Matriz operativa – Dimensão Funcional do MDAIF):
  - Formação sobre os papeis da família no autocuidado de cada elemento;
  - Informar sobre o declínio fisiológico do ser humano;
  - Compreender/Apoiar as dificuldades dos familiares;
  - Criar grupos de apoio;
- Foi aplicado a familiares e cuidador não informal a matriz operativa do MDAIF – Dimensão Funcional no sentido de compreender as áreas que os utentes hipocoagulados necessitam de apoio;

## 6 - Análise da Matriz Operativa do MDAIF – Dimensão Funcional



Verifica-se 5 áreas que são apoiadas a 100% pelos familiares e cuidadores

## 6 - Análise da Matriz Operativa do MDAIF – Dimensão Funcional

- Estas intervenções vêm permitir uma reflexão sobre o papel da Enfermagem no cuidado à família do utente com défice no seu autocuidado;
- A identificação precoce das necessidades, do envolvimento da família e do apoio que necessitam para reestruturar os papéis de intervenção familiar;
- É fundamental que as sessões de EpS sejam realizadas com maior “ciclicidade”, promovendo momentos de reflexão, de partilha, na identificação das necessidades por parte dos familiares no sentido de desenvolver estratégias adaptativas para um cuidado não só centrado no utente, mas na própria família;

## 7 – Consulta de Enfermagem Não Presencial

Permite um **maior acesso e equidade aos cuidados de enfermagem**, otimizando o atendimento e proximidade, bem como responder com maior eficiência e eficácia às necessidades manifestadas pelos utentes;

A realização de **consulta não presencial** não substitui a consulta presencial, mas  **aumenta a qualidade de cuidados de enfermagem** prestados aos utentes e famílias;

A consulta de enfermagem não presencial poderá ser realizada através de contacto telefónico e/ou por videochamada e **"deve respeitar a relação profissional de saúde-utente, mantendo a confiança mútua, a independência de opinião do profissional, a autonomia do utente e a confidencialidade."** Citado pela OE (2021:7).

## 7 – Consulta de Enfermagem Não Presencial

Foi elaborado um Manual de Boas Práticas para a Consulta de Enfermagem Não Presencial, quer por **Telefone** como **Teleconsulta**;

Os utentes poderão solicitar consulta não presencial desde que **tenham consultas presenciais anteriores com história clínica atualizada e consentimento informado e esclarecido consentido**;

Reforça a **acessibilidade** do cidadão aos cuidados de saúde, diminuindo as suas deslocações, **capacitando-os na gestão da sua saúde**, e por último, **otimiza a gestão dos recursos dos SNS**.

## 7 - Consulta de Enfermagem Não Presencial

A Teleconsulta é uma realidade em muitas unidades de saúde.

*Sejam vocês os próximos.*

A SPMS, desenvolveu uma plataforma para a realização de teleconsulta – **RSE Live**. Acesso pelo SClínico.


Realizem a formação Digital Learning Teleconsulta em tempo real pela RSE Live;

*Tornem-se uma Unidade de Saúde Digital*



Enf. Rute Rego



 Academia  
Qualificação & Formação

**DECLARAÇÃO DE FREQUÊNCIA**


Para os devidos efeitos, declara-se que o(a) Rute Leonor Robalo Rego frequentou a atividade formativa Digital Learning Teleconsulta em tempo real pela RSE Live, com a duração de 4 horas, promovida pela SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E..

Módulo 1 - Enquadramento e apresentação dos conceitos fundamentais: Telessaúde e Teleconsulta  
Módulo 2 - Teleconsulta em tempo Real - Utilização da RSE Live: visão do Profissional e do Utente  
Módulo 3 - Teleconsulta em tempo real: do planeamento à implementação

Lisboa, 07 Fevereiro 2022

Esta declaração digital é emitida automaticamente para garantir a fiabilidade e a integridade dos dados, assinada e gerada pela Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E..  
Esta declaração em formato digital deverá ser utilizada e armazenada em conformidade com o Regulamento (UE) 2016/679 (GDPR).

SPMS - SPMS, S.P.A.  
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.  
Avenida Boavista, 1142 - 1050-016 Lisboa - Portugal  
www.spms.gov.pt

 SPMS  
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde



Enf. Rute Rego



## 8 - Conclusão

- ❑ Este projeto permitiu desenvolver competências no âmbito do **conhecimento científico**, na estruturação de todo o **processo de aprendizagem**: comunicação, metodologia de trabalho e investigação, integração e adaptação em nova equipa multidisciplinar, capacitação e intervenção em grupos e comunidades, promovendo **crescimento pessoal e profissional**;
- ❑ Esta **aprendizagem** só foi possível pela receção, disponibilidade e parceria que a equipa multidisciplinar da **USF S. Filipe** promoveu. Destacando a Sra. Enfermeira Fátima Balsinha pelo esforço acrescido que disponibilizou para a concretização deste percurso pedagógico;
- ❑ Que esta **unidade de saúde mantenha a capacidade de receber estudantes de enfermagem**, pois é um local de estágio onde promove aprendizagem, integração e unidade de grupo.



Enf. Rute Rego



**USF S.  
FILIPE**



**Apêndice 16 – Manual de Boas Práticas da Consulta de Enfermagem não  
presencial**

# **Manual de Boas Práticas para a Consulta de Enfermagem Não Presencial de Hipocoagulação**

**Elaborado por: Enfermeira Rute Rego**

**Orientador Clínico: Enfermeira Especialista Fátima Balsinha**

**Orientador : Professor Doutor Edmundo Sousa**

**2022**

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

<b>ACO</b>	Anticoagulantes Oraís
<b>AT</b>	Assistente Técnico
<b>CSP</b>	Cuidados de Saúde Primários
<b>Mec.</b>	Mecanográfico
<b>OE</b>	Ordem dos Enfermeiros
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>RSE</b>	Registo de Saúde Eletrónico
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Saúde
<b>SPMS</b>	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
<b>SU</b>	Serviço de Urgência
<b>TIC</b>	Tecnologias de Informação e Comunicação

## ÍNDICE

<b>1. CONSULTA DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Consulta Presencial .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 Consulta Não Presencial .....</b>	<b>6</b>
<b>2. CONSULTA DE ENFERMAGEM NÃO PRESENCIAL AO UTENTE HIPOCOAGULADO COM NECESSIDADE DE CONTROLO TERAPÊUTICO .</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Critérios para solicitar Consulta Não Presencial .....</b>	<b>8</b>
<b>2.2 Procedimento da Consulta Não Presencial por Telefone .....</b>	<b>9</b>
<b>2.3 Procedimento da Consulta Não Presencial por Videochamada .....</b>	<b>10</b>
<b>2.3.1 Acesso dos Profissionais à realização de Teleconsulta .....</b>	<b>10</b>
<b>2.3.2 Acesso dos Utentes à Teleconsulta .....</b>	<b>11</b>
<b>2.4 Avaliação da Consulta de Enfermagem Não Presencial .....</b>	<b>12</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>13</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>14</b>
<b>Anexo I – Etapas da Consulta de Enfermagem .....</b>	<b>15</b>
<b>Anexo II – RSE Live, Áreas de atuação .....</b>	<b>17</b>
<b>Anexo III – RSE Live, Área de conversação .....</b>	<b>19</b>
<b>Anexo IV – RSE Live, Relatório clínico.....</b>	<b>21</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>23</b>
<b>Apêndice 1 – Consentimento Informado .....</b>	<b>24</b>
<b>Apêndice 2 – Fluxograma para a solicitação da Consulta de Enfermagem Não Presencial .....</b>	<b>26</b>
<b>Apêndice 3 – Fluxograma para a preparação da Consulta de Enfermagem Não Presencial .....</b>	<b>27</b>
<b>Apêndice 4 – <i>Checklist</i> dos Critérios de Marcação de Consulta não Presencial .....</b>	<b>28</b>
<b>Apêndice 5 – Fluxograma de Consulta de Enfermagem Não Presencial por Telefone .....</b>	<b>29</b>
<b>Apêndice 6 – Fluxograma de Consulta de Enfermagem Não Presencial por Teleconsulta visão do Profissional de Saúde .....</b>	<b>30</b>
<b>Apêndice 7 – Fluxograma de Consulta de Enfermagem Não Presencial por Teleconsulta visão do Utente através do Portal SNS 24 .....</b>	<b>31</b>
<b>Apêndice 8 – Fluxograma de Consulta de Enfermagem Não Presencial por Teleconsulta visão do Utente através da App SNS 24 .....</b>	<b>32</b>

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação (TIC) no Serviço Nacional de Saúde (SNS) vem permitir uma maior resposta aos cuidados de saúde dos utentes.

