

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**TERAPÊUTICA NÃO FARMACOLÓGICA DE ACUPUNTURA E
ELETROACUPUNTURA NO CONTROLO DA DOR CRÓNICA EM
DOENTES COM SÍNDROME VERTEBRAL COM IRRADIAÇÃO**

Estágio e Relatório

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Elisabete Fernandes Carvalho

Orientadores

Professora Doutora Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro

Professora Isabel Maria Antunes Rodrigues da Costa Barroso



Vila Real, 2018

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**TERAPÊUTICA NÃO FARMACOLÓGICA DE ACUPUNTURA E
ELETROACUPUNTURA NO CONTROLO DA DOR CRÓNICA EM
DOENTES COM SÍNDROME VERTEBRAL COM IRRADIAÇÃO**

Estágio e Relatório

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Elisabete Fernandes Carvalho

Orientadores

Professora Doutora Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro

Professora Isabel Maria Antunes Rodrigues da Costa Barroso

Composição do Júri:

Professora Doutora Maria da Conceição Alves Rainho Soares Pereira

Professora Isabel Maria Antunes Rodrigues da Costa Barroso

Professora Patrícia Maria Rodrigues Pereira Pires

Doutora Dalila Olindina Sá Gomes Costa Brito

Vila Real, 2018

Este trabalho foi expressamente elaborado como Estágio e Relatório original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária, sendo apresentada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

“A dor física é não somente física; ela atinge o psíquico através do físico. Reciprocamente, os sofrimentos psicológicos marcam-se no corpo, somatizam-se”.

(Renaud, 1995)

Agradecimentos

Agradecer é um ato de reconhecimento do bem feito por alguém. Para tal, expresso neste documento escrito, a minha profunda e eterna gratidão às pessoas que tornaram possível a realização deste sonho tão desejado.

Por todo o carinho, apoio incondicional, dedicação, incentivo e motivação, o meu Muito Obrigada:

À Professora Doutora Maria João Monteiro e à Professora Isabel Barroso, pelo grande profissionalismo e por acreditarem em mim;

Às minhas supervisoras do estágio, Luísa Magalhães e Maria do Céu Ameixinha, pela extrema dedicação e empenho para que todos os meus objetivos fossem atingidos, fomentando o meu enriquecimento e crescimento profissional;

Ao Dr. Dinis Brito, por aceitar a parceria no nosso projeto “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”, sendo um dos pilares para a consecução do trabalho de estágio;

Aos doentes inscritos na Unidade de Saúde Familiar *7fontes*, da lista de doentes do Dr. Dinis Brito, por terem aceitado participar no estudo;

À minha amiga Beatriz Araújo, pela amizade, incentivo e apoio incondicional;

Ao Professor Doutor Vítor Rodrigues, pela disponibilidade e ajuda prestada;

À coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade “Braga Saudável”, Enfermeira Susana Freitas; pelo apoio incondicional concedido;

Ao Dr. João Ribeiro, coordenador da Unidade de Saúde Familiar *7fontes*, pela sua colaboração e acolhimento;

Aos meus filhos (Diana e Miguel), meus amores e os grandes tesouros da minha vida;

Ao meu marido (Helder), meu amor, companheiro e amigo.

Resumo

Introdução: O presente relatório surge como requisito da unidade curricular estágio e relatório que integra o 2º semestre do 2º ano, do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, realizado na Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, e procura relatar o percurso realizado e as atividades desenvolvidas de forma crítica e reflexiva e que proporcionaram a aquisição e consolidação das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. O estágio decorreu de 19 de setembro de 2016 a fevereiro de 2017 na Unidade de Cuidados na Comunidade “Braga Saudável” e na Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde Cávado I - Braga.

Objetivos: O estágio tinha como objetivos: *i)* consolidar a intervenção especializada em Enfermagem Comunitária (competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária); *ii)* perspetivar uma abordagem abrangente, integrada e projetiva na fundamentação das práticas em enfermagem comunitária; *iii)* conceber, implementar e avaliar um projeto de intervenção comunitária com base na metodologia do planeamento em saúde; e *iv)* Desenvolver de forma consistente e rigorosa a metodologia do Planeamento em Saúde.

Metodologia: Com base na metodologia do planeamento em saúde, desenvolveu-se o projeto de intervenção comunitária “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”, que integrou atividades com a terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura em doentes com diagnóstico de síndrome vertebral com irradiação e dor crónica. Esta intervenção configurou um estudo longitudinal, com avaliação antes e após a intervenção. Foi utilizado um questionário como instrumento de recolha de dados, que incluiu variáveis de caracterização sociodemográfica e clínica, o Inventário Resumido para a Dor (*Brief Pain Inventory* - BPI) e o questionário *Short Form 6 Dimensions* (SF-6D v2), que avalia a perceção do estado de saúde ou a qualidade de vida relacionada com a saúde em seis dimensões: função física, limitação no desempenho, função social, dor física, saúde mental e vitalidade.

Resultados: No projeto de intervenção comunitária “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente” participaram 43 doentes com diagnóstico de síndrome vertebral com irradiação e presença de dor crónica. Os participantes, maioritariamente do género feminino (67,4%), apresentavam uma média de idades de 51,9 anos (desvio padrão de 10,5 anos), sendo a idade mínima de 26 anos e a máxima de 77 anos. A maioria dos participantes era casada/união de

facto (65,1%), possuía como habilitações literárias o 3º ciclo e o secundário (34%) e com atividade laboral a tempo inteiro (53,5%). No que concerne aos resultados do projeto de intervenção, constataram-se diferenças estaticamente significativas, do momento 1 para o momento 2 de avaliação, quer no domínio da severidade da dor ($t=13,23$; $p<0,01$), quer no domínio interferência da dor no funcionamento diário ($t=15,24$; $p<0,01$). Quando comparadas as diferentes dimensões do *Short Form 6 Dimensions* (SF-6D v2) nos dois momentos, constatamos diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões com maior relevância para a dor física, o que se traduz numa melhoria da qualidade de vida e redução dos custos relacionados com a medicação e tratamentos.

Conclusões: Este estágio permitiu o desenvolvimento e consolidação das competências especializadas em enfermagem comunitária. A intervenção de enfermagem comunitária com base na terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura em doentes com diagnóstico de síndrome vertebral com irradiação e dor crónica contribuiu para a diminuição da severidade da dor, da interferência da dor no funcionamento diário e melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde.

Palavras-chave: Enfermagem comunitária; Acupuntura e eletroacupuntura; Síndrome vertebral com irradiação; dor crónica.

Abstract

Introduction: This report is part of the evaluation of the Master Course in Community Nursing, with Specialization, from the University of Trás-os-Montes and Alto Douro, which integrates Community Nursing and Public Health Nursing into Primary Health Care, of quality health care for the population. The content of the course aims to report the course of the activities carried out during the course unit. Stage and report in a critical and reflexive manner and that provided for the acquisition and consolidation of the competences of the Specialist Nurse in Community Nursing and Public Health. The internship began on September 19, 2016 and ran until the end of the last quarter of 2017 at the Community Care Unit in Braga and at the Public Health Unit, Cávado Health Center Group I Braga.

Objectives: The internship, which is the object of this report, defined as general objectives: i) to consolidate the specialized intervention in community nursing (EEEC competences); ii) to pursue a comprehensive, integrated and projective approach in the foundation of community nursing practice; iii) to design, implement and evaluate a community intervention project based on the methodology of health planning; iv) Develop consistently and rigorously the methodology of Health Planning.

Methodology: The community intervention project "Puncture D'ORiente ... and ALIVE more smiling" was developed, consisting of three intervention activities with the non-pharmacological therapy of acupuncture and electroacupuncture, based on the methodology of health planning.

Results: The community intervention project "Puncture D'ORiente ... and ALIVE more smiling" integrated a medical list of 88 patients with chronic pain in the vertebral syndrome with irradiation. The sample consisted of 43 patients, mostly female (67.4%), the mean age was 51.9 years old (SD of 10.5 years), with a minimum age of 26 years and the maximum age of 77 years. The majority of the students had marital status (28-65.1%) and had a high school diploma (14-34%) and higher education (9-20.9%), and more than half of the sample (23-53.5%) worked full time.

Conclusions: This stage allowed the development and consolidation of knowledge essential for the acquisition of specialized skills in community nursing. The community intervention "Puncture D'ORiente ... and ALIVE more smiling" resulted in the improvement of health-

related quality of life, decrease pain severity and pain interference in daily functioning, reduce medication-related costs and decrease absenteeism. The results obtained presented statistical significance, obtaining a value of $p < 0.1$.

Keywords: Community nursing; Ache; Acupuncture and electroacupuncture; Irradiation vertebral syndrome

Índice

Pensamento	v
Agradecimentos	vii
Resumo	ix
Abstract	xi
Índice de Tabelas	xv
Índice de Figuras	xvii
Lista de Abreviaturas e Siglas	xix
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	3
1. No Contexto da Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC).....	3
2. No Contexto da Unidade da Unidade de Saúde Pública (USP)	9
CAPÍTULO II - PROJETO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	17
1. Diagnóstico da Situação e Definição de Prioridades	17
2. Fixação de Objetivos, Objetivos Operacionais ou Metas.....	19
3. Seleção de Estratégias	21
4. Elaboração do Projeto de Intervenção	22
4.1. Preparação operacional do projeto de intervenção	23
4.1.1. Enquadramento teórico do projeto de intervenção	23
4.1.2. Considerações metodológicas	32
4.1.3. Planeamento das atividades	36
5. Operacionalização do Projeto de Intervenção	39
5.1. Apresentação e discussão dos resultados	40
6. Avaliação do Projeto de Intervenção Comunitária	51
CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
APÊNDICES	63
Apêndice A – Projeto “Unidos para integrar”	65
Apêndice B – Questionário de “Avaliação dos dados sociodemográficos”, Questionário “Inventário Resumido para a Dor”, Questionário “Avaliação de ganhos em saúde (SF-6D) ”	87

Apêndice C – Autorização pelo Presidente do Conselho Diretivo da ARS Norte e Comissão de Ética para a Saúde	92
Apêndice D – Autorização dos autores dos questionários “Inventário Resumido para a Dor” e “Avaliação de ganhos em saúde (SF-6D)	95
Apêndice E – Parecer da Comissão de Ética para Investigação Clínica.....	97
Apêndice F – Consentimentos informado	98
Apêndice G – Declaração de sigilo e utilização dos dados.....	99
Apêndice H – Declaração de exclusão de responsabilidades	100
Apêndice I – Declaração da formação específica da investigadora para o efeito.....	101

Índice de Tabelas

Tabela 1. Especificação detalhada das atividades	37
Tabela 2. Planificação da 1ª sessão de terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura	37
Tabela 3. Planificação da 2ª sessão de terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura	38
Tabela 4. Planificação da 3ª sessão de terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura	38
Tabela 5. Caracterização sociodemográfica dos participantes	41
Tabela 6. Resultados nas dimensões do SF-6D nos momentos de avaliação 1 e 2	42
Tabela 7. Presença de dor no momento 1 e momento 2 da intervenção.....	43
Tabela 8. Localização da área corporal com referência à dor	43
Tabela 9. Resultados do Inventário Resumido da Dor – BPI(pt)	46
Tabela 10. Interferência funcional da dor quanto ao género	47
Tabela 11. Caracterização da amostra relativamente aos tratamentos ou medicamentos realizados para a dor (n-%)	48
Tabela 12. Indicadores de processo e resultado com a intervenção da terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura	52

Índice de Figuras

Figura 1. Classificação do máximo de dor durante a última semana (1º momento)	44
Figura 2. Classificação do máximo de dor durante a última semana (2º momento)	44
Figura 3. Classificação do mínimo de dor durante a última semana (1º momento)	44
Figura 4. Classificação do mínimo de dor durante a última semana (2º momento)	44
Figura 5. Classificação da dor em média durante a última semana 1º momento)	45
Figura 6. Classificação da dor em média durante a última semana (2º momento)	45
Figura 7. Classificação da dor no momento (1º momento)	45
Figura 8. Classificação da dor no momento (2º momento)	45
Figura 9. Média das dimensões da escala funcional da dor	46
Figura 10. Caracterização da amostra relativamente à percentagem de alívio após tratamentos e medicamentos para a dor, na última semana	49

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde
APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor
ARS - Administração Regional de Saúde
BPI - *Brief Pain Inventory*
COSI - *Childhood Obesity Surveillance Initiative*
CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CSP - Cuidados de Saúde Primários
DDO - Doença de Declaração Obrigatória
DGS - Direção-Geral da Saúde
DP - Desvio padrão
EEECSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
EpS - Educação para a Saúde
EVA - Escala Visual Analógica
IASP - International Association for the Study of Pain
INE - Instituto Nacional de Estatística
Km² - Quilómetros quadrados
M - Média
MEC - Mestrado em Enfermagem Comunitária
MGF - Medicina Geral e Familiar
nº - número
OMS - Organização Mundial de Saúde
OE - Ordem dos Enfermeiros
p. - página
PELT - Programa Escolas Livres de Tabaco
PENPCDor - Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor
PNCD - Programa Nacional de Controlo da Dor
PNLCD - Plano Nacional de Luta Contra a Dor
PNPCD - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Dor
PNS - Plano Nacional de Saúde
PNV - Plano Nacional de Vacinação
PRESSE - Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar
QVRS - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde
RBPI - Requerentes e Beneficiários de Proteção Internacional
SClinico - Sistema Integrado para a Prática Clínica

SF-6D - *Short Form 6 Dimensions*

SINAVE - Sistema Nacional de Informação de Vigilância Epidemiológica

SINUS - Sistema de Informação Nacional de Unidades de Saúde

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

TNC - Terapêuticas Não Convencionais

UCC - Unidades de Cuidados à Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF's - Unidades de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

O presente relatório assenta na descrição, análise e reflexão crítica das atividades desenvolvidas e das experiências vivenciadas no âmbito da unidade curricular estágio e relatório que integra o Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária (MEC) da Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), sendo fundamental para o processo de aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP) de acordo com Regulamento nº 128/2011, de 18 de fevereiro.

O desenvolvimento das atividades realizadas durante o estágio, que decorreu no período compreendido entre 19 de setembro do 2016 e 03 fevereiro de 2017, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) “Braga Saudável” e Unidade de Saúde Pública (USP) de Braga, unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Cávado I - Braga, tinha como objetivos gerais: *i)* consolidar a intervenção especializada em enfermagem comunitária (competências do EEECS); *ii)* perspetivar uma abordagem abrangente, integrada e projetiva na fundamentação das práticas em enfermagem comunitária; *iii)* conceber, implementar e avaliar um projeto de intervenção comunitária com base na metodologia do planeamento em saúde; e *iv)* Desenvolver de forma consistente e rigorosa a metodologia do Planeamento em Saúde.

Na sequência do diagnóstico de saúde previamente efetuado, que identificou as necessidades e as prioridades, realizado na unidade curricular Estágio de Enfermagem Comunitária I, estabelecendo-se como prioridade a intervenção em doentes com patologia músculo-esquelética a efetuarem reabilitação motora na UCC “Braga Saudável, no âmbito do projeto “Reabilitação Motora”. Estabelecida a prioridade “Dor” que coexiste com morbilidades e comorbilidades geradoras de incapacidade e dependência, quer física quer emocional, foi desenvolvido o projeto de intervenção comunitária que tomou a designação de “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”. Tinha como objetivo geral analisar o efeito da terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura para o controlo da dor crónica, em doentes com diagnóstico médico de síndrome vertebral com irradiação.

No decurso do estágio, que decorreu na USP de Braga, procedeu-se à elaboração de um projeto de intervenção comunitária no âmbito dos Requerentes e beneficiários de proteção

internacional (RBPI) que denominamos “Unidos para Integrar” e cujo objetivo geral é diminuir em 20% o risco de contrair doença transmissível nos cidadãos Refugiados do Centro de Acolhimento do Concelho de Braga, durante o ano de 2017.

Na elaboração deste relatório atende-se fundamentalmente à descrição e fundamentação das atividades realizadas durante o estágio, tendo as etapas da metodologia do planeamento em saúde orientado as diferentes atividades e a forma como se concretizou o desenvolvimento das competências do EEECS. A pesquisa bibliográfica e a análise crítico-reflexiva bem como reflexão e partilha com os profissionais das unidades funcionais foram também importantes para a compreensão do papel do enfermeiro especialista no campo de intervenção da enfermagem comunitária e de saúde pública.

O relatório encontra-se dividido em capítulos de forma a facilitar a leitura e compreensão do documento. O primeiro capítulo é destinado à análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências do EEECS que ocorreu na UCC “Braga Saudável” e na USP de Braga. No segundo capítulo é descrito o projeto de intervenção de enfermagem comunitária “Puntura D’Oriente...e VIVA mais sorridente”, subordinado ao tema “Terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura no controlo da dor crónica em doentes com síndrome vertebral com irradiação” e que decorreu na UCC “Braga Saudável”. Neste capítulo, apresentamos o desenvolvimento das etapas do planeamento em saúde, nomeadamente: diagnóstico de situação e definição de prioridades; fixação de objetivos, objetivos operacionais ou metas; seleção de estratégias; elaboração do projeto; operacionalização do projeto e avaliação do projeto de intervenção comunitária. Por fim, apresentamos a conclusão com uma análise global ao desenvolvimento desta unidade curricular.

CAPÍTULO I

ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo é reservado para a descrição e análise das competências adquiridas através das atividades desenvolvidas no decorrer do estágio, nas unidades funcionais UCC Braga Saudável e USP de Braga, do ACeS Cávado I - Braga.

O Regulamento n.º 128/2011, de 18 de fevereiro de 2011, estabelece as competências específicas do EEECS, reconhecendo que a enfermagem comunitária e de saúde pública é uma prática globalizante centrada na comunidade e que, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, o EEECS assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e detém uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde. Deste modo, intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados.

Neste sentido, o estágio desenvolvido na UCC “Braga Saudável” e na USP de Braga, constituiu um importante percurso de aprendizagem para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências imprescindíveis para a prática clínica especializada e para uma articulação mais eficiente entre a teoria e a prática. Assim, passamos a descrever e analisar, mediante reflexão crítica, as atividades desenvolvidas no contexto do estágio.

Para contextualizar o percurso desenvolvido durante o estágio, apresentamos de forma sucinta as unidades funcionais, UCC “Braga Saudável” e USP de Braga do ACeS Cávado I - Braga, bem como as referências aos seus planos de ação que enquadram os projetos em curso.