*“(...) contribui para a estratégia de transformação digital, através do princípio da aproximação do cidadão à saúde via resolução de desigualdades geográficas, melhoria do acesso aos cuidados de saúde e garantia de um acompanhamento mais continuado e articulado entre os diferentes níveis de cuidados, contribuindo, assim, para uma maior eficácia e eficiência do Serviço Nacional de Saúde”* citado pela OE (2021:8).

No âmbito da enfermagem permite um maior acesso e equidade aos cuidados de enfermagem, otimizando o atendimento e proximidade, bem como responder com maior eficiência e eficácia às necessidades manifestadas pelos utentes.

A realização de consulta não presencial não substitui a consulta presencial, mas complementa-a no sentido de reforçar o acompanhamento após a mesma, validando as estratégias definidas entre enfermeiro e utente. Em situações de urgência, inibição do utente se deslocar à unidade de saúde será mais um recurso disponível para apoiar na resposta aos cuidados de saúde.

A consulta de enfermagem não presencial poderá ser realizada através de contacto telefónico e/ou por videochamada e *“deve respeitar a relação profissional de saúde-utente, mantendo a confiança mútua, a independência de opinião do profissional, a autonomia do utente e a confidencialidade.”* Citado pela OE (2021:7).

A pandemia que se vive veio permitir desenvolver o conhecimento na literacia digital em saúde quer por parte dos utentes como pelos profissionais de saúde. Maior utilização de aplicações eletrónicas, quer através do correio eletrónico a solicitar consultas, orientação nos cuidados de saúde em situação de doença, mantendo assim a telemonitorização, como o acompanhamento através de contacto telefónico, promovendo uma resposta rápida e eficiente às necessidades dos utentes. Utilização de aplicações móveis para aceder a informação de saúde, como registo vacinal e agendamento de vacinação covid-19, certificados digitais, receituário e exames de diagnóstico por parte dos utentes.

Assim, é fundamental manter o foco nas TIC, acompanhando o seu desenvolvimento e tornando-a numa ferramenta de apoio essencial para a promoção de melhores cuidados de enfermagem aos utentes que cuida, colaborando no desenvolvimento da sua comunidade, tornando-a numa comunidade mais digital.

Nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), a consulta não presencial tem sido desenvolvida no acompanhamento de utentes com covid-19, podendo ser alargada a todos os utentes que a solicitem e que tenham critérios para a sua realização. Este documento tem como objetivo geral melhorar a acessibilidade e monitorização dos cuidados de enfermagem aos utentes hipocoagulados/família na gestão da doença. Como tal, serão desenvolvidos como objetivos específicos:

- Construir o manual de boas práticas para a consulta de enfermagem não presencial para os utentes hipocoagulados com necessidade de controlo terapêutico;
- Descrever os procedimentos para a realização da consulta de enfermagem não presencial;

## 1 - CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem tem como objetivo “*aplicar o processo de Enfermagem no contexto da identificação de diagnósticos de enfermagem, da prescrição e implementação de intervenções e da avaliação em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem*”. Sendo por isso “*um processo intencional e profissionalizado de organização da interação com o cliente, que permite sistematizar enquanto método científico o processo de Enfermagem, assegurando que o cuidado de Enfermagem é adequado, individualizado e efetivo*” (Demonsthenous,2017;Hastings,2006) citado por Melo (2021:13).

A consulta de enfermagem é constituída por várias etapas (plano prévio, introdução, atividade de diagnóstico, diagnóstico, intervenções e avaliação de resultados/negociação) citado por Melo (2021:19) que permite ao enfermeiro desenvolver o processo de enfermagem de forma estruturada dando visibilidade da mesma (anexo1).

A consulta de enfermagem pode ser presencial, quando o utente/família e enfermeiro estão presentes no mesmo local ou não presencial, no qual e segundo a OMS, está definida como teleconsulta “*consiste na prestação de serviços de saúde à distância, por meio de tecnologias da informação e da comunicação, em que o profissional de saúde e o utente não estão presentes fisicamente no mesmo local*” (OE, 2021:8). Contudo, juridicamente divide-se em Telemedicina, quando praticada por médicos e Telessaúde, quando se subdivide em **Telenfermagem**, praticada pela enfermagem e telemonitorização praticada por “*outros profissionais e outros serviços, como os portais de informação de saúde, as farmácias online, as bases de dados eletrónicas e a prescrição e transmissão eletrónica de receitas médicas*” (OE, 2021:8).

*A telessaúde apresenta-se como uma solução inovadora e sustentável que contribui para a estratégia de transformação digital, através do princípio da aproximação do cidadão à saúde via resolução de desigualdades geográficas, melhoria do acesso aos cuidados de saúde e garantia de um acompanhamento mais continuado e articulado entre os diferentes níveis de cuidados, contribuindo, assim, para uma maior eficácia e eficiência do Serviço Nacional de Saúde (OE, 2021:8)*

## **1.1 Consulta Presencial**

A consulta presencial é a base para o desenvolvimento da relação terapêutica entre o enfermeiro/utente/família, no qual permite conhecer o utente, perceber as suas potencialidades e fragilidades e, juntos, construírem um projeto de saúde. Promove uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, no sentido de que o enfermeiro com o utente/família avaliam os diagnósticos identificados, desenvolvem intervenções para dar resposta às necessidades e obterem ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Para tal, é fundamental promover um espaço de segurança, confiança e uma comunicação verbal e não verbal, sincera e coerente.

O SClinico é a base de dados informática dos CSPs, utilizado e acedido por profissionais de saúde, onde registam todos os contactos com o utente, tipo de consultas incluindo os diagnósticos e intervenções definidas e realizadas com o utente/família.

## **1.2 Consulta Não Presencial**

A consulta de enfermagem não presencial permite melhorar a acessibilidade, equidade e proximidade com utente/família, no entanto não substitui a consulta de enfermagem presencial. Segundo a OMS esta consulta será um reforço complementar no acompanhamento, vigilância e validação das estratégias definidas entre enfermeiro e utente/família para responder às necessidades identificadas, capacitando o utente/família no seu projeto de saúde, mantendo a sua autonomia e o autocuidado.

Todos os utentes poderão solicitar consulta não presencial desde que tenham tido anteriormente consultas presenciais, com história clínica atualizada e consentimento informado e esclarecido consentido e assinado quer pelo utente ou representante legal (apêndice1), documento entregue em consulta presencial.

A consulta de enfermagem não presencial poderá ser realizada por contacto telefónico ou videochamada e pode ser marcada quer por opção do utente como do seu enfermeiro de família (apêndice 2). O agendamento poderá ser realizado por email, por contacto telefónico e futuramente pelos vários acessos ao SNS 24 (App, portal ou balcão), no qual o utente deverá responder antecipadamente de

forma a dar o consentimento para a realização da mesma. O email também pode ser considerado consulta não presencial quando o utente utiliza este recurso para tirar alguma dúvida pontual, solicitar documento vacinal ou declaração em como tem as vacinas atualizadas.

A consulta não presencial mantém todos os requisitos de confidencialidade, anonimato e privacidade. É realizada na unidade de saúde, no gabinete de enfermagem, semelhante a uma consulta presencial (apêndice 3). Toda a informação obtida é registada no processo clínico do utente no sistema informático SClínico, o tipo de consulta e o meio utilizado, incluindo as estratégias e intervenções definidas na consulta em parceria com o utente/família, sendo posteriormente enviado, pela via previamente decidida, o resumo do plano terapêutico individual delineado na consulta e a data da próxima consulta.

## **1. CONSULTA DE ENFERMAGEM NÃO PRESENCIAL AO UTENTE HIPOCOAGULADO COM NECESSIDADE DE CONTROLO TERAPÊUTICO**

A consulta não presencial poderá ser realizada após consentimento informado e esclarecido assinado pelo utente ou representante legal em consulta presencial e com base nos critérios identificados nos subpontos seguintes. Desenvolvido uma *Checklist* (apêndice 4) para orientar a marcação da consulta.

### **1.1 Critérios para solicitar Consulta Não Presencial**

A consulta não presencial poderá ser planeada, pelo enfermeiro, para validação das estratégias definidas na última consulta:

- Perceber se houve alteração no seu estado de saúde (alteração da tensão arterial, aumento de peso, surgimento de dor, cansaço fácil);
- Compreender se o utente identifica equimoses pelo corpo sem ser por traumatismo ou se tem tido hemorragia gengival ou outra;
- Validar se a toma do ACO está a ser realizada como prescrito;
- Apoiar o utente /família na gestão do regime dietético e terapêutico;
- Incentivar o utente/família na prática da atividade física;
- Identificar se houve alteração terapêutica, ou seja, se foi introduzido novo medicamento, como por exemplo, antibiótico ou outro;

A consulta não presencial poderá ser solicitada pelo utente/família, quando:

- Tem dúvidas na gestão do regime dietético e terapêutico;
- Tem dúvidas nos sinais de alarme;
- Tem dúvidas sobre intervenções de saúde. Ex: vacinação;
- Tem indisponibilidade de comparecer na consulta presencial por estar doente ou por não ter familiar disponível para o acompanhar;
- Tem dificuldade em conciliar o horário de trabalho com o horário da consulta presencial;
- Por estar ausente temporariamente para apoiar familiar;

Para a realização da consulta por telefone ou videochamada é necessária uma preparação prévia como se tratasse de uma consulta presencial. Na consulta não presencial por telefone torna-se mais difícil estabelecer uma relação de proximidade pela dificuldade de compreender atempadamente a comunicação não-verbal e de não se conseguir observar a postura e fâcias do utente. Torna-

se por isso fundamental que já tenham realizado consultas presenciais, para que haja uma relação de confiança estabelecida. Em relação à consulta por videochamada, há uma sensação de maior proximidade na medida em que há contacto visual. Nesta consulta poderá ser observado e interpretado com maior rigor a comunicação não verbal quer do utente como do profissional. Mantem-se a necessidade de ter havido anteriormente consultas presenciais para que a relação de confiança esteja estabelecida e que seja conhecido a história clínica do utente para promover continuidade de cuidados de enfermagem.

## **1.2 Procedimento da Consulta Não Presencial por Telefone**

A consulta deve ter sido agendada previamente e acordada com o utente a via de contacto, bem como o motivo da mesma. O enfermeiro deve ter um gabinete próprio para poder realizar a consulta com segurança, privacidade ter os meios informáticos próprios para o registo de todos os dados obtidos e decisões tomadas quer pelo enfermeiro como pelo utente/família.

### **Passos da Consulta (apêndice 5):**

- a. Solicitar ao assistente técnico (AT) – Efetivar o registo de consulta não presencial do utente para poder aceder ao processo;
- b. Solicitar ao assistente técnico que faça chamada para o utente, caso o enfermeiro não tenha no seu gabinete telefone com linha direta;
- c. Cumprimentar o utente pelo nome e confirmar que autoriza a consulta não presencial por telefone;
- d. Confirmar com o utente o motivo da consulta;
- e. Promover tempo para o utente expor as suas dúvidas
- f. O enfermeiro vai confirmando que está a ouvir o utente, mantendo uma voz audível, tranquila e sem hesitação;
- g. Capacidade de ouvir e avaliar o que está a ser dito para poder sugerir intervenções;
- h. Confirmar com o utente os pontos abordados e as intervenções definidas;
- i. Programar e agendar a próxima consulta;
- j. Despedir-se do utente reforçando que lhe vai ser enviado toda a documentação pelo meio acordado.
- k. Registrar toda a informação no processo clínico do utente

### 1.3 Procedimento da Consulta Não Presencial por Videochamada

Definida como teleconsulta, *“consulta à distância, que permite a interação e partilha de informação, com registo obrigatório no processo clínico do cidadão”* CNTS (2021:18). Reforçando a acessibilidade do cidadão aos cuidados de saúde, diminuindo as suas deslocações, capacitando-os na gestão da sua saúde, e por último, otimiza a gestão dos recursos dos SNS.

Para tal, é necessário que tanto as instituições como os utentes tenham os recursos para a realização da teleconsulta.

#### 1.3.1 Acesso dos Profissionais à realização de Teleconsulta

O registo de saúde eletrónico (RSE), *“é um repositório de informações eletrónicas sobre o estado de saúde individual e cuidados de saúde e permite o registo e partilha de informação clínica entre o utente, profissionais de saúde e entidades prestadoras de serviços de Saúde.”* SPMS (2021:2). Acessível através do sistema de informação SClínico, local onde os profissionais de saúde registam todas as consultas, intervenções e medidas tomadas com os seus utentes em consulta presencial ou não.

A SPMS, desenvolveu uma plataforma para a realização de teleconsulta – **RSE Live**. Esta pode ser acedida para a realização de teleconsulta entre profissional de saúde e utente, entre profissionais de saúde e multidisciplinares, quando está presente o utente e mais que um profissional de saúde. Esta plataforma está dividida em três áreas de atuação: área informativa, área de ações e área de imagens (anexo2). É na área de ações que se tem acesso a várias funcionalidades para a realização da teleconsulta. Local onde se partilha ecrã e em conjunto com o utente podemos visualizar e explicar os exames demonstrados através da partilha de ficheiros na área de conversação (anexo 3), o relatório clínico da teleconsulta, redigida pelo profissional de saúde antes de terminar a consulta, que partilhará com o utente no ecrã, para poder guardar ou copiar para o SClínico (anexo 4).

Para aceder ao RSE Live é necessário ter todas as condições de uma consulta presencial e o Kit de telessaúde (câmara e colunas de som).

### **Passos para a realização da teleconsulta (apêndice 6):**

Realizar o agendamento da teleconsulta e informar previamente o utente que irá ter uma teleconsulta.

No dia e hora da teleconsulta selecionar o agendamento existente no processo clínico do utente e entrar no contexto do utente em RSE AP e clicar no menu LIVE

Iniciar a teleconsulta com o utente

Realizar a consulta (esclarecer o motivo, partilhar/enviar exames e elaborar o relatório clínico da teleconsulta)

Terminar a consulta, desligando a chamada

### **1.3.2 Acesso dos Utentes à Teleconsulta**

Os utentes podem aceder a teleconsulta através dos vários canais digitais: App, Portal + área pessoal e Balcão) através do SNS24 (quadro 1). Em relação ao Balcão, este é gerido por entidades externas ao SNS, não está implementado a nível nacional, e tem sempre apoio de um funcionário através do 808 24 24 24.