1. No Contexto da Unidade de Cuidados na Comunidade

A UCC “Braga Saudável” situa-se no concelho e distrito de Braga, na região do Minho. O distrito limita a norte com o distrito de Viana do Castelo e com Espanha, a leste com o distrito de Vila Real, a sul com o distrito do Porto e com o distrito de Viseu. O concelho de Braga,

com 37 freguesias, tem uma extensão de 183,4 km², sendo parte integrante do distrito de Braga. A UCC “Braga Saudável” é uma unidade funcional do ACeS Cavado I - Braga e está sediada no Centro de Saúde de Infias. Este ACeS compreende a área geodemográfica do concelho de Braga, com uma população residente de 181 847 pessoas, em 2013 (Administração Regional de Saúde [ARS] do Norte, 2014).

A UCC “Braga Saudável” tem como área geográfica de intervenção 16 freguesias: Adaúfe, Crespos, Dume, Frossos, Mire de Tibães, Merelim S. Paio, Merelim S. Pedro, Navarra, Padim da Graça, Palmeira, Panoias, Parada de Tibães, Pousada, Real, Sta. Lucrécia de Algeriz e S. Vicente, num total de 57,11 Km². Nesta área estão inseridas três praias fluviais e cerca de 1800 empresas. A população residente é de 56 110 habitantes, com 49 683 utentes inscritos na área de abrangência da UCC “Braga Saudável”, dos quais 13% (6 543) tem 65 anos ou mais.

À UCC “Braga Saudável” compete, à luz do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atua na educação para a saúde (EpS), na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. Este decreto-lei, no artigo 43.º, determina a aprovação do regulamento da organização e funcionamento da UCC, sendo que a sua atividade se desenvolve com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as demais unidades funcionais do ACeS em que se integra e intervém no âmbito comunitário numa lógica de base populacional.

O Regulamento citado define para a UCC:

- i. Como missão, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACeS em que se integra. A UCC tem ainda a competência de constituir as equipas de cuidados continuados integrados, previstas no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 06 de junho;
- ii. O compromisso assistencial, contratualizado internamente com o diretor executivo do ACeS, e que se contextualiza no seu plano de ação, que traduz o programa de atividades para a prestação de cuidados de saúde;
- iii. À UCC compete assegurar as suas funções através de uma carteira de serviços, observando os seguintes princípios: os cuidados de saúde por ela prestados devem ser

definidos considerando o diagnóstico de saúde da comunidade e os programas e projetos da carteira de serviços integram-se no plano de ação do ACeS, em estreita articulação com as unidades de saúde familiar (USF's), as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), a USP e com a equipa coordenadora local, no âmbito da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados, e em consonância com as orientações técnicas definidas pelo conselho clínico (Despacho n.º 1014/2009, de 16 de abril).

Este enquadramento legal alicerça o funcionamento da UCC “Braga Saudável”, cuja equipa é constituída pelos seguintes recursos humanos: 12 enfermeiros (dos quais nove são especialistas), um médico de Medicina Geral e Familiar (MGF) (duas vezes por semana), um técnico superior de serviço social (1-2 vezes por semana), um assistente técnico e um motorista (recurso partilhado com duas USF's). A UCC “Braga Saudável” integra uma equipa de cuidados continuados integrados, e desta fazem parte, um médico de MGF (a exercer funções na USF “7 fontes” e dá apoio duas vezes por semana) e cinco enfermeiros (dos quais quatro são especialistas em enfermagem de reabilitação). Os profissionais integrados na UCC “Braga Saudável” unem esforços para dar resposta às necessidades da população da sua área de abrangência do concelho de Braga e, para isso, desenvolvem um conjunto amplo de atividades que integram os diferentes programas de saúde: “Saúde escolar/Saúde oral”; “Reabilitação”; “Parentalidade”; “Saúde materna e reprodutiva”; “Intervenção em grupos de risco”, nomeadamente rendimento de inserção social e núcleo de apoio a crianças e jovens em risco destinados às diversas comunidades da área de abrangência do concelho de Braga, desde trabalhadores, estudantes ou residentes na área.

O estágio na UCC “Braga Saudável” decorreu no período de 01 de novembro de 2016 a 02 de fevereiro de 2017 e permitiu o desenvolvimento das diferentes unidades de competência do EECCSP, que se passam a descrever:

Competência G1 - Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

No que respeita ao desenvolvimento desta competência, deu-se continuidade à metodologia do planeamento em saúde iniciada no primeiro ano, 2º semestre, na unidade curricular estágio de enfermagem comunitária com a elaboração do diagnóstico de saúde (unidade de competência G1.1).

De forma sumária, procedeu-se à identificação e caracterização de doentes com doença músculo-esquelética, inscritos na lista de um médico de MGF da USF “7 fontes”. Seguidamente, estabelecemos as prioridades em saúde (unidade de competência G1.2), através do método de Hanlon.

Na continuidade da implementação da metodologia do planeamento em saúde, neste estágio, procedemos à formulação dos objetivos e seleção de estratégias, face à priorização das necessidades em saúde identificadas (unidade de competência G1.3). Assim, foi planeado e executado o projeto de intervenção comunitária “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente” (unidade de competência G1.4), através da realização de três sessões individuais consecutivas, uma sessão por semana para cada doente, com intervenção de terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura, de forma a dar resposta às necessidades identificadas. Procedemos à avaliação do projeto de intervenção comunitária “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”, através da aplicação de um questionário em dois momentos distintos, antes e após a intervenção, cujo objetivo era o controlo da dor crónica fomentando uma melhor qualidade de vida (QdV).

Consideramos que esta competência foi adquirida, uma vez que foram planeadas e concretizadas, com rigor, as diferentes etapas da metodologia de planeamento em saúde.

Competência G2 - Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

No que respeita ao desenvolvimento desta competência, a mesma foi adquirida na realização de diferentes atividades, nomeadamente: *i)* no âmbito do projeto de intervenção comunitária “Unidos para Integrar” que, envolvendo diferentes instituições locais e regionais, procurou diminuir o risco de contrair doença transmissível em cidadãos refugiados; *ii)* no âmbito do Programa Nacional de “Saúde Reprodutiva”, mediante a participação no evento promovido pela UCC “Braga Saudável”, designado *IV Jornadas da UCC Braga Saudável - Amamentação: Uma Chave para o desenvolvimento sustentável*, que decorreu no dia 14 de outubro de 2016. O evento teve como objetivo principal a promoção da prática do aleitamento, sendo abordadas as seguintes temáticas: “Mitos e as crenças na amamentação”; “Amamentação numa sociedade em desenvolvimento”; “Implicação da amamentação na sustentabilidade dos cuidados de saúde” (unidade de competência G2.1). A participação nestas jornadas permitiu a partilha de boas práticas no âmbito do aleitamento materno e, deste

modo, integrá-las de forma criteriosa nas atividades de EpS que visam a capacitação para a promoção do aleitamento materno.

Competência G3 - Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

No que concerne ao desenvolvimento desta competência, a mesma foi adquirida na realização de diferentes atividades, nomeadamente:

- a) No âmbito do Programa Nacional de Reinserção Social, nomeadamente na intervenção em grupos de risco (rendimento de inserção social de inserção e núcleo de apoio a crianças e jovens em risco), realizamos: i) uma sessão de EpS cujo público-alvo foram os beneficiários do rendimento social de inserção pertencente à área de abrangência da UCC Braga Saudável. Esta sessão subordinada ao tema *Primeira Infância (do nascimento aos 3 anos de idade)* decorreu no dia 23 de junho de 2016 e teve como objetivo sensibilizar para os cuidados na primeira infância, relativamente à alimentação, prevenção de acidentes, higiene oral e hábitos de sono e repouso; ii) reuniões com os elos de ligação das UCC do ACeS Cávado I – Braga, para discussão de casos referenciados (e.g., pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens [CPCJ]) e em avaliação; iii) visitas domiciliárias e pesquisa/registo/atualização da situação de saúde das crianças/jovens/famílias sinalizadas pela CPCJ; iv) pesquisa nas plataformas de dados de saúde Sistema de Informação Nacional de Unidades de Saúde (SINUS) e Sistema Integrado para a Prática Clínica (SClinico) sobre as consultas de vigilância de saúde adulto/infantil/saúde materna e obstétrica/planeamento familiar; v) participação no colóquio *Violência Doméstica e Violência de Género: Consegues ouvir?*, organizado pela equipa de Assistência Social da freguesia de Maximinos do município de Braga, que decorreu no dia 19 de maio de 2016. Esta temática é pertinente por se tratar do segundo crime público mais cotado em Portugal e sendo discutidas algumas das lacunas e dificuldades na interligação das leis em Portugal (e.g., a guarda partilhada nas crianças abusadas sexualmente). Foram relevados dados que evidenciam que as mulheres emigrantes são cada vez mais vítimas de violência doméstica e que a prevalência da violência doméstica, em Portugal, era de 91%, na faixa etária dos 18 aos 24 anos, dados preocupantes para toda a sociedade civil e, em

particular, para os profissionais de saúde que assumem um papel importante na avaliação e referência dos casos de violência doméstica;

- b) No âmbito do Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE), promovido pela ARS Norte, através do Departamento de Saúde Pública em parceria com a Direção Geral dos Estabelecimentos de Ensino - Delegação do Norte, que apoia a implementação da educação sexual nas escolas, participamos no evento promovido pela ARS Norte designado de “I Congresso PRESSE | *Educação Sexual na Região Norte*”, que decorreu no dia 13 de maio de 2016. Este evento teve como objetivo principal abordar os conteúdos acerca da sexualidade humana, educação sexual e metodologias pedagógicas ativas e participativas em educação sexual, sendo abordadas as seguintes temáticas: “PRESSE: 7 anos depois”; “PRESSE na visão da comunidade científica” (Educação sexual no contexto escolar português, Excelência e inovação em educação sexual, Educação sexual); “Sex(at)ualidades” (Relações amorosas e violência, Estratégias para a criação de um ambiente seguro) e “News views on adolescents sexuality education”;
- c) No âmbito do Programa de Saúde Materna, participamos na ação de formação subordinada ao tema “*Assistência da Gravidez nos Cuidados de Saúde Primários Um olhar Retrospectivo*”, organizado pela UCC Assucena Lopes Teixeira e com o apoio do ACeS Cávado I - Braga, da ARS Norte e da Ordem dos Enfermeiros (OE). Decorreu no dia 05 de maio de 2016 e foi pertinente na medida em que permitiu reafirmar a importância da promoção da saúde materna e obstétrica no âmbito dos cuidados de saúde primários (CSP).

A participação nestas atividades permitiu a partilha de boas práticas e a reflexão sobre a forma como integrá-las na prática quotidiana da Enfermagem Comunitária. Constatamos a importância destas atividades serem objeto de uma planificação estruturada, sustentada e articulada, para as quais concorre o trabalho conjunto com os diferentes atores, visando, quer a consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS), quer o cumprimento das políticas sociais dirigidos a populações de maior vulnerabilidade.

2. No Contexto da Unidade de Saúde Pública

O Ministério da Saúde - Missão para os Cuidados de Saúde Primários, no desenvolvimento do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, no artigo 43º, determina a aprovação do regulamento da organização e do funcionamento da USP. À luz deste regulamento, alterado pelo Decreto-Lei nº 81/2009 de 02 de abril, compete à USP funcionar como observatório de saúde da população da área geodemográfica abrangente e desenvolver atividades de planeamento em saúde, de defesa, promoção e proteção da saúde, incluindo a avaliação do impacto em saúde das intervenções efetuadas, de prevenção da doença, de vigilância epidemiológica, de vigilância em saúde ambiental, de investigação em saúde e de gestão ou participação em programas de saúde pública.

A USP desenvolve a sua atividade com autonomia organizativa e técnica, em cooperação com as diferentes unidades funcionais do ACeS em que se integra e intervém no âmbito comunitário numa lógica de base populacional. O Regulamento citado define para a USP: i) como missão, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população na sua área geográfica, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo para o cumprimento da missão do ACeS, posicionando-se como um catalisador de parcerias e estratégias intersectoriais; ii) como princípios orientadores deve assegurar a realização do conjunto de atividades essenciais em articulação com as restantes unidades funcionais do ACeS, visando a garantia da qualidade; iii) como competências: elaborar informação e planos em domínios da saúde pública e monitorizar o estado de saúde da população através de recolha e análise sistemática de dados de saúde; elaborar o plano local de saúde; gerir ou participar no desenvolvimento de programas de intervenção locais, nacionais e/ou internacionais, no âmbito da prevenção da doença, promoção e proteção da saúde da população em geral, ou de grupos; propor intervenções de forma a reduzir os problemas de saúde identificados e/ou reforçar ou manter os ganhos em saúde obtidos; participar em projetos de intervenção e/ou investigação em saúde, de iniciativa da USP de acordo com o perfil de saúde do ACeS; e assegurar serviços de consultoria ou auditoria em saúde pública.

A USP de Braga integra programas de intervenção desenhados de acordo com os determinantes de saúde, pretendendo promover a saúde e minimizar o impacto da doença, da incapacidade e da mortalidade, nomeadamente a nível nacional: “Programa Nacional de Saúde Escolar”; “Programa Nacional para a Promoção da Saúde Oral”; “Programa Nacional

de Vacinação”; “Programa contra a Gripe Sazonal”; “Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo”; “Programa Nacional de Saúde Ocupacional”. E a nível regional: “Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar”; “Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar”; Programa Escolas Livres de Tabaco; “Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos”.

A USP de Braga, ao nível dos recursos humanos, dispõe de uma equipa constituída por três médicos especialistas em saúde pública, quatro técnicos de saúde ambiental, quatro EEECS, três assistentes operacionais e três secretários clínicos.

O estágio na USP de Braga decorreu no período de 19 de setembro a 28 de outubro de 2016 e permitiu o desenvolvimento das diferentes unidades de competência do EEECS, que se passam a descrever:

Competência G2 - Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

O desenvolvimento desta competência concretizou-se no decurso da participação na atividade de EpS “Dieta mediterrânica”, solicitada pela Cruz Vermelha Portuguesa em parceria com a USP de Braga e destinada a um grupo de participantes do estabelecimento prisional de Braga. Foi utilizado o método expositivo para a temática, com recurso a uma projeção *powerpoint*, e para a avaliação o método participativo, através de questões colocadas durante ou no final da sessão (unidade de competência G2.1.). Os participantes demonstraram interesse na temática, participaram ativamente de forma assertiva.

As diferentes fases que constituíram a realização desta atividade, permitiu-nos adquirir competências no âmbito da gestão da informação em saúde a grupos e comunidade (unidade de competência G2.3.). Foi necessário mobilizar conhecimentos de diferentes disciplinas, destacando-se as técnicas de comunicação em saúde e abordagens ativas na definição de estratégias de promoção e EpS (unidade de competência G2.2.). Assim, constata-se como fundamental a intervenção sistematizada e contínua no âmbito da EpS com vista à capacitação de grupos e/ou comunidades, justificando-se a relevância do EEECS, nesta área de intervenção.

Ainda no âmbito desta competência, e no que respeita ao Plano Nacional de Vacinação (PNV) e na medida em que é relevado a importância que a vacinação tem na prevenção, erradicação e controlo e de algumas doenças, participamos na consulta do Viajante. Em viagem, o

viajante contacta com novos ambientes, expondo-se a novos agentes transmissores de doenças, clima e altitudes distintas que podem por em risco a sua saúde. Estes riscos podem ser minimizados se o viajante agir de forma preventiva, informando-se sobre as precauções a adotar antes, durante, e mesmo após a viagem. Na Consulta do Viajante informou-se sobre os riscos de saúde relacionados com as viagens, disponibilizando aconselhamento orientado para as atitudes e precauções a ter antes, durante e após a viagem. O aconselhamento ao viajante foi determinado pelo destino e características específicas da viagem, assim como pelo perfil e estado de saúde do viajante (avaliação individual dos riscos associados à viagem) e compreendeu: *i)* educação e aconselhamento sobre os riscos para a saúde relacionado a viagem e as medidas e atitudes preventivas adequadas; *ii)* revisão e atualização do estado de vacinação do viajante com recomendação e administração das vacinações indicadas para o país de destino; *iii)* informação sobre risco e prevenção da malária; *iii)* informação sobre risco e prevenção de doenças transmitidas pelo consumo de águas e alimentos contaminados (nomeadamente como atuar em caso de diarreia do viajante); *iv)* informação sobre outras doenças endémicas ou surtos e sua prevenção geral ou específica; *v)* recomendação e prescrição do estojo médico de acordo com as necessidades individuais do viajante; *vi)* aconselhamento específico a viajantes com características especiais (crianças, grávidas, idosos) ou com doença crónica; e *vii)* aconselhamento sobre precauções e recursos de saúde em caso de doença após a viagem.

A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2016a) reforça a importância da vacinação para a melhoria e bem-estar dos povos bem como para a eficiência e sustentabilidade dos serviços de saúde, constituindo-se como um fator essencial de desenvolvimento.

Competência G3 - Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário na consecução dos objetivos do plano nacional de saúde.

O desenvolvimento desta competência concretizou-se através da participação em programas de saúde regionais e locais, conducentes aos objetivos do PNS, que em seguida descrevemos sucintamente (unidade de competência G3.1).

O desenvolvimento desta competência concretizou-se mediante a participação em atividades do Programa Escolas Livres de Tabaco (PELT), promovido pela ARS Norte em parceria com a Direção Regional de Educação do Norte, no âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo (2012-2016 com extensão a 2020). Colaboramos no

acompanhamento do preenchimento do inquérito relativo ao consumo de tabaco pelos alunos que frequentam o terceiro ciclo do ensino básico (7º, 8º e 9º anos) das escolas selecionadas, da área de abrangência do ACeS Cávado I – Braga. A monitorização da informação na base de dados teve como finalidade contribuir para um conhecimento atualizado da realidade do consumo de tabaco nesta população. A informação especificada permitiu a caracterização dos hábitos de consumo de tabaco dos alunos, o diagnóstico de potenciais problemas, a avaliação da gravidade do problema e a definição prioridades de intervenção. Os resultados foram divulgados em formato de *poster* em cada escola.

No âmbito do consumo de tabaco, participamos ainda em atividades do programa *Global Youth Tobacco Survey*. Trata-se de um projeto da Organização Mundial de Saúde (OMS), com a finalidade de melhorar a capacidade dos países para monitorizar o uso do tabaco entre os jovens e para orientar a implementação e avaliação de programas de prevenção e controlo do tabagismo, permitindo também a comparação entre países. Utiliza uma metodologia padrão para a construção da base de amostragem, a seleção de escolas e turmas, preparando questionários, seguindo procedimentos de campo consistentes, e utilizando a monitorização de dados para processamento e análise. A DGS, em articulação com a OMS, e colaboração da Direção Geral da Educação e das ARS's, participa na implementação dos inquéritos sobre os conhecimentos e hábitos de consumo de tabaco de alunos que frequentam o terceiro ciclo do ensino básico (7º, 8º e 9º anos de escolaridade).

Ainda no domínio da prevenção da doença, promoção e proteção da saúde da população ou de grupos específicos, percebemos a importância do desenvolvimento de programas de intervenção nacionais e/ou internacionais. No que respeita à consulta do viajante, as informações a fornecer centram-se na necessidade da administração de vacinas (e.g., a vacina contra a febre-amarela), na emissão do respetivo Certificado Internacional de Vacinação, na profilaxia, na assistência médica e segurança no país de destino e no aconselhamento de alguns fármacos. Esta consulta também tem um papel relevante no diagnóstico de problemas de saúde, possivelmente contraídos durante a viagem, e no controlo de indivíduos com estadias prolongadas em países ou regiões onde o risco de contrair doenças é elevado.

Enquadrado na monitorização dos programas de saúde, participamos nas tarefas do projeto COSI (*Childhood Obesity Surveillance Initiative*). Trata-se de um estudo Europeu de vigilância nutricional infantil de crianças dos seis aos oito anos, no qual participamos com a recolha e introdução de dados na plataforma de Luta Contra a Obesidade. A informação

detalhada permite a avaliação da magnitude deste problema, bem como a conceção de respostas mais ajustadas. É um processo contínuo e sistemático de colheita de dados, análise, interpretação e disseminação da informação para monitorizar o excesso de peso, fundamental para o planeamento e avaliação de programas na área da nutrição. Pretende perceber corretamente a progressão da epidemia nesta população em cada país e harmonizar dados a nível europeu, permitindo comparações entre países dentro da Região Europeia da OMS. Constitui o primeiro sistema de recolha sistemática de medidas de crescimento de crianças do 1º ciclo do ensino básico em Portugal, cujo objetivo é monitorizar e promover a saúde e bem-estar infantil. Este estudo tem sido conduzido pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e DGS a cada dois anos, sendo em 2013 a terceira vez que se realizou em Portugal.

Neste âmbito, de implementação de atividades dos programas de saúde conducentes aos objetivos do PNS, planeou-se o projeto de intervenção “Unidos Para integrar” (*Apêndice A*), cuja finalidade é promover ganhos efetivos em saúde, no âmbito dos RBPI, e tem como objetivo geral diminuir em 20% o risco de contrair doença transmissível nos cidadãos Refugiados do Centro de Acolhimento do Concelho de Braga, durante o ano de 2017.

Neste sentido, durante o planeamento deste projeto, definimos como objetivos operacionais: *i)* conseguir que 100 % dos refugiados tenham inscrição ativa no SNS; *ii)* conseguir que 100% dos refugiados estejam inscritos num médico de família do ACeS Cávado I - Braga; *iii)* conseguir que 100% dos refugiados detenha registo vacinal atualizado conforme orientações da DGS no PNV; e *iv)* conseguir que 100% dos enfermeiros (elos de ligação) das unidades funcionais (UCC, Centro de Proteção a Crianças e Jovens em Risco, USF e UCSP) do ACeS Cávado I - Braga presentes na sessão sobre a temática *Requerentes e Beneficiários de Proteção Internacional* e tenham conhecimento acerca dos resultados obtidos.

Este projeto exige a recolha de dados pela lista de Refugiados fornecida pelo Centro de Acolhimento para Refugiados do concelho de Braga e pesquisa de dados em base informática do SNS. A população alvo é constituída por todos os cidadãos Refugiados do Centro de Acolhimento para Refugiados do Concelho de Braga. Os resultados permitirão a monitorização do estado de saúde dos cidadãos refugiados, no que concerne à avaliação de indicadores de saúde pública como a vacinação, casos de doenças de declaração obrigatória (DDO), entre outros, sendo essenciais para a tomada de decisão por parte de todos os intervenientes, em particular dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Assim, este projeto permitiu-nos o contacto com uma realidade emergente e que constitui um

campo de intervenção do EEECS, no qual deve assumir um maior protagonismo pela sensibilidade multicultural que possui para avaliação de situações de maior fragilidade social.

Com a realização destas atividades colaborou-se no desenvolvimento de programas de saúde de âmbito comunitário, ao nível da coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades, que a nível local regional permitem a consecução dos objetivos do PNS.

Competência G4 - Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Em Portugal, a vigilância epidemiológica esteve centrada nas DDO desde 1949, o que tem permitido vigiar e monitorizar a saúde das populações e os fatores que a influenciam com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica sobre os fenómenos de saúde e doença, função essencial de qualquer sistema de saúde pública.

A vigilância epidemiológica permite a compreensão e explicação dos fenómenos de saúde e doença que vão desde os fenómenos da própria saúde humana, a outros que a influenciam direta ou indiretamente. Neste âmbito, a Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto, explicita que o sistema de vigilância em saúde pública, tem por objetivo a monitorização do estado de saúde das populações ao longo do tempo e a determinação do risco de transmissão de qualquer doença, ou outros fenómenos de saúde, bem como a prevenção da sua entrada ou propagação em território português. A rede nacional de informação e comunicação transmite dados através do Sistema de Informação Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), sistema de vigilância de saúde pública multifacetado, que recolhe dados das autoridades de saúde locais, regionais e nacional e assegura a gestão da informação, monitoriza a ocorrência e disseminação de doenças transmissíveis e respetivas especificidades e demais riscos em saúde pública, fornecendo informação essencial para o planeamento e intervenção (DGS, 2016b).

Durante o período de estágio participamos na investigação epidemiológica, procedendo ao preenchimento de inquéritos epidemiológicos de DDO como, por exemplo, no caso do VIH-Sida em estudantes emigrantes em Portugal. Neste âmbito, consultamos as normas de orientação para as autoridades de saúde e USP's do SINAVE e procedemos à identificação de casos, mediante a realização do teste, identificamos os casos com teste positivo e referenciamos para o médico poder notificar eletronicamente, através do preenchimento do inquérito epidemiológico, complementado com o preenchimento da declaração/notificação quando necessário, assegurando a recolha da informação relevante para efeitos de vigilância

epidemiológica no SINAVE (unidade de competência G4.1). Assim, após a notificação do caso, verificamos se a mesma continha a informação necessária para a definição do caso, procedemos ao preenchimento do inquérito epidemiológico, complementamos com o preenchimento da declaração/notificação quando necessário e asseguramos a recolha da informação relevante para efeitos de vigilância epidemiológica.

A realização desta atividade permitiu-nos desenvolver as competências do EEECSPP no que respeita à vigilância epidemiológica, em particular dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem nesta área geodemográfica, bem como aprofundar conhecimentos sobre DDO e a importância e obrigatoriedade da sua notificação, no âmbito da saúde pública.

Numa apreciação global, foi possível atingir os objetivos propostos. Efetivamente, desenvolveu-se as competências do EEECSPP, nomeadamente no que concerne ao planeamento, execução e avaliação de atividades no âmbito dos programas nacionais de saúde. Tivemos oportunidade de proceder à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem na área geodemográfica de Braga. Aplicamos a metodologia do planeamento em saúde de forma consistente e rigorosa e participamos na recolha, sistematização e transmissão da informação necessária para a tomada de decisão sobre as necessidades em saúde, nomeadamente na sistematização de indicadores para o plano local de saúde. Prestamos cuidados especializados no âmbito da enfermagem comunitária, especificamente com grupos/comunidades, operacionalizando os programas de saúde em curso. Reconhecemos e incorporamos na prática da enfermagem comunitária a influência dos determinantes em saúde para a obtenção de ganhos em saúde de grupos/comunidades, desenvolvemos atividades inerentes à consecução dos objetivos dos programas nacionais de saúde.

CAPÍTULO II

PROJETO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Neste capítulo será descrito o projeto de intervenção de enfermagem comunitária “Puntura D’Oriente...e VIVA mais sorridente”. A intervenção dos enfermeiros neste âmbito alicerça-se no planeamento em saúde, pressupondo a identificação das necessidades reais da comunidade para um planeamento efetivo de atividades que visam a transformação da atual realidade.

No contexto da saúde, o planeamento é “o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde” (Tancredi, Barrios & Ferreira, 1998, p.13). Segundo Imperatori e Giraldes (1993), o planeamento em saúde permite atingir os objetivos definidos para a redução de problemas prioritários em saúde, maximizando os recursos em saúde disponíveis e permitindo uma eficaz coordenação de esforços provenientes dos vários setores da sociedade. Segundo Tavares (1990), a metodologia do planeamento em saúde consiste num processo dinâmico e contínuo, que contempla as etapas de diagnóstico de situação de saúde, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional onde se inclui a programação do projeto, operacionalização do projeto e avaliação do projeto de intervenção.

1. Diagnóstico da Situação e Definição de Prioridades

Segundo Tavares (1992), a primeira etapa do planeamento em saúde é o diagnóstico da situação, através do qual se pretende apresentar o problema de saúde detetado bem como as necessidades subjacentes a esse problema. O autor considera como problema de saúde “um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo médico ou pela coletividade”, enquanto, necessidade “exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir” (Tavares, 1990, p.51), sendo que as necessidades podem ser reais ou sentidas, se sentidas podem ser expressas ou não expressas.

Neste contexto, quando se realiza o diagnóstico de situação, identificam-se problemas e determinam-se necessidades que devem obedecer a características como: sucinto, alargado, aprofundado, rápido, claro e corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento (Tavares, 1990). Neste sentido, Tavares (1992) considera que do diagnóstico de situação deverá constar de forma clara: *i)* a pertinência e finalidade; *ii)* a definição da população que se pretende estudar e a apresentação de indicadores; *iii)* a localização das fontes de informação; *iv)* a exposição da evolução prognóstica da rede de causalidade dos problemas; e *v)* a determinação das necessidades.

Para Imperatori e Giraldes (1993), o diagnóstico de situação, pretende também justificar as atividades desenvolvidas junto de um grupo/comunidade/ população. A qualidade e a cientificidade do diagnóstico determinam as etapas subsequentes, pois como Imperatori e Giraldes (1993) afirmam “será a partir da definição dos problemas de saúde da área, verdadeiro output do diagnóstico, que se começará a trabalhar na escolha de prioridades” (p.44).

A definição de prioridades, segundo Imperatori e Giraldes (1993):

...está diretamente ligada à própria natureza do planeamento, que deve obter a maior pertinência dos planos e a melhor utilização dos recursos, isto é, a dificuldade que se tem quando é necessário escolher entre problemas diferentes (prioridades) e sobre maneiras diferentes de resolver um mesmo problema (estratégias), ou, de outro modo, o que deve ser resolvido (prioridades) e como deve ser resolvido (estratégias). (p.64)

A determinação das prioridades pode efetuar-se mediante técnicas variadas, entre as quais se destacam as grelhas de análise, métodos e escalas.

O desenvolvimento do estágio de enfermagem comunitária, unidade curricular Estágio de Enfermagem Comunitária, que decorreu no 1º ano/2º semestre do MEC, permitiu-nos conhecer o projeto de intervenção comunitária “Reabilitação motora” da UCC “Braga Saudável”. Dada a relevância que as patologias do sistema músculo-esquelético constituem e pelo facto de afetarem de forma grave as pessoas, as famílias e a sociedade, e dado que, frequentemente, determinam morbilidade, incapacidade temporária e/ou definitiva precoce, absentismo laboral e redução do desempenho, reformas antecipadas, redução da esperança de vida e impacto económico e social negativo, emerge a necessidade de procedermos ao diagnóstico dos doentes com patologia músculo-esquelética.

Assim, identificou-se a relevância das patologias do sistema músculo-esquelético e da importância do projeto “Reabilitação motora”, que decorre da parceria entre a UCC “Braga Saudável” e a USF “7 fontes” que integram o ACeS Cávado I - Braga. Do diagnóstico de situação realizado, identificaram-se 4 631 doentes inscritos com diagnóstico médico de patologia do sistema músculo-esquelético. Concluímos que num ficheiro médico de MGF existiam 334 doentes inscritos com diagnóstico médico de patologia do sistema músculo-esquelético. Neste diagnóstico emergiram dois problemas: a dor e a limitação da mobilidade e após aplicação do método Hallon, a prioridade estabelecida centra-se no diagnóstico médico *síndrome vertebral com irradiação e presença de dor crónica*, verificado em 88 doentes.

2. Fixação de Objetivos, Objetivos Operacionais ou Metas

Imperator e Giraldes (1993), referem que os objetivos pretendem monitorizar a intervenção e conduzir à avaliação dos resultados obtidos. Mais especificamente, o objetivo geral refere-se a uma determinada situação que se deseja atingir (Tavares, 1992).

Neste enquadramento, o projeto de intervenção tomou a designação de “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”, que tendo por base a prioridade estabelecida, teve como objetivo geral, analisar o efeito de uma terapêutica não farmacológica, designadamente a acupuntura e eletroacupuntura para o controlo da dor crónica, nos doentes com diagnóstico médico de síndrome vertebral com irradiação.

Estabeleceram-se como objetivos específicos: *i)* verificar se a terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura contribui para a diminuição da severidade da dor; *ii)* verificar se a terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura contribui para diminuição da interferência da dor no funcionamento diário do indivíduo; *iii)* verificar se a terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura contribui para a melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS); *iv)* verificar se a terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura contribui para a diminuição dos custos diretos em saúde (medicação e tratamentos relacionados com a dor).

Seguindo as etapas do planeamento em saúde, após a determinação dos objetivos para a implementação do projeto “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”, foi necessário a definição de indicadores e metas. Segundo Tavares (1992), dizem respeito aos resultados que se pretendem atingir, tendo por base as atividades a implementar.

Imperatori e Giraldes (1993) recomendam a definição de indicadores e metas, sendo que estes podem ser de impacto ou de execução e devem estabelecer a relação entre o problema e a população alvo. Na perspectiva destes autores, o objetivo operacional, ou meta, é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade.

Neste sentido, traçaram-se os objetivos operacionais ou metas:

- i. Conseguir que 90% dos doentes compareça nas três sessões do projeto de intervenção “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”;
- ii. Conseguir que 90% dos doentes apresente diminuição da severidade da dor após a participação no projeto de intervenção “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”;
- iii. Conseguir que 90% dos doentes apresente diminuição da interferência da dor no funcionamento diário após a participação no projeto de intervenção “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”;
- iv. Conseguir que 80% dos doentes apresente melhoria do estado de saúde (QVRS) após a participação no projeto de intervenção “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”;
- v. Conseguir a diminuição em 40% dos custos diretos em saúde (medicação e tratamentos relacionados com a dor) após a participação no projeto de intervenção “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”.

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), um indicador de impacto permite constatar a alteração verificada num problema de saúde, enquanto um indicador de execução relaciona-se com a atividade desenvolvida e contribui para atingir os indicadores de impacto. A sua operacionalização permite conhecer em que medida os objetivos serão alcançados, no período de tempo estabelecido.

Desta forma, estabeleceram-se para o projeto “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente” os indicadores de execução e de impacto que passamos a descrever.

a. Indicadores de atividade ou execução

$$\chi = \frac{\text{Nº de doentes que participaram nas 3 sessões de acupuntura e eletroacupuntura}}{\text{Nº total de doentes}} \times 100$$

b. Indicadores de resultado ou impacto

$$\chi = \frac{\text{Nº de doentes que apresentaram diminuição da severidade da dor}}{\text{Nº total de doentes}} \times 100$$

$$\chi = \frac{\text{Nº de doentes que apresentaram diminuição da interferência da dor no funcionamento diário}}{\text{Nº total de doentes}} \times 100$$

$$\chi = \frac{\text{Nº de doentes que referiram melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde}}{\text{Nº total de doentes}} \times 100$$

$$\chi = \frac{\text{Diminuição dos custos diretos com a medicação e tratamentos relacionados com a dor}}{\text{Total de custos}} \times 100$$

3. Seleção de Estratégias

Dando continuidade às etapas do planeamento em saúde, segue-se a determinação de estratégias que, segundo Imperatori e Giraldes (1993), corresponde a técnicas detalhadas e organizadas que permitem atingir um determinado objetivo e que conduzem à resolução ou redução de determinado problema de saúde. Esta fase é uma das etapas fundamentais do processo de planeamento em saúde, considerando que de acordo com a definição dos objetivos serão selecionadas as estratégias adequadas à resolução ou minimização dos problemas, que inclui a previsão de recursos humanos, físicos e financeiros (Tavares, 1992).

Assim sendo, com vista a atingir os objetivos e metas fixados para o projeto “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”, definimos como estratégias:

Estratégia 1 - Reunião com os orientadores do estágio para a conceção do projeto de intervenção e formulação do pedido ao ACeS Cávado I - Braga e à ARS Norte para autorização do projeto de intervenção;

Estratégia 2 - Reunião com os doentes para explicitação dos objetivos, duração do projeto de intervenção, com recurso a técnicas de comunicação como a persuasão, argumentação construtiva, fundamentação científica das atitudes terapêuticas não farmacológicas, nomeadamente da acupuntura e desmistificação desta terapêutica;

Estratégia 3 - Reuniões com os diferentes atores (diretor executivo, presidência do conselho clínico e da saúde e coordenadores das unidades funcionais envolvidas, do ACeS Cávado I - Braga) envolvidos no projeto de intervenção, visando a sua clarificação, enquadramento nos planos de ação específicos e o compromisso que poderiam assumir nas diferentes fases da sua operacionalização, mais especificamente a definição do espaço físico para a realização das sessões com a intervenção da terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura;

Estratégia 4 - Estabelecimento de uma parceria com um médico de MGF da USF “7 fontes”, para procedimentos relativos à consulta de dados de saúde inerentes aos objetivos do projeto de intervenção.

A concretização das estratégias exige um olhar criterioso e rigoroso sobre os recursos disponíveis e, neste sentido, estimaram-se como necessários:

- i. Recursos **humanos**: uma enfermeira investigadora, a enfermeira supervisora do estágio; o coordenador, o médico de MGF e dois secretários clínicos da USF “7 Fontes”;
- ii. Recursos **financeiros**: estimados no valor monetário de 200 euros;
- iii. Recursos **físicos e materiais**: agulhas de acupuntura, equipamento para eletroacupuntura, sala para desenvolvimento da intervenção da terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura, marquesa de adulto, lavatório (para higienização e desinfeção das mãos), computador, mobiliário (secretária e cadeiras) e material consumível como folhas e canetas.

Globalmente, estes recursos asseguraram a viabilidade do projeto “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”, permitindo que a sua concretização fosse realizada com êxito.

4. Elaboração do Projeto de Intervenção

Esta etapa do planeamento em saúde permite especificar, de forma detalhada, as atividades do projeto. De forma sumária um projeto corresponde a “um conjunto de atividades contribuindo para a execução de um Programa, decorrendo num período bem delimitado de tempo” (Tavares, 1992, p.163).