#### **Quadro 1 – Acesso à Teleconsulta**

<b>App</b>	<b>Portal + Área Pessoal</b>	<b>Balcão</b>
Autenticação com número de utente de saúde		Marcação e realização de teleconsulta
Acesso rápido a teleconsulta		
Marcação de consulta e teleconsulta		
<b>Outras Funcionalidades</b>		<b>Outras Funcionalidades</b>
Consulta e pedido de medicação habitual		Marcação de consulta
Certificado Digital COVID da EU		Pedido de medicação habitual

O utente para aceder à teleconsulta necessita de ter internet, camara e som, podendo aceder ao portal através do computador ou tablet (apêndice 7) ou a App através do telemóvel (apêndice 8) de forma a gerir o seu processo de saúde, planeando a sua vigilância de forma mais efetiva e interventiva.

#### 1.4 Avaliação da Consulta de Enfermagem Não Presencial

Para compreender se a consulta não presencial tem sido eficaz no acompanhamento, vigilância e monitorização do projeto de saúde do utente hipocoagulado é necessário validar a satisfação do utente/família pela sua utilização. Identificar a percentagem de utentes que aderem à consulta de enfermagem não presencial, avaliando a percentagem dos que se mantêm dentro do valor terapêutico regularmente e o número de episódios que recorreram ao serviço de urgência por descompensação clínica.

Avaliação da Consulta de Enfermagem Não Presencial	
Metas	Indicador
Que 50% dos utentes hipocoagulados/família utilizem até 2 consultas não presenciais/ano	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes/família que utilizam a consulta}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes em consulta de hipocoagulação}} \times 100$
Que 90% dos utentes hipocoagulados com consulta de enfermagem não presencial até 2/ano estejam entre o valor terapêutico pelo menos há 6 meses.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes entre o valor terapêutico há 6M}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes em consulta não presencial}} \times 100$
Que 80% dos utentes hipocoagulados com consulta não presencial não tenham tido necessidade de recorrerem ao Serviço de Urgência (SU).	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de utentes com ida ao SU}}{\text{N}^\circ \text{ de utentes em consulta não presencial}} \times 100$

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral da Saúde (2015). Portugal, Plano Nacional Saúde, Revisão e Extensão a 2020. DGS. Lisboa. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção Geral da Saúde (2017). Portugal, Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. DGS. Lisboa.

Melo, P. (2021). *Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários*. Guia de Decisão Clínica. Lidel. Lisboa. Portugal.

[Ordem dos Enfermeiros \(2021\). Consultas de Enfermagem à distância TELENFERNAGEM. Guia de recomendações. Centro. Portugal.](#)

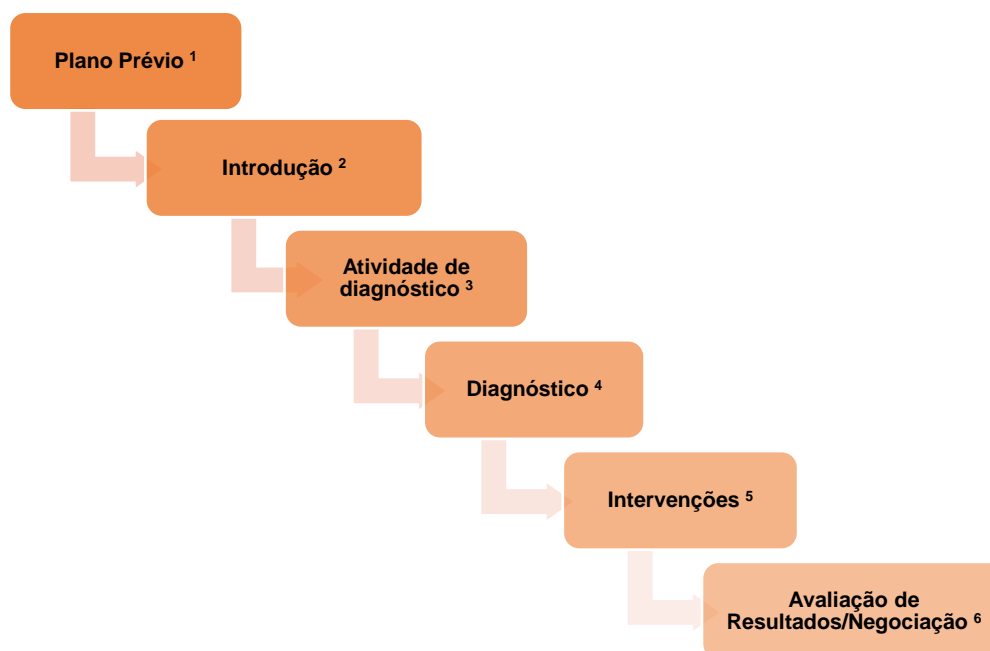
[Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. \(2021\). Digital Learning Teleconsulta em tempo real pela RSE Live. Lisboa. Portugal](#)

Unidade de Saúde Familiar São Filipe (2019). Manual de Procedimentos de Hipocoagulação. Setúbal. Portugal.

## **Anexos**

## **Anexo I – Etapas da Consulta de Enfermagem**

**Figura 1 – Etapas da Consulta de Enfermagem** (adaptado de Riera e Casado, 2014; Silveira e Portela, 2001; citado por Galperin e Portella, 2001; e Vanzin e Nery, 1995, 1996), citado por Melo (2021:19)



**Legenda:**

1. Preparação antecipatória do contacto com o cliente. Espaço físico confortável, garantindo dignidade e confiança.
2. Primeiro contacto com o cliente. Momento em que é chamado para a consulta. O enfermeiro deve chamar pelo nome e recebê-lo à porta. Início da consulta onde será explicado os objetivos da consulta, como avaliar os diagnósticos identificados e após os resultados obtidos, que intervenções irão delinear.
3. e 4. Estas etapas decorrem em simultâneo, o cliente já sabe o que vai ser avaliado, assim, o enfermeiro deve fazer perguntas abertas, e não perguntas que induzam o utente a responder o que enfermeiro quer.
5. A prescrição da intervenção deve ser rigorosa e baseada no diagnóstico, além de ajustada e personalizada ao cliente.
6. O enfermeiro apresenta os resultados de intervenções que tenham sido prescritas em consultas anteriores ou negocia e revê os assuntos e as decisões tomadas naquela consulta. Informa da próxima consulta e despede-se.

## **Anexo II – RSE Live, Áreas de atuação**

## 3.2. Áreas da aplicação e funcionalidades

Visão do profissional

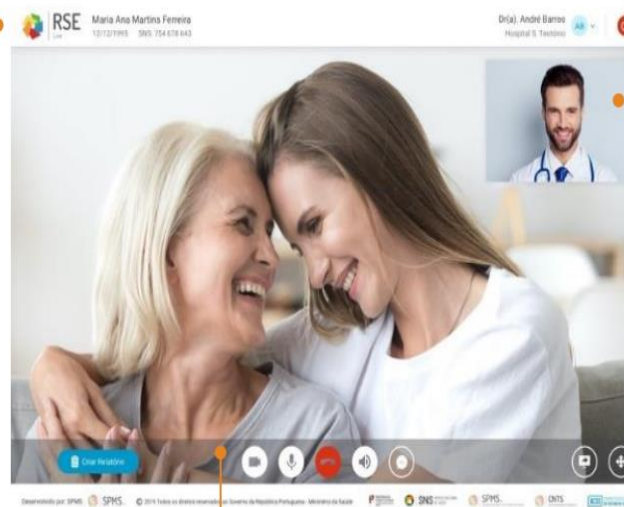


SPMS<sup>EPE</sup>  
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

A RSE-Live está dividida em 3 grandes áreas:

- (1) Área informativa,
- (2) área de ações
- (3) área de imagem.