4.1. Preparação operacional do projeto

Após as etapas referidas anteriormente, foi necessário efetuar o planeamento operacional do projeto “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”. Desta forma, o projeto de intervenção comunitária no âmbito da dor crónica em doentes com síndrome vertebral com irradiação, através da intervenção da terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura, decorre do conhecimento das necessidades reais de uma população, em que é possível intervir diretamente de forma coerente, consciente e precisa (Tavares, 1992).

Assim, no planeamento operacional do projeto de intervenção será contemplado um breve enquadramento teórico sobre o programa nacional de controlo da dor, a classificação da dor e as terapias não convencionais para o alívio da dor, bem como as considerações metodológicas e o planeamento das atividades.

4.1.1. Enquadramento teórico do projeto de intervenção

Nas últimas décadas, a DGS tem reconhecido a necessidade de melhorar a abordagem da dor em Portugal. Da sua interação com a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) resultou o primeiro documento estratégico, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), aprovado por despacho ministerial em 26 de março de 2001 (DGS, 2013).

O PNLCD foi o modelo organizacional que, até 2008, enquadrou as orientações técnicas para os serviços de saúde promoverem boas práticas profissionais na abordagem da dor. Em Portugal, desde 2001, estão a ser criadas unidades de dor em hospitais de todo o país. O Programa de Controlo da Dor constitui uma ação inovadora e pioneira a nível internacional, tendo sido dados passos importantes, nomeadamente a equiparação da dor ao 5º sinal vital (Circular normativa nº 09/DGCG, de 14/06/2003, DGS, 2016c), embora algumas das metas definidas não tenham ainda sido atingidas. Para assegurar a continuidade do PNLCD e tirando partido da experiência adquirida, foram redefinidos os objetivos e propostas novas estratégias operacionais. Neste seguimento, foi concebido o Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCD), aprovado em 08 de maio de 2008. Consistiu num extenso e ambicioso programa para dez anos, inserido no PNS 2004-2010 (DGS, 2015a). O PNCD representou, sem dúvida, um marco estruturante para os cuidados de saúde na área da dor em Portugal. Para esse facto contribuiu, decisivamente, a intervenção da Comissão Nacional de Controlo da Dor, criada

em 2008, com a missão de acompanhar e avaliar, a nível nacional, o desenvolvimento do PNCD.

Embora todos os objetivos específicos tenham sido abordados, a sua abrangência e grau de complexidade não permitiu esgotá-los no período de vigência do PNCD. Das ações concretizadas, realçam-se: i) o aumento da comparticipação e modificação da prescrição de medicamentos opióides fortes; ii) a emissão de norma sobre organização das Unidades de Dor Aguda; iii) orientações técnicas para profissionais de saúde; iv) produção de informação para a população em geral; v) conhecimento relativo à prevalência da dor crónica e dor aguda pós-operatória em Portugal; e vi) publicação da tabela da Medicina da Dor que faz parte integrante da Portaria n.º 163/2013, de 24 de abril.

No entanto, não se concretizou a Rede de Referenciação Hospitalar para doentes com dor crónica, por se tratar de uma competência transferida da DGS para a Administração Central do Sistema de Saúde, que não se mostrou favorável à sua concretização. O PNCD tinha como horizonte temporal o término em 2018, contudo, em 2012 surgiu o modelo orientador designado “Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)” (DGS, 2016d), aprovado por despacho em 2013. No entanto, foi aprovado por despacho do Diretor-Geral da Saúde, de 09 de junho de 2017, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PNPCDor) que veio substituir o PENPCDor. Mediante este programa, que abrange a população residente e tem um horizonte temporal de três anos, a DGS pretende dar continuidade à visão e missão dos planos e programas que o antecederam (DGS, 2016d).

Segundo a DGS (2016e), os princípios orientadores, são:

- i. **Subjetividade da dor** - No estado atual do conhecimento, a dor não dá origem a qualquer indicador biológico mensurável, pelo que a intensidade da dor é, necessariamente, aquela que o doente refere. Deve ser dada particular atenção ao controlo da dor dos indivíduos com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal;
- ii. **Dor como 5º sinal vital** - A dor representa um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias, mas não deve ser causa de sofrimento desnecessário. A avaliação e registo sistemático da intensidade da dor constituem uma norma de boa prática clínica que deve ser observada em todas as instituições de saúde.

- iii. ***Direito ao controlo da dor*** - Todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, por forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada;
- iv. ***Dever do controlo da dor*** - Todos os profissionais de saúde devem adotar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde. Deve ser dada particular atenção à prevenção e controlo da dor provocada pelos atos de diagnóstico ou terapêutica;
- v. ***Tratamento diferenciado da dor*** - O controlo da dor deve ser efetuado em todos os níveis da rede de prestação de cuidados de saúde, começando em regra pelos CSP e prosseguindo, sempre que necessário, para níveis crescentes de diferenciação e especialização.

Neste contexto, é importante que o enfermeiro compreenda e tenha um olhar holístico para o doente com dor. Assim, a intervenção dos profissionais de enfermagem supera as intervenções biológicas promovendo a expressão de sentimentos, a escuta ativa do doente em situação de dor e a procura de alternativas para amenizar o sofrimento, assegurando condições para viver com qualidade e dignidade (L. Silva, 2004; Leão & Silva, 2004; Pimenta, 1998; Sanches & Boemer, 2002).

A dor é um fenómeno fisiológico que compromete a integridade física e constitui o principal motivo para a procura de cuidados de saúde por parte da população em geral. Por outro lado, a dor induz sofrimento, reduz a QdV, condiciona a gestão da vivência quotidiana, provoca alterações fisiopatológicas que vão contribuir para o aparecimento de comorbilidades orgânicas e psicológicas e perpetuar o fenómeno doloroso. Assim, a dor, e em particular a dor crónica, pode estar presente na ausência de uma lesão objetivável, ou persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem (DGS, 2008). De facto, uma dor intensa pode provocar sofrimento, e o sofrimento, pela sua intensidade, pode provocar dor. Vários autores (Main & Booker, 2000; Main & Burton, 2000; Strong, Unruh, Wright, Baxter & Patrick, 2002) afirmam que a manutenção da dor crónica, a incapacidade funcional e o medo da dor podem ser mais incapacitantes que a própria dor.

Nesse contexto, a dor deixa de ser um sintoma para se tornar numa doença por si só, tal como foi reconhecido pelo Parlamento Europeu, em 2001, pela European Federation of IASP

Chapters. O controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde e é indispensável para a humanização dos cuidados (DGS, 2008). De facto, é frequente que uma pessoa com dor, sendo portadora de uma doença crónica enfrenta alterações nos seus hábitos e estilo de vida (Guterman & Levcovitz, 1998; Mc Daniel, Hepworth & Doherty, 1994), provocadas por restrições decorrentes da patologia, das necessidades terapêuticas, entre outros, além da possibilidade de ter muitas vezes que se submeter a internamentos (L. Silva, Guedes, Moreira & Souza, 2002).

Gatchel, Bernstein, Stowell e Pransky (2008), referem que a dor pode tornar-se o foco de atenção da pessoa, levando ao isolamento da família e dos amigos, à exclusão da sociedade, a menor produtividade, à perda de emprego e ao recurso frequente aos cuidados de saúde, que têm implicações na perceção sobre a QdV. Por sua vez, Bandura (2004) considera que os fatores psicossociais determinam em que medida a vida será vivida na sua plenitude ou com debilidade, dor e dependência. Desempenhando a família um papel fundamental no apoio, segurança e readaptação individual (Messae, 2010), frequentemente, a dor é também acompanhada por um incalculável sofrimento por parte da família. A doença significa perda de homeostasia e provoca no doente e na sua família crises e momentos de desestruturação na procura de um novo equilíbrio (Messae, 2010). Segundo este autor, viver com dor persistente requer uma considerável capacidade de resiliência emocional, que vai desgastando as reservas emocionais das pessoas e da própria família, amigos, colegas de trabalho e empregadores.

A dor é, muitas vezes, percecionada como uma ameaça e, neste sentido, a ansiedade relacionada com o medo do aumento da dor provoca comportamentos de evitamento, sendo que o doente restringe as atividades que perceciona como desencadeadoras da experiência de dor. Também é comum a presença de sintomas depressivos em doentes com dor crónica, predizendo piores resultados físicos, menores benefícios da intervenção, maior frequência na perceção de dor e pior qualidade de sono (Araújo-Soares, McIntyre & Figueiredo, 2002).

No que concerne ao tratamento da dor, é necessário considerar o contexto sociocultural. As crenças ou representações relativas aos fármacos estão sujeitas a mudanças históricas, pelo que desde o final do século passado se tem vindo a acentuar a crença de que os fármacos convencionais possuem efeitos nocivos e tóxicos e, por outro lado, tem proliferado informação sobre terapias alternativas menos invasivas e mais naturais (Luz, 2005; Tillement, 2003).

Segundo o PNPCDor (DGS, 2016f), a prevalência da dor crónica excede os 30% na população portuguesa adulta. A dor, em particular a dor crónica, tem impacto na pessoa, transcendendo o sofrimento que lhe causa, nomeadamente, sequelas psicológicas, isolamento, incapacidade e perda de qualidade de vida. Esse impacto pode ultrapassar a própria pessoa e envolver a família, cuidadores e amigos. Além disso, as repercussões socioeconómicas da dor são consideráveis pelos custos envolvidos no recurso frequente aos serviços de saúde e despesas com a terapêutica. Ainda segundo a mesma fonte: "...a abordagem das pessoas com dor é possível e deve ser baseada na melhor evidência científica, no sentido de prevenir e controlar a dor, melhorar a sua qualidade de vida e capacidade funcional" (p.4). Contudo:

a elevada prevalência da dor e a transversalidade da sua abordagem pelos profissionais de saúde, com particular destaque para médicos e enfermeiros, deveriam obrigar a uma formação adequada. Porém, isso ainda não se verifica, como tem sido reiteradamente reconhecido por diversas entidades, nomeadamente a International Association for the Study of Pain (IASP) e a EFIC. (DGS, 2016f)

O Relatório Eurobarómetro 2002, refere que Portugal, é o país da Europa com maior incidência de doenças reumáticas e osteoarticulares (38,2%), o segundo com maior percentagem de indivíduos em tratamento de longa duração (31,3%), sendo a média europeia de 25,8%, e o país onde o cidadão tem a pior opinião sobre o seu estado de saúde. Com base no Relatório "*Pain in Europe 2003*", é estimável que, em Portugal, cerca de 2 milhões de pessoas sofram de dor crónica (Pain Associates International Network, 2004). O Inquérito Nacional de Saúde 2014, realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, refere que as dores lombares constituíam, em 2014, a doença crónica referida com maior frequência pela população residente com 15 ou mais anos (32,9%). O consumo de medicamentos prescritos para as dores, por médico, é cerca de 90% na população idosa e que 56% da população com 15 ou mais anos consumiu medicamentos nas duas semanas anteriores à entrevista, sendo que as proporções de prescrição de fármacos aumentam de forma acentuada com a idade. O consumo de medicamentos não prescritos é mais frequente até aos 34 anos, 23,9% da população com 15 ou mais anos consumiu medicamentos (nas duas semanas anteriores) não prescritos por um/a médico/a, sendo que o consumo de medicamentos não prescritos reduz com o aumento da idade (INE, 2014).

No âmbito das competências do enfermeiro (domínios da prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional) a dor é foco de atenção. A relação privilegiada pela

proximidade e tempo de contacto permite que os enfermeiros tenham uma posição de diferenciada para intervir no controlo da dor. Partindo do princípio que a prestação de cuidados de enfermagem, em especial às pessoas com sofrimento induzido pela dor, tem como finalidade a promoção do bem-estar e do autocuidado, o enfermeiro pode avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando os resultados (OE, 2008). Neste sentido, a OE (2008) produziu o documento “Dor - Guia orientador de boa prática”, instrumento de suporte à promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, com recomendações para a prática profissional dos enfermeiros, formação e políticas organizacionais. Este documento releva que intervenções autónomas são de exclusiva iniciativa e responsabilidade do enfermeiro, isto é, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua prescrição, execução e avaliação, e que “... os enfermeiros devem defender a mudança das políticas e alocação de recursos que sustentem o controlo efetivo da dor...” e “... que a prestação de cuidados à pessoa com dor inclui a avaliação e o controlo, sendo a avaliação fundamental para o controlo da dor” (pp. 13 e 15). Evidencia a perspetiva de McCaffery, que defende o carácter pessoal e subjetivo da experiência de dor, destacando o autorrelato, ao afirmar que “dor é aquilo que a pessoa que a experiencia diz que é, existindo sempre que ela diz que existe” (p.15), e que o enfermeiro “tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa” (p.17).

Além disso, a OE, relativamente às intervenções destinadas à prevenção e tratamento para o controlo da dor, recomenda:

- i) ... Conhecer as indicações, as contraindicações e os efeitos colaterais das intervenções não farmacológicas; ii) Utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica; iii) Seleccionar as intervenções não farmacológicas considerando as preferências da pessoa, os objectivos do tratamento e a evidência científica disponível. (OE, 2008, p.18)

Considerando a necessidade das instituições promoverem políticas de controlo da dor, o documento “Dor - Guia orientador de boa prática” (OE, 2008), releva que “os enfermeiros com responsabilidade na gestão das organizações de saúde devem promover políticas organizacionais de controlo da dor” (p.20), e que devem “promover a realização de estudos que conduzam à inovação dos cuidados de Enfermagem na avaliação e controlo da dor” (p.21).

Neste enquadramento, o avanço das terapêuticas não convencionais (TNC) para alívio da dor, têm demonstrado eficácia em quadros clínicos dolorosos. As TNC, terapias alternativas, ou ainda terapias naturais devem ser consideradas na intervenção dos enfermeiros como terapias adjuvantes para o alívio da dor e controlo dos quadros álgicos, principalmente nas situações em complementaridade à terapêutica farmacológica quando esta se mostra insuficiente (M. Silva & Leão, 2004).

No PENPCDor é referido que a dor crónica, ao persistir para além da cura da lesão que lhe deu origem ou na impossibilidade de objetivação de lesão, deve ser encarada não como um sintoma mas antes como uma doença por si só, conforme reconhecido pela European Federation of IASP Chapters em 2001 (DGS, 2016d). A DGS explicita, ainda, que a dor crónica consiste numa dor prolongada, normalmente, com difícil identificação temporal e ou causal que produz sofrimento e manifesta-se com várias características podendo gerar diversos estádios patológicos (DGS, 2014). A circular normativa nº 09/DGCG, de 14 de junho de 2003, institui a “Dor como 5º sinal vital”, passando a avaliação e registo regular da intensidade da dor a ser considerada uma boa prática clínica, recomendando a utilização de escalas com as instruções básicas sobre a sua utilização para avaliação da intensidade da dor. A obrigatoriedade da avaliação e registo da dor é de enorme importância, pois, por motivos culturais, a dor tem sido subestimada e negligenciada, tanto pelos doentes como pelos profissionais de saúde (DGS, 2016d).

Segundo o Plano Nacional de Saúde (2012-2016) revisão e extensão a 2020, Portugal é um país que apresenta uma população envelhecida, portadora de patologia crónica múltipla. Este plano está orientado para responder à situação epidemiológica e demográfica existente e aos desafios colocados pelas doenças crónicas de evolução prolongada. Neste sentido, uma das metas para 2020, consiste em aumentar os ganhos em 30% relativamente à esperança de vida saudável aos 65 anos de idade, pelo que é necessário implementar programas dirigidos ao grupo etário dos 50-60 anos que visem a diminuição da carga de doença relacionada com a incapacidade (DGS, 2015b).

Neste contexto, o PNPCDor (DGS, 2016f) prevê como uma das metas de saúde a atingir até 2020, a promoção de modelos de boas práticas na abordagem da dor em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde.

De acordo com a DGS (2005), a dor pode ser classificada de diversas formas:

- a. *Classificação topográfica da dor*: focal; radicular; referida; central;
- b. *Classificação fisiopatológica da dor*: dor nociceptiva – devida a uma lesão tecidual contínua, estando o sistema nervoso central íntegro; dor sem lesão tecidual ativa – devida a compromisso neurológico (dor neuropática) ou de origem psicossocial (dor psicogénica);
- c. *Classificação temporal da dor*: i) aguda (manifesta-se transitoriamente, num período que pode ser de minutos até semanas, relacionada a algum tipo de trauma aos tecidos ou órgãos; ii) crónica (duração prolongada de meses a anos e está geralmente associada a doença crónica, sendo que pode ocorrer mesmo depois de a causa ter sido tratada); e iii) dor recidivante (ocorre em períodos de curta duração, que se repete com frequência e que pode ocorrer durante toda a vida do indivíduo, diferenciando-se da dor crónica, que é contínua (Sociedade Brasileira para Estudo da Dor, 2006; Teixeira, 2005).

O diagnóstico da dor é feito pelos profissionais de saúde, mas requer a ajuda do doente. Além das metodologias de avaliação da intensidade da dor, existem meios complementares de diagnóstico que permitem identificar possíveis causas da dor como, por exemplo, exames radiológicos, eletrofisiológicos e laboratoriais (DGS, 2005).

A dor é avaliada em função de diversos fatores como, por exemplo: i) queixa dolorosa ou reação a eventuais intervenções; ii) estado de ansiedade, depressão, alterações comportamentais e manifestações causadas ou modificadas pela medicação analgésica; iii) estado de incapacidade; iv) idade: as crianças e pessoas idosas têm maior dificuldade em verbalizar o que sentem, como sentem e onde sentem; e v) doenças/patologias que o doente tem, por exemplo reumáticas, oncológicas, respiratórias, etc. (DGS, 2005).

Para a mensuração da intensidade da dor existem escalas validadas a nível internacional, designadamente a Escala Visual Analógica (convertida em escala numérica para efeitos de registo), a Escala Numérica, a Escala Qualitativa ou a Escala de Faces. A avaliação da intensidade da dor pode efetuar-se com recurso a qualquer destas escalas (DGS, 2011). A intensidade da dor é sempre referida pelo doente, que tem de estar consciente e colaborar na realização da avaliação, quando assim não acontece existem outros métodos de avaliação específicos (DGS, 2005). A escala utilizada na primeira avaliação da dor deverá ser utilizada nas vezes seguintes. A perceção da dor diferencia-se de indivíduo para indivíduo, quando

submetidos a estímulos idênticos, com carácter subjetivo. A manifestação da dor ocorre de diversas formas e está relacionada com fatores externos e internos (sensoriais afetivos, sociais, culturais e emocionais) (Pimenta, 1998; Porto, 2001).

Segundo a APED, de acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP, s.d.), a dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo uma componente sensorial e emocional, associada a uma lesão tecidual concreta ou potencial. Isto significa que a dor é um fenómeno complexo que envolve emoções e outros componentes que lhe estão associados, devendo ser encarada numa perspetiva biopsicossocial, como fenómeno subjetivo em que cada pessoa sente a dor à sua maneira. Não existem ainda marcadores biológicos que permitam caracterizar objetivamente a dor e a mesma lesão pode causar dores diferentes em indivíduos diferentes ou no mesmo indivíduo em momentos diferentes, dependendo do contexto em que o indivíduo está inserido nesse momento. Por vezes, existe dor sem que seja possível encontrar uma lesão física que lhe dê origem.

De entre as dores mais frequente destaca-se a lombalgia, síndrome vertebral sem irradiação, definida como uma afeção dolorosa com ou sem rigidez, que se localiza na região inferior do dorso entre o último arco costal e a prega glútea, ocorrendo normalmente na linha média, na região correspondente à quarta e à quinta vértebra lombar (Cecin, 1997). Por sua vez, a lombociatalgia, síndrome vertebral com irradiação, é considerada um quadro doloroso que se instala na região da coluna lombar com existência de irradiação da dor para os membros inferiores, com envolvimento do nervo ciático (Knoplich, 2003).

No que concerne às TNC para o alívio da dor, estas têm vindo a afirmar-se como um tratamento não farmacológico coadjuvante, verificando-se que a acupuntura tem sido utilizada na melhoria de quadros dolorosos e no alívio da dor.

O exercício profissional das atividades de aplicação de TNC está estabelecido na Lei n.º 71/2013, de 02 de setembro, que regulamenta a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, definindo como TNC as que partem de uma base filosófica diferente da medicina convencional. No artigo 1.º regula o acesso às profissões no âmbito das TNC e o seu exercício, no setor público ou privado, com ou sem fins lucrativos, e no artigo 2.º estabelece as TNC: i) acupuntura; ii) fitoterapia; iii) homeopatia; iv) medicina tradicional chinesa; v) naturopatia; vi) Osteopatia; e vii) Quiropráxia.

O Ministério da Saúde e da Educação e Ciência, na Portaria n.º 207-f/2014, de 08 de outubro, no artigo 2, define a acupuntura como uma terapêutica que utiliza métodos de diagnóstico, prescrição e tratamentos próprios assentes em axiomas e teorias da acupuntura, utilizando a rede dos meridianos, pontos de acupuntura e zonas reflexológicas do organismo humano, com o fim de prevenir e tratar as desarmonias energéticas, físicas e psíquicas.

A técnica de acupuntura tem sido cada vez mais utilizada para melhorar quadros dolorosos, enquadrando-se como uma terapêutica de conceção holística, energética e dialética do ser humano. Assenta numa filosofia e metodologia específicas baseadas na medicina tradicional chinesa, aplicando processos específicos de diagnóstico e métodos terapêuticos próprios, para promover e recuperar a saúde e prevenir e tratar as doenças (Portaria n.º 207-f/2014, de 08 de outubro).

A OMS recomenda e incentiva o uso desta terapia, tendo publicado *Guidelines* (World Health Organization [WHO], 1999) que visam promover uma prática segura e incentivar a sua integração nos sistemas de saúde dos vários países a nível mundial (WHO, 2002).

A DGS (2011), através da norma nº 043/2011, respeitante à terapêutica da dor neuropática, nomeadamente através da acupuntura e eletroacupuntura, considera:

- i) a acupuntura sendo mais eficaz em dor miofascial pode, no entanto, ser utilizada com benefício em dor neuropática; ii) a eletroacupuntura utilizando correntes de baixa frequência potencia ainda mais a ação analgésica pela libertação de β endorfinas e ativação dos sistemas inibitórios descendentes; iii) os seus benefícios na dor neuropática devem-se quer à sua ação local, quer à dos potenciais a nível segmentar e suprasegmentar, bem como ao seu efeito relaxante e com benefício no controlo da ansiedade e das perturbações do sono; iv) a acupuntura demonstrou-se eficaz na polineuropatia diabética e em 60% dos doentes com neuropatias de múltiplas etiologias. (p.24)

O enquadramento teórico contribuiu para enquadrar e sublinhar a relevância da terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura no controlo da dor, sendo que esta terapêutica tem vindo a afirmar-se no plano terapêutico e os doentes elegem-na para melhorar a QdV.

4.1.2. Considerações metodológicas

Nas considerações metodológicas descrevemos a preparação operacional do projeto de intervenção com descrição da metodologia, nos aspetos referentes à finalidade e objetivos,

tipo de estudo, população e amostra, instrumentos a utilizar, procedimentos na recolha de dados, considerações éticas e tratamento de dados.

Finalidade e objetivos

Atendendo a que as TNC têm vindo a afirma-se no plano terapêutico, este projeto de intervenção tem como finalidade contribuir para a relevância da terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura para alívio e controle da dor, diminuição da severidade e interferência no funcionamento diário, melhoria da QVRS e diminuição custos diretos em saúde.

Tipo de estudo

O projeto de intervenção configura um estudo descritivo, correlacional e longitudinal, dado que compreende dois momentos de avaliação, antes e após a implementação do projeto de intervenção “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”.

População e amostra

A população alvo do projeto de intervenção foi constituída por 88 doentes com diagnóstico médico de síndrome vertebral com irradiação com dor crónica.

Para a participação no projeto definimos como critérios de inclusão: i) diagnóstico médico síndrome vertebral com irradiação com dor crónica; ii) idade maior ou igual a 18 anos; iii) sem défices neurológicos; iv) participação voluntária no estudo e assinatura por escrito do consentimento informado; e v) manifestação de intenção de participar nas três sessões previstas no projeto de intervenção.

Os 88 doentes foram contactados via telefone, durante a consulta médica ou de enfermagem e convidados a participar na intervenção, após a explicitação cuidadosa dos objetivos e sessões do projeto, aceitando participar 43 doentes.

Assim, a amostra ficou constituída por 43 doentes, sendo 14 do género masculino e 29 do género feminino, com idades compreendidas entre os 26 e os 77 anos, com uma média de idade de 51 anos (DP 10,54). Definiu-se com cada participante as datas das diferentes sessões.

Instrumento de recolha de dados

Como instrumento de recolha de informação utilizamos um questionário (*Apêndice B*), onde constava: *i*) questões de natureza sociodemográfica; *ii*) o Inventário Resumido para a Dor (Azevedo et al., 2007); e *iii*) o Questionário de avaliação de qualidade de vida relacionada com a saúde (SF-6D) (P. Ferreira & Ferreira, 2006).

De uma forma sumária, descrevemos as duas escalas: *i*) o Inventário Resumido para a Dor (*Brief Pain Inventory* - BPI) é um instrumento recomendado para medição e avaliação da dor, numa perspetiva multidimensional, e validado em mais de dez línguas. É um questionário apresenta muito boas propriedades psicométricas, e tem vindo a ser crescentemente utilizado no contexto clínico e de investigação pois é de fácil aplicação, rápido e simples (Azevedo et al., 2007). Foi validado para a língua portuguesa por Azevedo et al. (2007) e consiste num questionário de autopreenchimento e de autoavaliação das características da dor, constituído por 15 itens, sendo: *i*) um item dicotómico para verificação da existência da dor; *ii*) um item para localização da dor, através da indicação das áreas da dor num diagrama representativo do corpo humano; *iii*) uma escala de intensidade da dor constituída por quatro itens (máximo, mínimo, em média e no momento da avaliação) numa classificação de zero a 10 (zero não ter dor e 10 corresponde à pior dor que se pode imaginar); *iv*) um item para registo das estratégias terapêuticas aplicadas; *v*) um item que quantifica em termos percentuais a eficácia dos tratamentos aplicados; e *vi*) uma escala de interferência funcional constituída por sete itens numa classificação que varia de zero a 10 (zero corresponde a dor que não interfere com o funcionamento diário e 10 corresponde ao facto de a dor interferir completamente com o funcionamento diário), que avalia a interferência da dor nas atividades gerais, humor, mobilidade, trabalho, relações pessoais, sono e prazer de viver (Azevedo et al., 2007).

Por sua vez, o Questionário SF-6D é uma marca registada do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e a tradução para Portugal foi da responsabilidade de P. Ferreira e Ferreira (2006), a partir de Brazier et al. (1998), tendo sido determinado um sistema de valores específico para Portugal em 2009 (P. Ferreira, Ferreira & Nobre, 2009). Foi solicitado aos autores, autorização para a utilização deste instrumento que foi concedida. A qualidade de vida relacionada com a saúde, SF-6D v2 mede a perceção do estado de saúde e da QdV através de seis dimensões: 1) função física; 2) limitação no desempenho; 3) função social; 4) dor física; 5) saúde mental; e 6) vitalidade. Estes domínios ou dimensões têm entre 4 a 6 níveis, em que o valor 1 representa o valor mínimo e os valores

4, 5 ou 6, dependendo da variável, representam os valores máximos. As dimensões função física e dor física apresentam 6 níveis cada e a função social, a saúde mental e a vitalidade apresentam 5 níveis e a limitação no desempenho apresenta 4 níveis. A escala apresenta um valor contínuo entre 0,30 a 1,00, na qual 1,00 significa “saúde plena”. Os valores foram adaptados às especificidades e cultura da população portuguesa (L. Ferreira & Ferreira, 2011), o valor de utilidade para cada dimensão do SF-6D é obtido adicionando a própria dimensão a 1 (saúde perfeita) (Marra, Esdaile & Guh, 2004, citado por P. Ferreira & Ferreira, 2006). O algoritmo final permite gerar um índice em que a unidade corresponde à saúde perfeita e o zero a estados de saúde equivalentes à morte (P. Ferreira & Ferreira, 2006).

Procedimentos na recolha de dados e considerações éticas

O instrumento de recolha de dados foi aplicado antes e após a implementação do projeto de intervenção “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”. Para aferição do instrumento realizou-se o pré-teste em doentes que não participaram no estudo, permitindo constatar que não existiam problemas de compreensão das questões e, como tal, não colocavam em causa a aplicação do instrumento de recolha de dados.

A consecução do projeto de intervenção exigiu procedimentos éticos e legais, nomeadamente: i) pedido de autorização à Comissão de Ética da ARS Norte para a sua realização (*Apêndice C*); ii) Pedido de autorização aos autores das escalas que integram o instrumento de recolha de dados (*Apêndice D*); e iii) Parecer da Comissão de Ética para a Investigação Clínica (*Apêndice E*), conforme foi solicitado pela Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte.

Atendemos ao cumprimento dos princípios éticos durante a recolha de dados assegurando a participação voluntária e o consentimento informado, livre e esclarecido (*Apêndice F*) e tivemos o cuidado de proporcionar condições idênticas para todos os participantes envolvidos na intervenção. Cumprimos os requisitos exigidos para aplicação da recolha de dados e asseguramos o anonimato e a confidencialidade dos dados individuais (*Apêndice G*).

Uma vez que o projeto de intervenção, previa o recurso com a terapêutica não farmacológica de acupuntura, e dado não ser uma terapêutica usual nos CSP, a Comissão de Ética da ARS Norte construiu uma “Declaração de exclusão de responsabilidades” para dar conhecimento a todos os participantes (*Apêndice H*). Neste sentido, os participantes tomaram conhecimento deste documento e do seu conteúdo e procederam à sua assinatura. Os doentes participaram voluntariamente, em três sessões (uma sessão por semana) numa intervenção individual com

recurso à terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura, realizada pela mestranda que tem formação específica para o efeito, acreditada e certificada pelo Instituto Português de Naturologia (*Apêndice I*).

A terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura rege-se pelos padrões da medicina tradicional chinesa e a estimulação consiste na aplicação de agulhas de acupuntura em pontos de acupuntura selecionados e com indicação para tratar a dor crónica na síndrome vertebral com irradiação. Os doentes foram informados dos possíveis efeitos colaterais (micro hemorragia cutânea em zona anatómica de maior vascularização) desta técnica que, normalmente, não tem contraindicações relevantes associadas e do recurso à moxabustão, técnica de acupuntura caracterizada pela combustão da erva *Artemisia sinensis* e *Artemisia vulgaris* (moxa) que pode ser efetuada através da fixação da moxa ao cabo da agulha para aquecimento profundo, servindo de transmissor do estímulo térmico no ponto de acupuntura (técnica da agulha aquecida).

O instrumento de recolha de dados foi entregue a cada participante, no período estipulado para o efeito e assegurado que os dados recolhidos seriam usados apenas no âmbito desta investigação.

Tratamento dos dados

Para edição e tratamento estatístico foi utilizado o programa informático de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®, versão 22). Foi utilizada a estatística descritiva, nomeadamente frequências absolutas (n) e relativas (%), médias e desvio padrão, e estatística inferencial, tendo em conta que para os testes estatísticos se verificou os pressupostos de normalidade das variáveis, pelo que foi utilizado teste paramétrico (testes *t* de *Student*) e o nível de significância de 5%.

4.1.3. Planeamento das atividades

Faz ainda parte da preparação operacional do projeto de intervenção de enfermagem comunitária “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”, o planeamento das sessões de acupuntura e eletroacupuntura que o integram. Enquadra-se numa perspetiva participativa dos diferentes intervenientes e as atividades, definidas em função dos objetivos operacionais estabelecidos, foram explicitadas de acordo com os parâmetros: descrição da atividade, quem

a desenvolve, quando, onde e como, de forma a permitir a sua especificação, conforme consta na Tabela 1.

Tabela 1.

Especificação geral das atividades

Atividade	Sessões da intervenção para aplicação da terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura, aos doentes e diagnóstico clínico de síndrome vertebral com irradiação e com dor crónica, inscritos no ficheiro de um médico de MGF da USF 7 fontes (1 sessão/semana,
Quem	Enfermeira estudante do MEC e enfermeira supervisora do estágio
Quando	Durante o período de 19 de setembro de 2016 a 3 de fevereiro de 2017
Onde	Sala da USF 7 fontes
Como	Cada sessão de terapêutica de acupuntura e eletroacupuntura com a duração de 45 minutos.

Relativamente às sessões de terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura, procedeu-se ao desenvolvimento de um plano de ação mais detalhado, para cada sessão (Tabelas 2, 3 e 4), explicitando as etapas, duração, conteúdos, estratégias e a avaliação.

Assim, na Tabela 2 consta o planeamento da primeira sessão de terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura, que tem como objetivo integrar os doentes no projeto, disponibilizar toda a informação sobre esta terapêutica, esclarecer dúvidas, assinar o consentimento e proceder ao preenchimento do questionário que integra a avaliação inicial prévia à implementação das sessões terapêuticas.

Tabela 2.

Planificação da 1ª sessão de terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura

Etapas	Duração (minutos)	Conteúdos	Estratégias		Avaliação
			Métodos	Recursos	
Introdução	10	Apresentação: - Equipa de trabalho - Projeto de Intervenção “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”; Informação geral: - Terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura, - Princípios éticos - Aplicação do questionário	Interativo Interrogativo	Diálogo informal	
Desenvolvimento	25	Aplicação de agulhas de acupuntura nos pontos de acupuntura para controlo da dor	Ativo Interventivo	Equipamento de acupuntura e eletroacupuntura	
Conclusão	10	Avaliação da sessão	Interativo Interrogativo	Diálogo informal	Interativa

Na Tabela 3 consta o planeamento da segunda sessão de terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura, reforçando a informação acerca do desenvolvimento do projeto.

Tabela 3.

Planificação da 2ª sessão de terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura

Etapas	Duração (minutos)	Conteúdos	Estratégias		Avaliação
			Métodos	Recursos	
Introdução	10	Acolhimento e agradecimento; Reforço da informação acerca do projeto de intervenção “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”	Interativo Interrogativo	Diálogo informal	
Desenvolvimento	25	Aplicação de agulhas de acupuntura nos pontos de acupuntura para controlo da dor	Ativo Interventivo	Equipamento de acupuntura e eletroacupuntura	
Conclusão	10	Avaliação da sessão	Interativo Interrogativo	Diálogo informal	Interativa

Na Tabela 4 consta o planeamento das atividades que integram a terceira sessão de terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura, que dando continuidade às sessões anteriores contemplou também a aplicação do questionário de avaliação após a intervenção.

Tabela 4.

Planificação da 3ª sessão de terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura

Etapas	Duração (minutos)	Conteúdos	Estratégias		Avaliação
			Métodos	Recursos	
Introdução	10	Acolhimento e agradecimento; Reforço da informação acerca do projeto de intervenção “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”	Interativo Interrogativo	Diálogo informal	
Desenvolvimento	25	Aplicação de agulhas de acupuntura nos pontos de acupuntura para controlo da dor	Ativo Interventivo	Equipamento de acupuntura e eletroacupuntura	
Conclusão	10	Avaliação da sessão Aplicação do questionário após a intervenção	Interativo Interrogativo	Diálogo informal	Interativa

De uma forma sumária, a planificação das sessões permitiu a sistematização e uma maior possibilidade de controlo e consecução dos objetivos definidos, bem como uma melhor adequação à disponibilidade dos doentes.

5. Operacionalização do Projeto de Intervenção

A execução do projeto “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”, respeitou o planeamento das sessões de terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura. A execução da primeira sessão iniciou-se pelo acolhimento e pelo agradecimento aos doentes pela sua participação. Procedemos à apresentação dos intervenientes (a enfermeira estudante do MEC e a EEECSF da UCC Braga Saudável) e do projeto de intervenção “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”, facultando a informação pertinente e necessária sobre os objetivos do projeto e da terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura. Prestados os esclarecimentos necessários e assinado o consentimento informado, foi fornecido ao doente o instrumento de recolha de dados, solicitando o seu preenchimento. Enquanto o doente preenchia o questionário, fazíamos a preparação do material necessário e seguidamente a execução da puntura com agulhas de acupuntura, a sua consequente eletroestimulação, através do respetivo equipamento, durante cerca de 20 minutos.

A segunda sessão começava com o acolhimento e a avaliação informal sobre a forma como tinha decorrido a semana no que respeita à presença de dor crónica. Fazíamos o agradecimento aos doentes pela continuação da participação nas sessões e era reforçada a informação acerca do projeto de intervenção “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”, prosseguindo-se com a aplicação da terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura, concluindo a sessão com uma avaliação informal sobre a forma como a mesma decorreu.

Na terceira sessão foi igualmente efetuado o acolhimento, o agradecimento pela participação e a aplicação da terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura. Procedeu-se à aplicação do questionário de avaliação final que permitiu obter informação para a avaliação do projeto.

Durante as sessões mantivemos um diálogo cordial e informal com os doentes de modo a criar um ambiente que permitisse ao doente colocar qualquer questão, como também obter o *feedback* no sentido de perceber quais as expectativas e desconstruir resultados não realistas, valorizando informação que permitisse ajustamentos com a terapêutica, quando necessário.