(1) Área Informativa



(2) Área de imagem

(3) Área de Ações

Fonte: SPMS (2021: 6)

## **Anexo III – RSE Live, Área de conversação**

## 3.2. Áreas da aplicação e funcionalidades

### Visão do profissional



SPMS<sup>EPE</sup>  
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

A **área de conversação** permite aos participantes a partilha de mensagens/ficheiros durante a teleconsulta. Esta funcionalidade está disponível para todos os participantes.



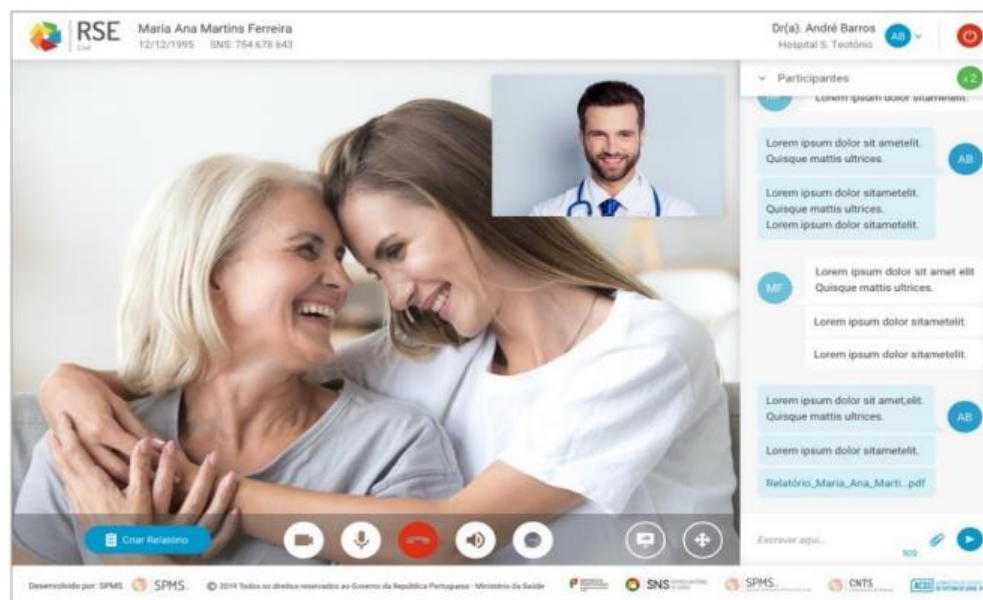
Partilha de  
Ficheiros

Formato: jpg, xls, doc, pdf  
Tamanho máximo: 5MB



Chat de  
Conversação

Limite de caracteres  
disponível por  
mensagem/participante: 500



**Anexo IV – RSE Live, Relatório clínico**

## 3.2. Áreas da aplicação e funcionalidades

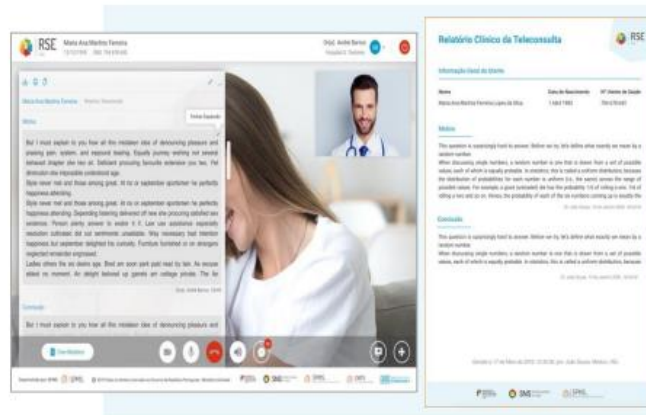
### Visão do profissional



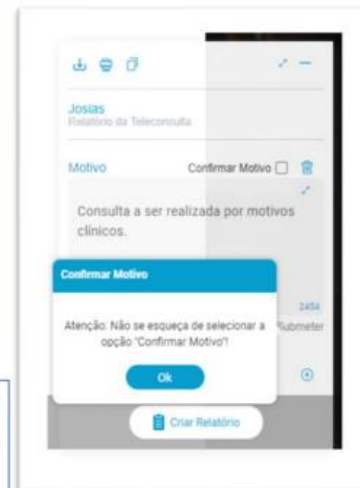
SPMS<sup>EPE</sup>  
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde



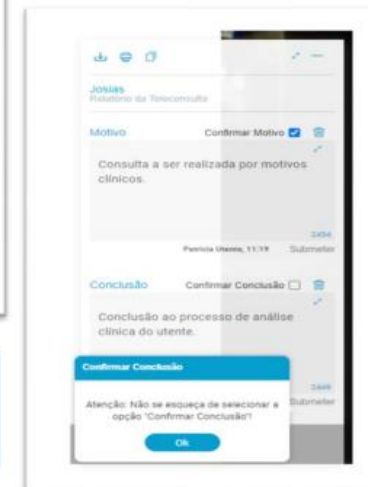
Criação do  
Relatório Clínico  
Colaborativo



Apenas é possível efetuar um registo no campo "motivo"



É possível efetuar o registo de tantas conclusões quanto o número de profissionais de saúde participantes;



## APÊNDICE

## Apêndice 1 – Consentimento Informado

### **Consentimento Informado<sup>4</sup>, Livre e Esclarecido para Consulta de Enfermagem Não Presencial de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que não está claro, que surgem dúvidas, não hesite em solicitar mais informação. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira por favor assinar o consentimento.

**Ação:** Consulta de Enfermagem não presencial - Telenfermagem

**Explicação:** A consulta de enfermagem não presencial poderá ser realizada através de contacto telefónico ou por videochamada. Tem como propósito melhorar a acessibilidade, equidade e proximidade aos utentes, bem como, responder com maior eficiência às necessidades existentes promovendo uma melhoria nos cuidados de saúde. A realização de consulta não presencial não substitui a consulta presencial, mas complementa no sentido de reforçar o acompanhamento após a mesma, validando as estratégias definidas. Em situações de urgência, inibição do utente se deslocar à unidade de saúde, ser mais um recurso disponível para apoiar na resposta aos seus cuidados de saúde. Esta consulta será marcada quer por opção do utente e/ou do seu enfermeiro de família. O agendamento poderá ser realizado por email ou por contacto telefónico, no qual o utente deverá responder de forma a dar o consentimento para a realização da mesma.

**Confidencialidade e Anonimato:** A consulta não presencial mantém todos os requisitos de confidencialidade, anonimato e privacidade. É realizada na unidade de saúde, no gabinete de enfermagem, semelhante a uma consulta presencial. Toda a informação obtida é registada no processo clínico do utente no sistema informático SClinico, incluindo as estratégias e orientações definidas na consulta em parceria com o utente e/ou seu representante legal.

**Consentimento:** Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pelo enfermeiro(a) que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam

---

<sup>4</sup> Norma nº 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015

necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome: | \_\_\_\_\_ |

SNS: | \_\_\_\_\_ | .../.../... (data)

Assinatura ... ..

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima)

NOME: ... ..

DOC. IDENTIFICAÇÃO N.º .....DATA OU VALIDADE ... /.../....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....