Da avaliação global constatou-se, durante as sessões, a criação de um ambiente de confiança e uma relação de proximidade que se foi consolidando no decorrer das mesmas, tornando-se

uma experiência que se revestiu de grande cumplicidade, entusiasmo e envolvimento dos intervenientes.

Concretizada a execução do projeto, pretende-se seguidamente apresentar os resultados obtidos decorrentes da avaliação realizada em dois momentos, ou seja, antes e após a implementação do projeto intervenção “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”.

5.1. Apresentação e discussão dos resultados

A apresentação dos resultados tem como orientação a sequência das questões que integram o instrumento de recolha de dados, sob a forma de tabelas e gráficos para permitir uma melhor sistematização dos resultados obtidos durante a implementação projeto de intervenção “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”.

Caracterização sociodemográfica da amostra

Relativamente à caracterização sociodemográfica da amostra, na Tabela 5 consta a caracterização dos doentes com diagnóstico de síndrome vertebral com irradiação e dor crónica. Participaram 43 doentes, 29 (67,4%) do género feminino e 14 (32,6%) do género masculino. A média de idades situou-se em 51,9 anos (DP de 10,5 anos), sendo a idade mínima de 26 anos e a idade máxima de 77 anos, e o grupo etário entre os 45-64 anos que apresentava maior percentagem (65,1%). A maioria era casada/união de facto (65,1%) e 6,9% solteiro(a) e com a mesma percentagem, viúvo(a). Quanto às habilitações literárias, 34% dos doentes detinha o 3º ciclo e o secundário e 20,9% detinha o ensino superior, sendo que 41,8% possuía o 1º ciclo e o 2º ciclo. Relativamente à atividade laboral, 53,5% trabalhava a tempo inteiro, 14% era reformado/pensionista e 9,3% desempregados.

Tabela 5.

Caracterização sociodemográfica dos participantes

Variáveis	n	%
Idade		
Média = 51,91anos	Min = 26 anos	
DP = 10,54 anos	Max = 77 anos	
Gênero		
Feminino	29	67,4
Masculino	14	32,6
Estado civil		
Solteiro	3	7
Casado/União de fato	28	65,1
Separado/Divorciado	9	20,9
Viúvo	3	7,0
Escolaridade		
1º Ciclo incompleto	1	2,3
1º Ciclo	10	23,3
2º Ciclo	8	18,6
3º Ciclo	3	7,0
Secundário	12	27,9
Ensino Superior	9	20,9
Atividade laboral		
Trabalha a tempo inteiro	23	53,5
Trabalha a tempo parcial	1	2,3
Desempregado	4	9,3
Doméstica	2	4,7
Reformado/Pensionista	6	14,0
Outro (baixas)	7	16,3

Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde

No que respeita à avaliação da QVRS, foi utilizado o questionário SF-6D (P. Ferreira & Ferreira, 2006), instrumento que mede a QVRS, baseado em preferências e que resultou de 11 itens do SF-36 convertidos num sistema de classificação com seis dimensões: i) função física; ii) limitação no desempenho; iii) função social; iv) dor física; v) saúde mental; e vi) vitalidade. Seguidamente apresentam-se os resultados relativamente ao momento 1 e ao momento 2, antes e após a intervenção com a terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura (Tabela 6).

Os resultados mostram que, em relação aos 43 doentes, as médias das seis dimensões do SF-6D apresentam valores mais elevados no momento 1 de avaliação relativamente ao momento 2, constatando-se um decréscimo acentuado nas médias, significando uma melhoria na QdV.

Assim, no momento 1, e de modo mais particular, a dimensão dor física é a que apresenta média mais elevada (M=4,72), correspondendo a pior saúde, seguida da função física (M=3,79), vitalidade (M=3,30), função social (M=3,21), limitação no desempenho (M=2,67) e saúde mental (M=2,63). No momento 2, após a intervenção com a terapêutica não

farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura, verificam-se estados muito próximos de saúde perfeita (médias com valores entre 1 e 2) com os seguintes resultados: função social (M=1,37); saúde mental (M=1,65); limitação no desempenho (M=1,74); dor física (M=1,79); função física (M=1,91); e vitalidade (M=1,98).

Tabela 6.

Resultados das dimensões do SF-6D nos momentos de avaliação 1 e 2

Dimensão	Avaliação 1		Avaliação 2		Variação (A2-A1)		T	P
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão		
Função física	3,79	1,37	1,91	1,15	1,88	1,55	7,99	0,00
Limitação no desempenho	2,67	1,02	1,74	0,85	0,93	1,16	5,25	0,00
Função social	3,21	1,28	1,37	0,90	1,84	1,27	9,48	0,00
Dor física	4,72	1,10	1,79	1,17	2,93	1,53	12,53	0,00
Saúde mental	2,63	1,35	1,65	0,84	0,98	1,28	5,00	0,00
Vitalidade	3,30	1,23	1,98	0,96	1,33	1,32	6,57	0,00

Quando comparadas as diferentes dimensões do SF-6D nos dois momentos, constatamos diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões com maior relevância para a dor física, cuja média passou de 4,72 para 1,79. A intervenção com a terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura melhorou significativamente a percepção da QVRS dos doentes que participaram no projeto.

Avaliação da dor

O Inventário Resumido da Dor (*Brief Pain Inventory* - BPI) permite avaliar a dor relativamente a: i) existência de dor; ii) localização da dor; iii) severidade; iv) as estratégias terapêuticas aplicadas; v) interferência funcional e vi) eficácia do tratamento da dor.

No que concerne à presença de dor, a escala contém um item dicotômico para verificação da existência de dor. Uma análise geral permite-nos afirmar que, relativamente à presença de dor e como se pode observar pelos resultados apresentados na Tabela 7, no momento 1, os 43 (100%) doentes referiram presença de dor, sendo que, no momento 2, os resultados permitem-nos inferir que ocorreu uma redução acentuada no número de doentes (23; 53,5%) que referiram a presença de dor, com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

Tabela 7.

Presença de dor no momento 1 e momento 2 da intervenção

1º Momento			2º Momento		
n (%)			n (%)		
Dor	Sim	43(100,0)	Dor	Sim	23(53,5)
				Não	20(46,5)
				Total	43(100,0)

No que concerne à localização da dor, existe um item com indicação das áreas de dor num diagrama representativo do corpo humano. Assim, quanto à localização da dor, no momento 1 é possível verificar que 17 (39,5%) doentes referiram que a área do corpo lombar + perna, foi a área onde a presença de dor foi mais frequente, enquanto no momento 2, esta área do corpo passou apenas a ser referida por 2 (4,7%) doentes (Tabela 8).

Tabela 8.

Localização da área corporal com referência à dor

1º Momento			2º Momento		
n(%)			n(%)		
Área da dor	Lombar	5(11,6)	Área da dor	Sem dor	19(44,2)
	Lombar + outra	6(14,0)		Lombar	13(30,2)
	Lombar + perna	17(39,5)		Lombar + outra	1(2,3)
	Lombar + perna + outras	11(25,6)		Lombar + pé	1(2,3)
	Perna	3(7,0)		Lombar + perna	2(4,7)
	Pernas	1(2,3)		Lombar + perna + outras	3(7,0)
	Total	43(100,0)		Outras dores	3(7,0)
				Pernas	1(2,3)
				Total	43(100,0)

Salienta-se que, dos 43 doentes que referiram dor, ainda mantêm dor na área lombar 20 (46,5%), no entanto, só 5 (11,7%) doentes apresentaram dor com irradiação para a perna (dor ciática) e 1 (2,3%) doente mantém dor na área das pernas. Numa análise mais pormenorizada verificamos que 28 (65,12%) doentes que fizeram referência, no momento 1, a dor lombar mais perna mais outras, passou a ser referida apenas por 5 doentes, no momento 2.

No que concerne aos resultados da escala de severidade da dor, constituída por quatro itens (máximo, mínimo, em média na última semana e neste momento, com escalas numéricas de classificação de 0 a 10), constam nas figuras seguintes.

Ao solicitar aos doentes que assinalassem o valor máximo de dor durante a última semana, foi também solicitado aos doentes que assinalassem o número que melhor a descreve. Como se pode verificar na Figura 1 (momento 1) e Figura 2 (momento 2), decresce o número de doentes que atribui classificação máxima de dor no momento. A severidade da dor diminuiu

do momento 1 (34,9% dos doentes classificou a severidade máxima da dor em 8), para o momento 2 (44,2% dos doentes classificou a severidade máxima da dor em zero).

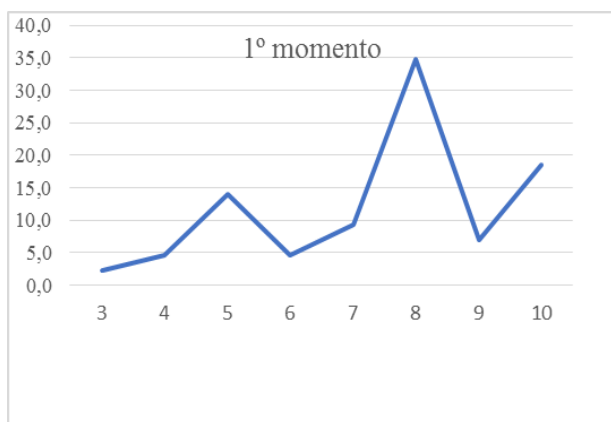


Figura 1. Classificação do máximo de dor durante a última semana (1º momento)

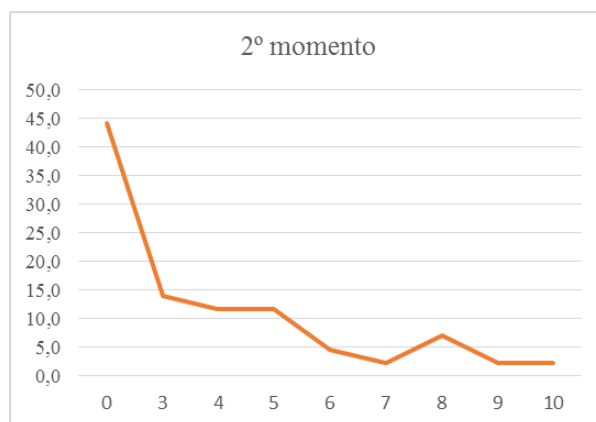


Figura 2. Classificação do máximo de dor durante a última semana (2º momento)

No que concerne à classificação do valor mínimo da severidade da dor (de zero a 10) na última semana, observa-se que o valor mínimo decresce substantivamente, sendo que, no momento 2, a maioria dos doentes refere zero para classificação mínima para a severidade da dor (Figuras 3 e 4).

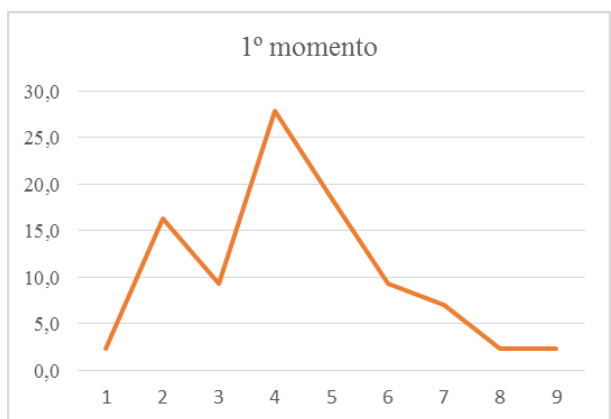


Figura 3. Classificação do mínimo de dor durante a última semana (1º momento)



Figura 4. Classificação do mínimo de dor durante a última semana (2º momento)

No que concerne à classificação da dor em média durante a última semana, foi também solicitado aos doentes que assinalassem o número que melhor a descreve. Como se pode constatar pelas Figuras 5 e 6, a severidade da dor diminuiu do momento 1 (27,9% dos doentes classificou a severidade média da dor em 5), para o momento 2 (44,2% dos doentes classificou a severidade média da dor em zero), sendo que no momento 2 nenhum doente classifica a dor em média, na escala da severidade da dor, com valores superiores a sete.

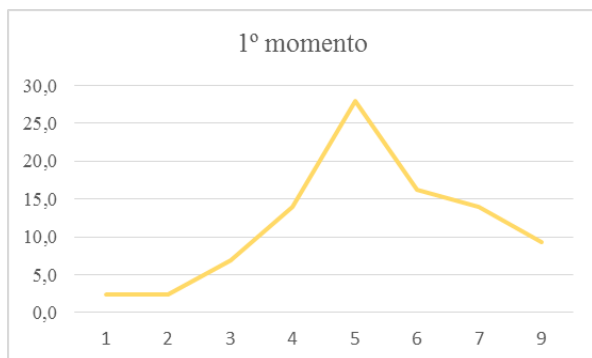


Figura 5. Classificação da dor em média durante a última semana

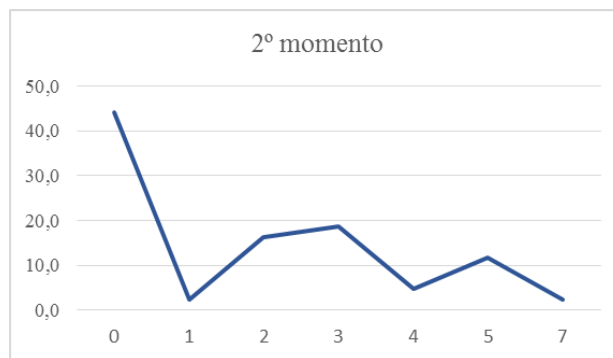


Figura 6. Classificação da dor em média durante a última semana

No que concerne à severidade da dor no momento, podemos constatar pelas Figuras 7 e 8, que a severidade da dor diminuiu do momento 1 (30,2% dos doentes classificou a severidade no momento em 5), para o momento 2 (76,7 % dos doentes classificou a severidade no momento em zero). De sublinhar que apenas 2,3% dos doentes classificou a dor no momento no valor 4 e nenhum doente referiu intensidade superior a este valor.



Figura 7. Classificação da dor no momento

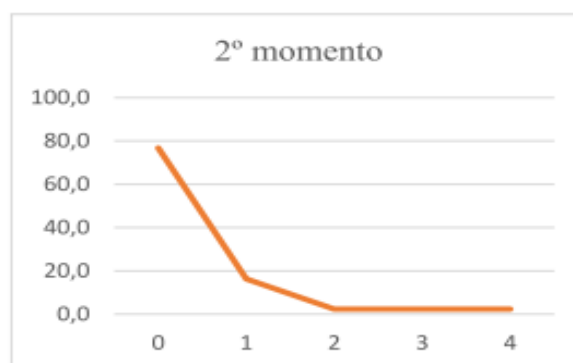


Figura 8. Classificação da dor no momento

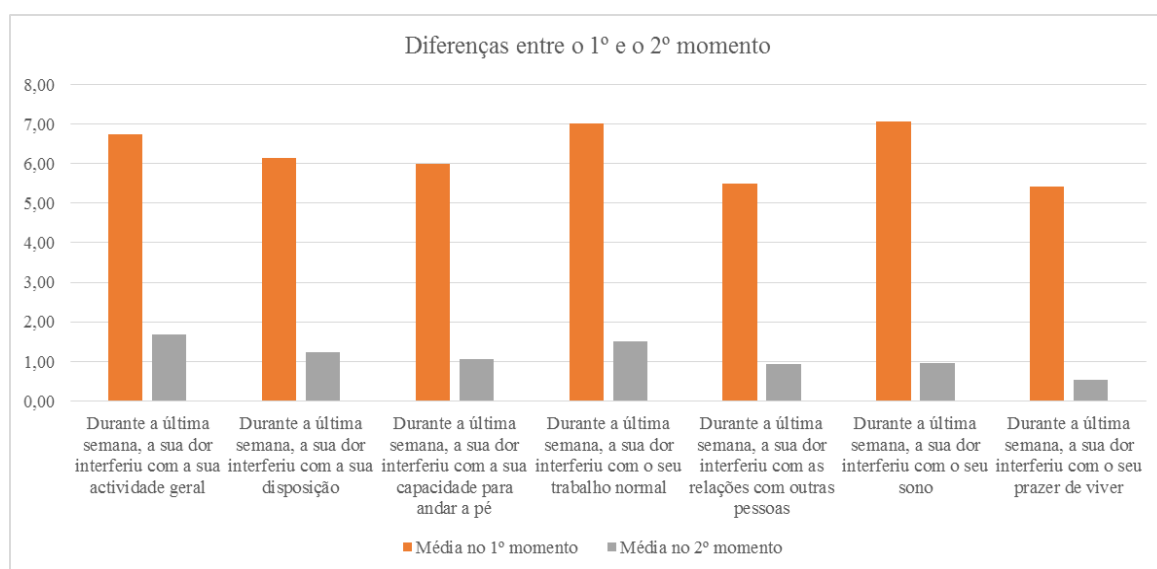
Numa análise mais pormenorizada (Tabela 9), verificamos que os doentes submetidos a intervenção com terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura, no momento 2 apresentam médias mais baixas nos domínios “severidade da dor” ($M=6,14$) e “interferência dor no funcionamento diário” ($M=7,91$), relativamente ao momento 1, antes da intervenção, cujos valores eram de $M=22,40$ e $M=43,91$. Observou-se diferenças estaticamente significativas, do momento 1 para o momento 2 de avaliação, quer no domínio severidade da dor ($t=13,23$; $p<0,01$), quer no domínio interferência da dor no funcionamento diário ($t=15,24$; $p<0,01$). Assim, a intervenção com a terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura parece diminuir a severidade da dor e a interferência da dor no funcionamento diário, contribuindo para uma melhoria da QdV dos doentes.

Tabela 9.