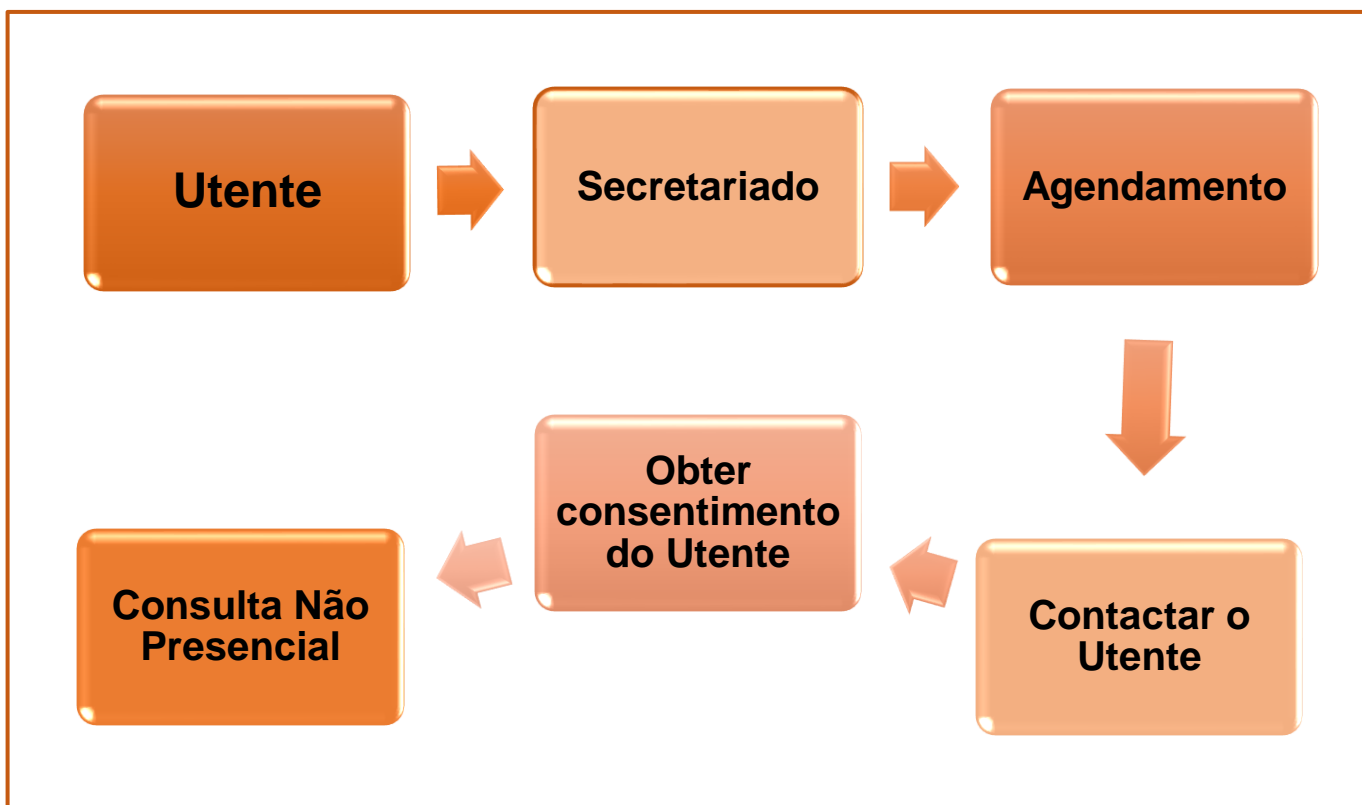
ASSINATURA ... ..

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

O/A Enfermeiro (a): \_\_\_\_\_ Nº Mec. \_\_\_\_\_

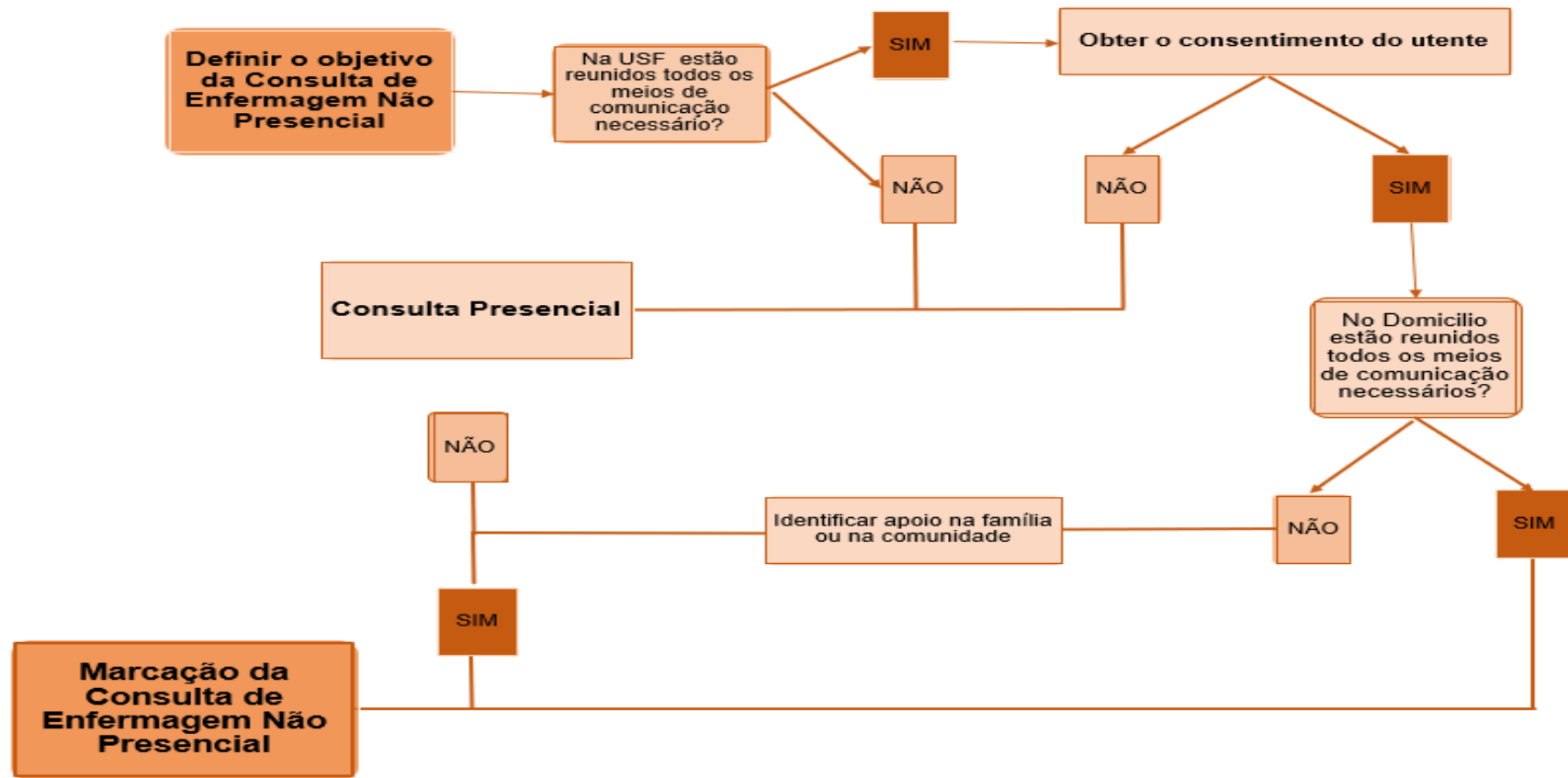
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

## Apêndice 2 – Fluxograma para a solicitação da Consulta de Enfermagem Não Presencial



**Fonte:** Realizada pela própria estudante

### Apêndice 3 – Fluxograma para a preparação da Consulta de Enfermagem Não Presencial



Fonte: Adaptado da OE Centro (2020:28)

## Apêndice 4 – Checklist dos Critérios de Marcação de Consulta não Presencial



USF São Filipe

### Consulta de Enfermagem Não Presencial - Hipocoagulação

## Checklist

#### CRITÉRIOS

- Consultas presenciais registadas
- História Clínica atualizada
- Consentimento Informado e Esclarecido consentido pelo utente ou representante legal