Resultados do Inventário Resumido da Dor – BPI(pt)

Item	A1		A2		Variação (A2-A1)			
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	T	P
BPI-3 – intensidade da sua dor no seu máximo	7,51	1,88	2,91	3,05	4,60	3,00	10,07	0,00
BPI-4 – intensidade da sua dor no seu mínimo	4,32	1,75	1,02	1,46	3,29	1,91	11,29	0,00
BPI-5 – intensidade da sua dor em média	5,40	1,77	1,84	1,96	3,56	2,51	9,29	0,00
BPI-6 – intensidade da sua dor neste preciso momento	5,18	2,31	0,37	0,85	4,80	2,34	13,48	0,00
BPI-9a – interferência – atividade geral	6,74	2,36	1,67	2,39	5,07	2,47	13,44	0,00
BPI-9b – interferência – disposição	6,15	2,83	1,23	2,33	4,91	3,02	10,69	0,00
BPI-9c – interferência – capacidade para andar a pé	6,00	3,09	1,07	2,24	4,93	3,10	10,44	0,00
BPI-9d – interferência – trabalho normal	7,03	2,27	1,51	2,41	5,51	2,78	13,00	0,00
BPI-9e – interferência – relações com outras pessoas	5,49	3,03	0,93	2,00	4,56	3,07	9,74	0,00
BPI-9f – interferência – sono	7,07	2,28	0,95	1,66	6,12	2,31	17,36	0,00
BPI-9g – interferência – prazer de viver	5,43	3,18	0,53	1,92	4,89	3,37	9,52	0,00
Subescalas	Score médio		Score médio		Score médio			
Severidade da dor (4 itens)	22,40	6,71	6,14	6,73	16,27	8,06	13,23	0,00
Interferência da dor (7 itens)	43,91	14,75	7,91	13,43	36,00	15,49	15,24	0,00

Quanto à interferência funcional da dor, avaliada por uma escala constituída por sete itens: atividade geral, humor, mobilidade, trabalho, relações pessoais, sono e prazer de viver, cuja classificação varia de zero a 10, os resultados constam da Figura 9. Como se pode observar, as médias no momento 2 decresceram substancialmente, em todos os itens que integram a avaliação da interferência funcional, nomeadamente nas relações com as outras pessoas, com o sono e com o prazer de viver, com repercussões no bem-estar, nos contactos e relações sociais e na QdV.

**Figura 9.** Média das dimensões da escala funcional da dor

Considerando que a avaliação da interferência funcional da dor é subjetiva e também o resultado de um constructo social, analisamos as diferenças em função do género, cujos resultados se podem observar na Tabela 10. Dos resultados constata-se diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$), sendo que o género masculino apresenta para todos os itens valores de avaliação inferiores e que se acentuam no momento 2 de avaliação da interferência funcional da dor.

Tabela 10.
Interferência funcional da dor quanto ao género

	Género	Nº	Médias	
			1º Momento	2º Momento
1.9A- Durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua atividade geral	Masculino	14	6,50	1,21
	Feminino	29	6,86	1,90
1.9B- Durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua disposição	Masculino	12	5,00	0,86
	Feminino	28	6,64	1,41
1.9C- Durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua capacidade para andar a pé	Masculino	14	5,64	1,00
	Feminino	29	6,17	1,10
1.9D- Durante a última semana, a sua dor interferiu com o seu trabalho normal	Masculino	11	6,64	1,14
	Feminino	29	7,17	1,69
1.9E- Durante a última semana, a sua dor interferiu com as relações com outras pessoas	Masculino	13	4,69	0,71
	Feminino	28	5,86	1,03
1.9F- Durante a última semana, a sua dor interferiu com o seu sono	Masculino	14	6,64	0,86
	Feminino	28	7,29	1,00
1.9G- Durante a última semana, a sua dor interferiu com o seu prazer de viver	Masculino	13	4,00	0,50
	Feminino	29	6,07	0,55

Quanto às estratégias terapêuticas, existe um item para o seu registo e um item para quantificar em termos percentuais a eficácia dos tratamentos aplicados. Na Tabela 11, encontram-se os tipos de tratamentos ou medicamentos que os doentes referiram tomar para controlo e alívio da dor.

Dos resultados apresentados, observa-se que, no momento 1 de avaliação, mais de metade da amostra (28; 65,1%) refere tomar medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios, enquanto no momento 2, apenas 7 (16,3%) doentes referem tomar medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios. Ou seja, no momento 2, após a intervenção da terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura, verifica-se que a maioria (35; 81,4%) de doentes refere não tomar analgésicos e anti-inflamatórios e 1 (2,3%) doente refere exercícios de Pilates. Deste modo, constata-se que esta terapêutica contribuiu para a redução do consumo de anti-inflamatórios e analgésicos e, consequentemente, para uma diminuição nos custos diretos relacionados com a aquisição destes medicamentos e, não menos relevante, a ocorrência de efeitos adversos comum destas prescrições.

Tabela 11.

Caracterização da amostra relativamente aos tratamentos ou medicamentos realizados para a dor (n-%)

1º Momento	n (%)	2º Momento	n (%)
Anti-inflamatório	6(14,0)	Acup. + Eletroacup.	35(81,4)
Analgésicos	11(25,6)	Acup. + Eletroacup. + Gabapentina	2(4,7)
Analgésicos + Anti-inflamatório	7(16,3)	Acup. + Eletroacup. + Pilates	1(2,3)
Analgésicos + Infiltrações	1(2,3)	Acup. + Eletroacup.+ Analgésicos	5(11,6)
Emplastros	1(2,3)	Total	43(100,0)
Gabapentina	1(2,3)		
Osteopatia + Analgésicos	1(2,3)		
Total de doentes	28(65,1)		

Legenda: Acup. – Acupuntura; Eletroacup. - Eletroacupuntura

No que respeita à avaliação dos custos diretos em saúde relacionados com medicação, para alívio e controlo da dor e tratamentos de fisioterapia realizados pelos doentes, constatamos que, relativamente à medicação prescrita para alívio e controlo da dor, no momento 1 apurou-se o valor de 449,43 Euros e, no momento 2, passou para 170,17 Euros. Verificamos ainda que, no momento 1, os custos com a realização dos tratamentos de fisioterapia foram de 1200 Euros e no momento 2 de 750 Euros, que se traduz numa redução, do momento 1 para o momento 2, de 450 Euros nos custos diretos na saúde. Estes valores traduzem um ganho em custos diretos na saúde de 6,1%, redução significativa nos custos com a medicação e tratamentos de fisioterapia para alívio e controlo da dor que pode ser atribuída à utilização da terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura no controlo da dor crónica.

No que respeita à eficácia quanto ao alívio da dor na última semana, através da terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura, podemos inferir que, no momento 2 de avaliação, 23 (53,5%) doentes referiram alívio total da dor em 100%, 9 (20,9%) doentes referiram que o alívio da dor se situou em 90%, 4 (9,3%) doentes referiram alívio da dor em 80%, 1 (3,48%) doente referiu alívio da dor em 70%, 2 (4,6%) doente em 60 % e 4 (9,3%) doentes em 50% (Figura 10).

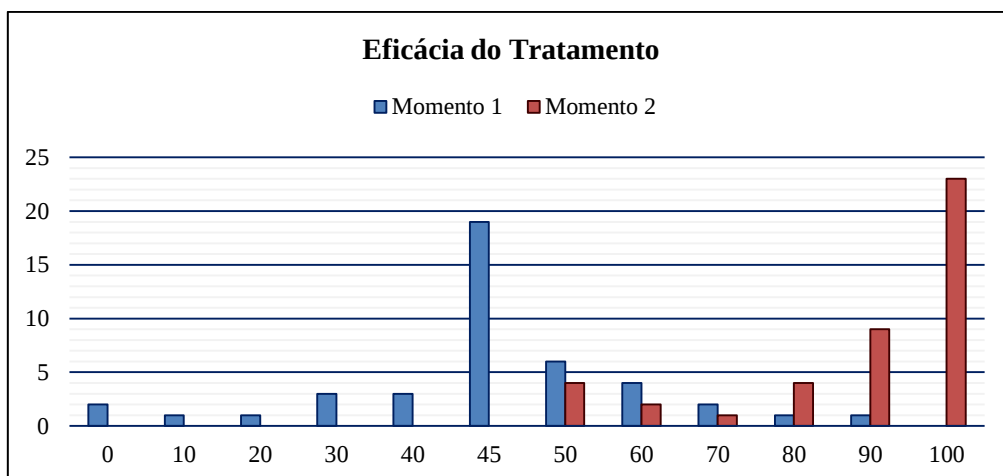


Figura 10. Caracterização da amostra relativamente à percentagem de alívio após tratamentos e medicamentos para a dor, na última semana

Discussão dos resultados

Numa apreciação global sobre os resultados da intervenção terapêutica de acupuntura e eletroacupuntura “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente” e no que respeita à perceção sobre a QdV, entendida como a perspetiva que a pessoa tem sobre o seu bem-estar (Noack, 1991), os resultados evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre o momento 1 e o momento 2 de avaliação, que se traduz no aumento da QVRS, nomeadamente na dimensão dor física (momento 1: $M=4,72$, $DP=1,10$ e momento 2: $M=1,79$; $DP=1,17$), seguida da dimensão função física (momento 1: $M=3,79$, $DP=1,37$ e momento 2: $M=1,91$, $DP=1,15$), com reflexo na melhoria significativa do controlo da dor dos doentes com síndrome vertebral com irradiação, resultante da intervenção com a terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura, influenciando positivamente a QVRS, a severidade da dor, a interferência no funcionamento diário e no consumo de tratamentos e medicamentos para o alívio da dor.

Neste âmbito, Brasil et al. (2008), realizaram um estudo sobre a QdV (questionário SF-36) de portadores de dores crónicas em tratamento com acupuntura numa amostra de 35 doentes com dor (coluna, membros, articulações e cabeça). Quanto à análise dos dados relativos às seis dimensões, verificaram-se níveis mais elevados na dimensão “estado geral da saúde” (67,48), seguido da dimensão “saúde mental” (65,94) e da dimensão “dor física” (47,54), em que todos os doentes afirmaram melhoria da QdV após a terapêutica não farmacológica de acupuntura para o alívio da dor.

O controlo da dor apresenta-se como uma atitude terapêutica fundamental como sublinham Lillefjell, Krokstad e Espnes (2007), no estudo realizado em doentes com diagnóstico de dor músculo-esquelética, ao verificarem altos níveis de intensidade de dor associados a uma capacidade psicológica e fisiológica pobre e altos níveis de ansiedade e depressão. Os autores sugerem intervenções específicas no sentido de melhorar a capacidade física, angústia emocional, a funcionalidade da vida diária e o desenvolvimento de estratégias de *coping*. Também, Castro et al. (2011) estudaram a comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em doentes com dor crónica e o impacto sobre a QdV e concluíram que a dor é experienciada de forma emocional e sensorial como algo desagradável e que tanto a dor crónica como a depressão reduzem de forma significativa a QdV e aumentam os custos dos cuidados com a saúde. A relevância dos sintomas depressivos apresentada neste estudo orienta para a necessidade da sua inclusão em intervenções futuras.

Mais especificamente, quanto aos efeitos da acupuntura num grupo experimental de doentes com dor lombar crónica, no estudo realizado por Duarte (2012), verificou-se melhoria da QdV e redução significativa da dor, também corroborado pelos resultados do projeto de intervenção “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente”.

São muitos que fazem referência à terapêutica não farmacológica de acupuntura para tratamento da dor. Nomeadamente, Monteiro e Ribeiro (2010) publicaram um artigo de revisão de literatura, realizado no âmbito dos CSP, cujo objetivo era analisar a evidência disponível sobre a eficácia da acupuntura no tratamento da dor lombar. Os resultados apontavam que a acupuntura era útil no tratamento da dor lombar e da dor lombar crónica inespecífica, e que a associação com a terapêutica convencional parece ter uma ação sinérgica, tornando-se mais eficaz do que a terapêutica convencional isoladamente.

Nas situações de dor neuropática, os seus efeitos são também referidos, como sublinha Franco, Souza, Pessoa e Pereira (2011), no estudo de Abuaisha, Costanzi e Boulton (1998), efetuado em 44 doentes com diagnóstico de diabetes há cerca de 13 anos e neuropatia diabética dolorosa. Estes doentes, cuja idade média era de 57,2 anos, foram submetidos a seis sessões de acupuntura chinesa em ambas as pernas, durante 10 semanas, e os resultados mostraram que 77% dos participantes referiu melhoria dos sintomas, tendo mesmo 21% referido alívio completo.

Neste seguimento, no estudo de Stival et al. (2014), cujo objetivo era avaliar a eficácia da acupuntura no tratamento da fibromialgia, participaram 36 doentes em regime ambulatorio, 21 foram submetidos a uma sessão de acupuntura tradicional chinesa e 15 doentes a um procedimento de acupuntura placebo (acupuntura *sham*). Foi utilizada a Escala Visual Analógica (EVA) para avaliação da dor, antes e após a sessão de acupuntura, e os resultados mostraram que a diferença na amplitude de variação da EVA entre os grupos foi melhor no grupo experimental e que a acupuntura foi eficaz na redução imediata da dor nos doentes com fibromialgia.

No estudo realizado por Pereira (2016), sobre a acupuntura para tratamento da dor resultante do bruxismo com aplicação de um plano terapêutico que integrava seis sessões de acupuntura (cujas duas primeiras tiveram a duração de 15 minutos e as seguintes a duração de 20 minutos), os resultados apontaram melhoraria significativa do alívio das dores cervicais e dorsais da doente, pelo que não foram necessárias mais consultas nem houve gastos supérfluos com medicamentos e efeitos indesejados, e a nível social e profissional, a doente encontra-se com as capacidades máximas de produtividade. Também os resultados do projeto de intervenção “Puntura D’ORiente...e VIVA mais sorridente” apontam para uma diminuição dos tratamentos de fisioterapia e da medicação para alívio da dor e para uma redução significativa dos custos diretos (medicação e tratamentos), potenciando uma melhor gestão dos recursos económicos das famílias e, como sublinham Smith, Elliott, Hannaford, Chambers e Smith (2004), Boersma e Linton (2005), Carragee, Alamin, Millerm e Carrageem (2005) e Sullivan, Adams, Rhodenizer e Stanish (2006), menor utilização dos serviços de saúde.

6. Avaliação do Projeto de Intervenção Comunitária

A avaliação constitui o final do processo e a última etapa do planeamento em saúde (Tavares, 1990). Segundo Pineault e Daveluy (1987), a avaliação efetua uma revisão de todos os elementos do planeamento, constituindo um olhar retrospectivo para as diferentes etapas do processo. A avaliação deve ser preparada antes de ser realizada, ficando implicitamente incluída em dois momentos: a fixação de objetivos (indicadores de resultado ou impacto) e a preparação operacional (indicadores de execução ou de atividade) do projeto de intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993).

A avaliação implica uma apreciação baseada numa comparação entre o estado inicial e final (Tavares, 1992), e no que respeita ao projeto de intervenção comunitária “Puntura D’Oriente...e VIVA mais sorridente”, procedeu-se à avaliação, comparando os resultados obtidos no momento 1 (antes da 1ª sessão) com o momento 2 (após a última sessão). Assim, a avaliação foi estruturada em dois momentos, avaliando-se numa fase inicial os indicadores de atividade ou execução e, posteriormente, os indicadores de resultado ou impacto, comparando com as metas previamente estabelecidas.

No que respeita à avaliação, os indicadores de processo e de resultado, após a consecução do projeto de intervenção comunitária “Puntura D’Oriente...e VIVA mais sorridente”, constam da Tabela 12.

Tabela 12.

Indicadores de processo e resultado com a intervenção da terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura

Designação do Indicador	Meta	Avaliação
$x = \frac{\text{Nº de doentes que participaram nas 3 sessões de acupuntura e eletroacupuntura}}{\text{Nº total de doentes}} \times 100$	90%	95,3%
$x = \frac{\text{Nº de doentes que apresentaram diminuição da severidade da dor}}{\text{Nº total de doentes}} \times 100$	90%	100%
$x = \frac{\text{Nº de doentes que apresentaram diminuição da interferência da dor no funcionamento diário}}{\text{Nº total de doentes}} \times 100$	90%	100%
$x = \frac{\text{Nº de doentes que referiram melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde}}{\text{Nº total de doentes}} \times 100$	80%	100%
$x = \frac{\text{Diminuição dos custos diretos com a medicação e tratamentos relacionados com a dor}}{\text{Total de custos}} \times 100$	40%	45,0%

No que concerne à etapa de avaliação, podemos concluir que as sessões de acupuntura e eletroacupuntura concorreram para os objetivos estabelecidos na medida em que: i) 95,3% dos doentes esteve presente em todas as sessões de acupuntura e eletroacupuntura; ii) 100% dos doentes referiu diminuição da severidade da dor; iii) 100% dos doentes referiu diminuição da interferência da dor no funcionamento diário; iv) 100% dos doentes referiu melhoria da QVRS; e v) ocorreu diminuição em 45% dos custos com a medicação e tratamentos relacionados com o alívio e controlo da dor.

A consecução deste projeto permite concluir que a terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura demonstrou efeitos positivos relevantes, como se pode constatar pelos resultados. Desta forma, os objetivos estabelecidos foram superados, revestindo-se o projeto de enorme sucesso, sendo mesmo já partilhado entre os doentes como forma de minimizar o impacto da dor crónica na QdV e potenciar um melhor funcionamento nas atividades quotidianas e, portanto, uma maior capacidade de realização e autonomia pessoal. A avaliação foi extremamente positiva para os participantes com depoimentos de satisfação com o desenvolvimento do projeto e verbalização do interesse em continuar com a terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura, sublinhando as suas vantagens para a possibilidade de terem uma melhor QdV e controlo da dor crónica, apesar das fragilidades que decorrem do estabelecimento de um diagnóstico de síndrome vertebral com irradiação.

Do ponto de vista dos enfermeiros, confirmamos que a terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura tem interesse e precisa ser valorizada e tida em consideração. Assim, evidencia-se a necessidade de uma apropriação cuidada das etapas do planeamento em saúde por parte dos EEECSF nos processos de intervenção comunitária dirigida a grupos específicos.

Um estudo com estas características, sendo um trabalho com rigor, apresenta um conjunto de limitações que deverão ser obrigatoriamente consideradas na avaliação, exigindo, por isso, algum cuidado na sua interpretação dado o tamanho da amostra, condicionado pela limitação temporal, e o facto de o estudo não enquadrar um grupo de controlo.

Consideramos que, no futuro, seria importante o desenvolvimento de um estudo longitudinal numa amostra mais alargada, com inclusão de doentes com outras patologias que pudesse vir a confirmar a importância desta terapêutica para o controlo da dor crónica. Neste sentido, é importante o desenvolvimento de um maior número de estudos que sedimentem na comunidade científica a eficácia desta terapêutica, nomeadamente quanto ao tipo de acupuntura, tempo e frequência do tratamento.

CONCLUSÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório desenvolvemos um conjunto amplo de atividades na UCC Braga saudável e na USP de Braga que permitiu, de forma progressiva, desenvolver e aprofundar as competências específicas do EEECS.

No âmbito da metodologia do planeamento em saúde, concretizou-se o projeto de intervenção comunitária “Puntura D’Oriente...e VIVA mais sorridente” desde a fixação dos objetivos e metas, estratégias de intervenção, preparação operacional do projeto de intervenção, análise dos resultados até à sua avaliação. Tratando-se de uma metodologia exigente do ponto de vista do seu rigor, foi necessário da nossa parte um esforço constante de pesquisa exaustiva e uma atitude proativa e reflexiva na condução e desenvolvimento das diferentes atividades. Constatou-se a sua importância como instrumento de gestão e de mudança no sentido de intervir nos problemas identificados como prioritários, por forma a melhorar a saúde da população e a contribuir para uma melhor rentabilização dos recursos disponíveis.