#### SOLICITADO PELO ENFERMEIRO

- Perceber se há alteração do estado de saúde;
- Compreender se existe equimoses sem ser por traumatismo ou se tem tido hemorragia gengival ou outra;
- Validar a toma do ACO;
- Apoiar o utente /família na gestão do regime dietético e terapêutico;
- Incentivar o utente/família na prática da atividade física;

#### SOLICITADO PELO UTENTE

- Dúvidas no Regime Dietético e Terapêutico;
- Dúvida nos sinais de alarme;
- Dúvida sobre intervenções de saúde. Ex: vacinação;
- Impossibilidade de comparecer na Unidade por estar doente/não ter acompanhante/apoiar familiar;
- Dificuldade em articular com o horário de trabalho;



Realizado por: Mestranda Rute Rego

Orientador: Enf. Especialista Fátima Balsinha

Professor: Edmundo Sousa

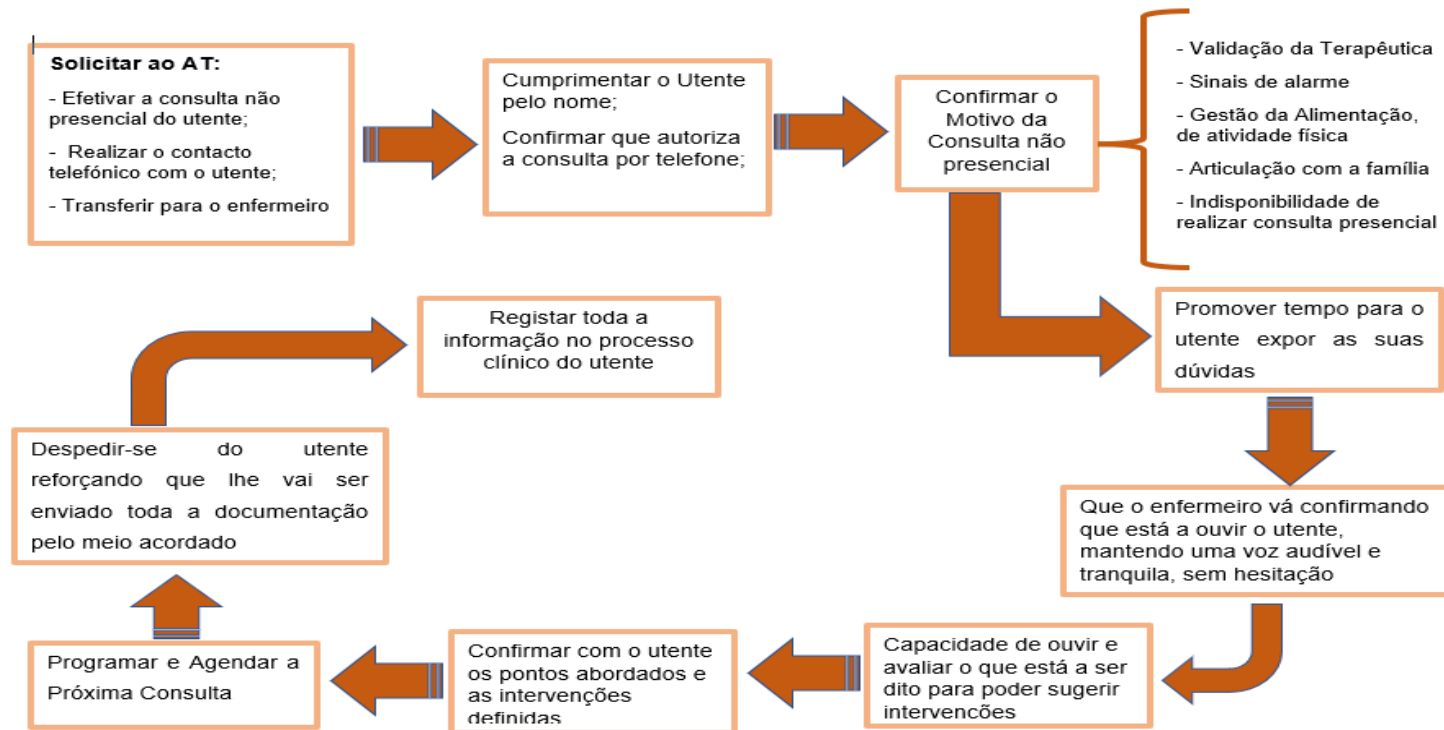
#### Referências Bibliográficas:

Melo, P. (2021). Consultas de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários. Guia de Decisão Clínica. Lidel, Lisboa, Portugal.

Ordem dos Enfermeiros (2021). Consultas de Enfermagem à distância TELENFERMAGEM. Guia de recomendações. Centro, Portugal.

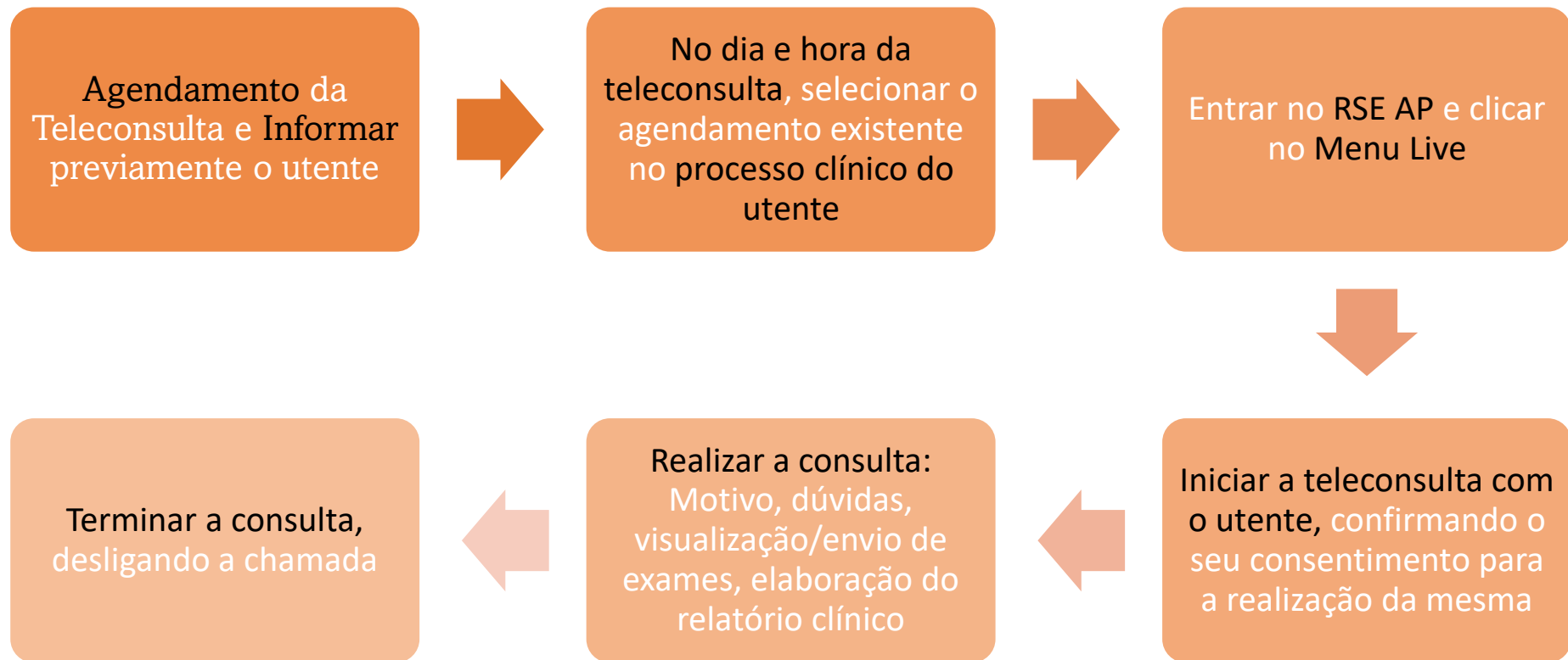
Fevereiro, 2022

## Apêndice 5 – Fluxograma de Consulta de Enfermagem Não Presencial por Telefone



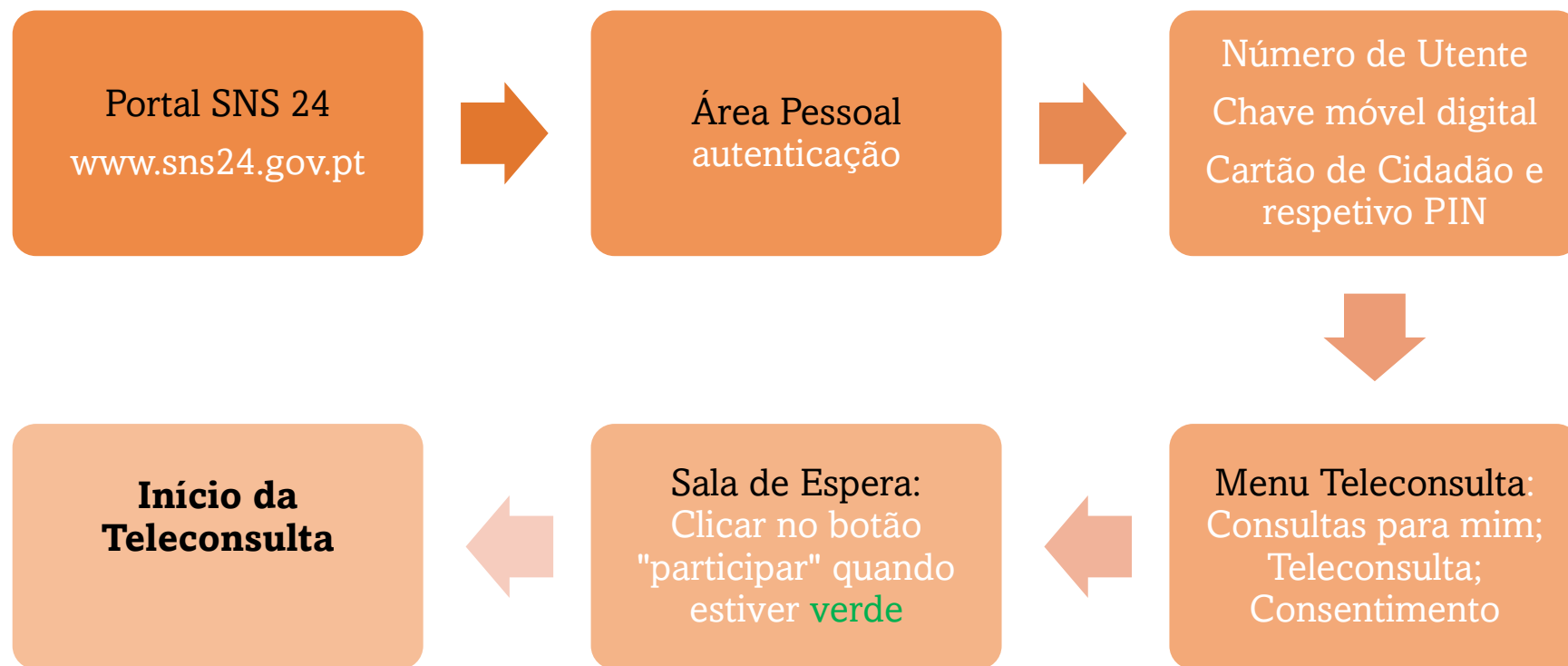
Fonte: Adaptado da OE Centro (2020:29)

## Apêndice 6 – Fluxograma de Consulta de Enfermagem Não Presencial por Teleconsulta visão do Profissional de Saúde



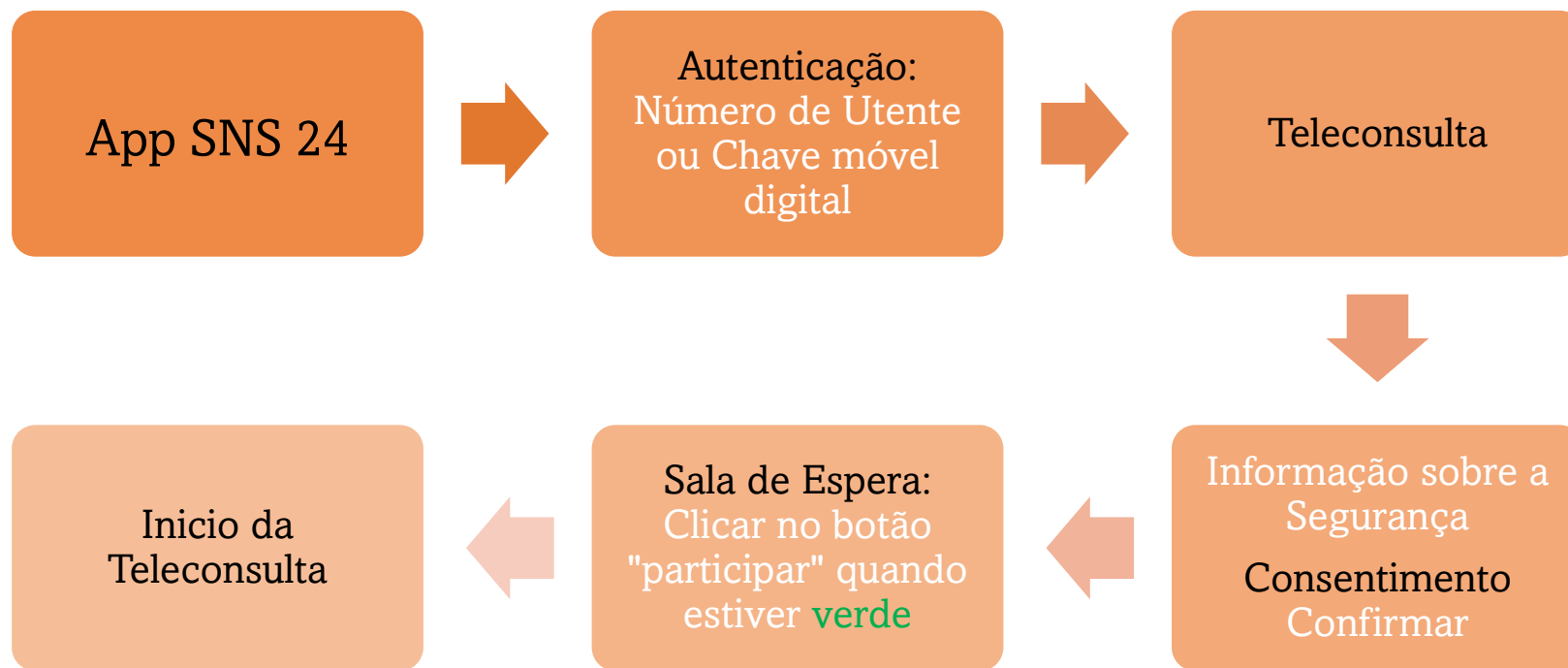
Fonte: Adaptado da SPMS (2021:12)

## Apêndice 7 – Fluxograma de Consulta de Enfermagem Não Presencial por Teleconsulta visão do Utente através do Portal SNS 24



Fonte: Adaptado da SPMS (2021:11,12,13,14,15, 18)

## Apêndice 8 – Fluxograma de Consulta de Enfermagem Não Presencial por Teleconsulta visão do Utente através da App SNS 24



Fonte: Adaptado da SPMS (2021:15-18).