Quanto à consecução do projeto de intervenção comunitária “Puntura D’Oriente...e VIVA mais sorridente”, numa amostra constituída por 43 doentes, 14 do género masculino e 29 do género feminino, que participaram na intervenção terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura, concluiu-se que houve melhoria da QdV relacionada com a saúde, diminuição da severidade da dor, da interferência da dor no funcionamento diário e diminuição dos custos diretos com medicação e tratamentos relacionados com o alívio e controlo da dor, podendo minimizar os efeitos adversos dos fármacos. Está sublinhada a importância desta terapêutica não farmacológica, constatando-se, também, no decorrer das sessões, a adesão e compromisso dos participantes com o desenvolvimento do projeto comunicando o seu interesse em continuar, não só pelo reflexo na QdV e pelo reconhecimento das suas potencialidades na gestão da dor crónica, mas também porque constituiu um momento em que tiveram oportunidade de partilhar as evidências clínicas desta terapêutica não farmacológica.

No decorrer da elaboração deste relatório de estágio, julgamos ter atingido os objetivos propostos e as competências estabelecidas para o EEECS, reconhecendo que o seu perfil de competências exige postura permanente de reflexão crítica, de pesquisa, de aprofundamento

de conhecimentos que sustentam uma prática profissional inovadora e de reconhecida qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abuaisha, B. B., Costanzi, J. B. & Boulton, A. J. (1998). Acupuncture for the treatment of chronic painful peripheral diabetic neuropathy: a long-term study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 39(2), 115-121. doi:10.1016/S0168-8227(97)00123-X}
- Araújo-Soares, V., McIntyre, T., & Figueiredo, M. (2002). Depressão e dor crônica, implicações para a intervenção. *Psicologia, Teoria, Investigação e Prática*, 7(2), 375-398.
- Azevedo, L. F., Pereira, A. C., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., ... Castro-Lopes, J. M. (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crônica. *Dor*, 15(4), 6-56. Disponível em http://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2007/n4.pdf
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behavior*, 31(2), 143-164. doi: 10.1177/1090198104263660
- Boersma, K., & Linton, S. J. (2005). Screening to identify patients at risk, profiles of psychological risk factors for early intervention. *Clinical Journal of Pain*, 21(1), 38-43. doi: 10.1097/00002508-200501000-00005
- Brasil, V. V., Zatta, L. T., Cordeiro, J. A. B. L., Silva, A. M. T. C., Zatta, D. T., & Barbosa, M. A. (2008). Qualidade de vida de portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(2), 383-394. Disponível em <Http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a10.htm>
- Carragee E. J., Alamin, T. F., Miller J. L., & Carragee, J. M. (2005). Discographic, MRI and psychosocial determinants of low back pain disability and remission, a prospective study in subjects with benign persistent back pain. *Spine*, 5(1), 24-35. doi: 10.1016/j.spinee.2004.05.250
- Castro, M. M. C., Quarantini, L. C., Daltro, C., Pires-Caldas, M., Koenen, K. C., Kraychete, D. C., & Oliveira, I. R. (2011). Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(4), 126-129. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v38n4/a02v38n4.pdf>
- Cecin, H. A. (1997). Proposição de uma reserva anatomo funcional, no canal raquidiano, como fator interferente na fisiopatologia das lombalgias e lombociatalgias mecânico degenerativas. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 43(4), 295-310. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v43n4/2018.pdf>
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 06 de junho. Rede nacional de cuidados continuados integrados. Diário da República, 109. Série I-A.

Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 38. Série I.

Decreto-Lei n.º 81/2009, de 02 de abril. Reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde. Diário da República, 65. Série I. de 2009-04-02.

Despacho n.º 10143/2009, de 22 de outubro. Aprovação do regulamento da organização e funcionamento da unidade de cuidados na comunidade. Diário da República, 203. Série II.

Direção-Geral da Saúde. (2005). *Dor. Cuidados paliativos*. Lisboa: Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2008). *Circular normativa nº 11/DSCS/DPCD: Programa nacional de controlo da dor*. Lisboa: Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Registo sistemático da intensidade da dor. Dor como 5º sinal vital*. Lisboa: Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano nacional de luta contra a dor*. Lisboa: Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Orientação nº 001/2014: Abordagem terapêutica da dor neuropática no adulto e no idoso*. Lisboa. Autor. Disponível em www.dgs.pt/?cr=25790

Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Plano nacional de saúde*. Lisboa: Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Plano nacional de saúde. Plano nacional de saúde revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Autor. Disponível em <http://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>

Direção-Geral da Saúde. (2016a). *Programa nacional de vacinação*. Serviço Nacional de Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2016b). *Doenças de declaração obrigatória 2012-2015* (Vol. 1). Lisboa: Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2016c). *Circular normativa nº 09/DGCG: A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa: Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2016d). *Plano estratégico nacional para a prevenção e controlo da dor* (aprovado por despacho do Diretor-Geral da Saúde, de 30 de outubro de 2013). Lisboa: Autor.

Direção-Geral da Saúde. (2016e). *Plano nacional de saúde. Programas nacionais. Programa nacional de controlo da dor*. Lisboa: Autor. Disponível em <https://www.dgs.pt/areas->

em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-controlo-da-dor.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2016f). *Programa nacional de prevenção e controlo da dor*. Lisboa. Disponível em <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/prevencao-e-controlo-da-dor.aspx>

Duarte, A. J. M. (2012). *Efeitos agudos da acupuntura na dor lombar crónica*. Dissertação de mestrado não publicada. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Ferreira, L. N., & Ferreira, P. L. (2011). Utilização do SF-6D na medição das preferências dos portugueses: Sistema de valores e normas da população dos 18 aos 64 anos. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(2),108-115.

Ferreira, P. L., & Ferreira, L. N. (2006). A medição de preferências em saúde na população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(2), 5-14.

Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Nobre, L. (2009). O sistema português de valores do SF-6D. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8 (Vol. Temát.),7-23.

Franco, L. C., Souza, L. A. F., Pessoa, A. P. C., & Pereira, L. V., (2011). Terapias não farmacológicas no alívio da dor neuropática diabética: Uma revisão bibliográfica. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 24(2), 284-288. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/20.pdf>

Gatchel, R. J., Bernstein, D., Stowell, A. W., & Pransky, G. (2008). Psychosocial differences between high-risk acute vs. chronic low back pain patients. *Pain Practice*, 8(2), 91-97. doi:10.1111/j.1533-2500.2008.00176.x.

Guterman, J., & Levcovitz, E. C. (1998). Impacto da doença de Alzheimer na família: A visão do familiar e as propostas de assistência psicológica. *Infomação Psiquiátrica*, 17(Supl. 1), 533-536.

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3a ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de Estatística. (2014). *Inquérito nacional de saúde: Destaques à comunicação social*. Disponível em <file:///C:/Users/Genesio/Downloads/11INS2014.pdf>

International Association for the Study of Pain. (s.d.). Disponível em www.iasp-pain.org

Knoplich, J. (2003). *Enfermidades da coluna vertebral: Uma visão clínica e fisioterapêutica* (3a ed.). São Paulo: Robe.

- Leão, E., R., & Silva, M., J. P. (2004). Música e dor crônica musculoesquelética: O potencial evocativo de imagens mentais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(2), 235-241. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a13.pdf>
- Lei n.º 71/2013, de 02 de setembro. Terapêuticas não convencionais. Diário da República, 71. Série I.
- Lei n.º 81/2009, de 21 de agosto. Institui um sistema de vigilância em saúde pública (SINAVE). Diário da República, 162. Série I.
- Lillefjell, M., Krokstad, S., & Espnes, G. (2007). Prediction of function in daily life following multidisciplinary rehabilitation for individuals with chronic musculoskeletal pain: A prospective study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 8, 65. doi: 10.1186/1471-2474-8-65
- Luz, M. T. (2005). Cultura contemporânea e medicinas alternativas: Novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 15(Supl.), 145-176. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>
- Main, C. J., & Booker, C. K. (2000). The nature of psychological factors. In C. J. Main & C.C. Spanswick (Orgs.), *Pain management: An interdisciplinary approach* (pp. 19-42). Glasgow: Churchill Livingstone.
- Main, C. J., & Burton, A. K. (2000). Economic and occupational influences on pain and disability. In C. J. Main & C. C. Spanswick (Orgs.), *Pain management: An interdisciplinary approach* (pp.63- 88). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Mc Daniel, S., Hepworth, J., & Doherty, W. (1994). *Terapia familiar médica, em enfoque bioopsicossocial com problemas de saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Messae, A. A. (2010). *O impacto da doença crônica na família*. Disponível em <http://www.psicologia.org.br>
- Monteiro, J., & Ribeiro, E. (2010). Acupuntura na dor lombar: há evidência? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 272-279.
- Noack, H. (1991). Conceptualizing and measuring health. In B. Bandura & C. Kickbusch (Eds.), *Health promotion and research, towards a new social epidemiology* (pp. 137-166). Copenhagen: World Health Organization.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Guia orientador de boa prática. DOR*. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Pain Associates International Network. (2004). *Workshop em Portugal P.A.I.N. 2 PORTUGAL: Dor crônica músculo-esquelética*, Funchal, Madeira, de 5 a 6 de novembro.
- Pereira, M. (2016). *Acupuntura - dor*. Dissertação de mestrado integrado não publicada. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

- Pimenta, C., A. M. (1998). Conceitos culturais e a experiência dolorosa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 32(2), 179-186. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/432.pdf>
- Pineault, R., & Daveluy, C. (1987). *La planificación Sanitária: Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: Masson.
- Portaria n.º 207-F/2014, de 08 de outubro. Fixa a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de acupuntor. Diário da República, 194. Série I (1º Supl.).
- Portaria n.º 163/2013, de 24 de abril. Aprova as tabelas de preços a praticar pelo Serviço Nacional de Saúde, bem como o respetivo Regulamento. Diário da República, 80. Série I.
- Porto, C. C. (2001). *Semiologia médica* (4a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Regulamento nº 128/2011, de 18 de fevereiro. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Diário da República, 35. Série II.
- Sanches, L., M., & Boemer, M., R. (2002). O convívio com a dor: Um enfoque existencial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 36(4), 386-393. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n4/v36n4a12.pdf>
- Silva, L. (2004). *Sócio-antropologia da saúde: Sociedade, cultura e saúde/doença*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Silva, L. F., Guedes, M. V. C., Moreira, R. P., & Souza, A. C. C. (2002). Doença crónica: O enfrentamento pela família. *Ata Paulista de Enfermagem*, 15(1), 40- 47.
- Silva, M. J. P., & Leão, E. R. (2004). Práticas complementares no alívio da dor. In E, R. Leão & L. D. Chaves, *Dor, 5º sinal vital: Reflexões e intervenções de enfermagem* (pp. 121-133). Curitiba: Martinari.
- Smith, B. H., Elliott, A. M., Hannaford, P. C., Chambers, W. A., & Smith, W. C. (2004). Factors related to the onset and persistence of chronic back pain in the community, results from a general population follow-up study. *Spine*, 29(9), 1032-1040. Disponível em <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=15105678>
- Sociedade Brasileira para Estudo da Dor. (2006). *Classificação da dor*. Disponível em <http://www.sbed.org.br/home.php>
- Stival, R. S. M., Cavalheiro, P. R., Stasiaka, C. E. S., Galdino, D. T., Hoekstra, B. E., & Schafranskib, M. D. (2014). Acupuntura na fibromialgia: Um estudo randomizado-controlado abordando a resposta imediata da dor. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 54(6), 431-436. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v54n6/0482-5004-rbr-54-06-0431.pdf>

- Strong, M. W., Unruh, A. M., Wright, A., Baxter, D. G., & Patrick, D. (2002). The measurement of attitudes towards and beliefs about pain. *Pain*, 48, 227-236.
- Sullivan, M. J., Adams, H., Rhodenizer, T., & Stanish, W. D. (2006). A psychosocial risk factor: Targeted intervention for the prevention of chronic pain and disability following whiplash injury. *Physical Therapy*, 86(1), 8-18. Disponível em <https://academic.oup.com/ptj/article/86/1/8/2805043>
- Tancredi, F. B., Barrios, S. R. L., & Ferreira, J. H. G. (1998). *Planejamento em saúde* (Vol. 2). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Disponível em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=24&cad=rja&uact=8&ved=0CE4QFjADOBQ&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.mt.gov.br%2Farquivo%2F2949&ei=E4ZSU5nPKKe3W7Qbh4oDICQ&usg=AFQjCNGoKD7n35_2M5x1mEp_1Jp7g7VsA&sig2=cA9vODWRgJRQyorv9GEUUg
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Tavares, A. (1992). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Teixeira, M., J. (2005). Dor no doente com câncer. Dor é coisa séria, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 8-12.
- Tillement, P. (2003). *La chiropractie. Connaissance et applications thérapeutiques*. Paris: Ellébore Editions.
- World Health Organization. (1999). *Guidelines on basic training and safety in acupuncture*. Disponível em http://www.who.int/topics/traditional_medicine/en/
- World Health Organization. (2002). *Who traditional medicine strategy 2002-2005*. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE A

Projeto “Unidos para Integrar”



UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE VILA REAL

ESTÁGIO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Projeto de Intervenção Comunitária

“Unidos para Integrar”

Elisabete Fernandes Carvalho

Vila Real, outubro, 2016



UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE VILA REAL

Mestrado em Enfermagem Comunitária

2º Ano | 1º Semestre

ESTÁGIO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

“Unidos para Integrar”

Elisabete Fernandes Carvalho, nº 63053

Supervisor (docente):

Isabel M^a Antunes Rodrigues da Costa Barroso

Supervisores (serviços)

Maria do Céu Ameixinha de Abreu

Vila Real, outubro, 2016

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. PLANO E MÉTODOS DO PROJETO “UNIDOS PARA INTEGRAR”	6
1.1. Equipa de investigadores e Responsável/Coordenador do projeto.....	6
1.2. População Alvo	6
1.3. Estratégias de Intervenção	7
1.4. Objetivos do projeto	7
1.5. Fases do projeto	7
1.5.1. Fase preparatória	7
1.5.2. Diagnóstico de situação	8
1.5.3. Intervenção Comunitária	10
1.5.4. Fixação de Objetivos	10
1.5.5. Seleção de estratégias	11
1.5.6. Avaliação (Formativa)	12
1.5.7. Avaliação (Indicadores de Processo).....	12
1.5.8. Avaliação (Indicadores de Resultado)	12
1.6. Cronograma	12
2. RESULTADOS ESPERADOS	14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15
Apêndice A – Plano da Sessão de Eps: “Requerentes e Beneficiários de Proteção Internacional”	16

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde
ACNUR - Alto Comissariado das Nações Unidas
ARS - Administração Regional do Norte
CICDR - Comissão para a Igualdade e Contra a Discriminação Racial
CPCJ - Centro de Proteção de Crianças e Jovens
CPR - Centro de Proteção a Refugiados
CSP - Cuidados de Saúde Primários
DGS - Direção-Geral da saúde
DR - Diário da República
EC - Enfermagem Comunitária
EEECSP – Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública
EFR – Entidade Financeira Responsável
ESENfVR - Escola Superior de Enfermagem de Vila Real
FER - Fundo Europeu para os refugiados
IPSS - Instituição Portuguesa de Solidariedade Social
MAI - Ministério da Administração Interna
MEC - Mestrado em Enfermagem Comunitária
MSST - Ministério do trabalho, solidariedade e segurança social
nº - número
p. - página
PLS - Plano Local de Saúde
PNS - Plano Nacional de Saúde
RN - Região Norte
SEF - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SNS - Sistema Nacional de Saúde
UCC - Unidades de Cuidados à Comunidade
USF - Unidades de Saúde Familiar
USP - Unidade de Saúde Pública
UTAD - Universidade de Trás-os-Montes e alto Douro

RESUMO

A intervenção dos enfermeiros no âmbito da enfermagem comunitária alicerça-se no planeamento em saúde e desenvolvimento de estratégias de capacitação da comunidade, sendo necessário a identificação das necessidades reais da comunidade que dará origem a um planeamento efetivo de atividades que visam reformar a realidade atual.

A necessidade sentida pela população em geral em torno da problemática dos Refugiados levou-nos à conceção de um Projeto de intervenção comunitária para acolhimento de Refugiados. A intervenção é de cariz comunitário envolvendo as instituições locais e regionais, sendo os Requerentes e Beneficiários de Proteção Internacional o principal alvo do trabalho desenvolvido, nomeadamente o Centro de Acolhimento para Refugiados do Concelho de Braga.

O objetivo geral do projeto *Unidos para Integrar* é diminuir em 20% o risco de contrair doença transmissível nos cidadãos Refugiados do Centro de Acolhimento do Concelho de Braga, durante o ano de 2017.

Os objetivos operacionais ou metas traçados para o projeto *Unidos para Integrar* são, que no final do programa:

- 100 % Dos Refugiados com inscrição ativa no SNS;
- 100% Dos Refugiados inscritos num médico de família do ACeS Cávado I Braga;
- 100 % Dos Refugiados com registo vacinal atualizado conforme orientações da DGS (Direção Geral de saúde) no PNV (Plano Nacional de Vacinação);
- 100% Dos elos de ligação enfermeiros das unidades funcionais (UCC, CPCJ, USF e UCSP) do ACeS Cávado I Braga presentes na sessão de Eps (Educação para a Saúde) sobre a temática *Requerentes e Beneficiários de Proteção Internacional*;
- 100% Dos elos de ligação enfermeiros das unidades funcionais (UCC, CPCJ, USF e UCSP) do ACeS Cávado I Braga com conhecimento acerca dos resultados obtidos;
- O ACeS Cávado I Braga obtenha da USP um relatório final.

A finalidade do projeto *Unidos para Integrar* é promover ganhos efetivos em saúde, no âmbito dos *Requerentes e Beneficiários de Proteção Internacional*.

Relativamente ao tipo de estudo trata-se de estudo de investigação-ação com recolha de dados pela lista de Refugiados a ser fornecida pelo Centro de Acolhimento para Refugiados do Concelho de Braga e através da pesquisa de dados em base informática do SNS (Sistema Nacional de Saúde).

A população a estudar será constituída por todos os cidadãos Refugiados do Centro de Acolhimento para Refugiados do Concelho de Braga.

Dado a se tratar de um projeto local no tipo de estudo será utilizado um modelo de Excel para edição e tratamento estatístico.

Os resultados obtidos permitirão a monitorização do estado de saúde dos cidadãos Refugiados do Centro de Acolhimento para Refugiados do Concelho de Braga, em particular em matéria de avaliação dos indicadores de saúde pública como a vacinação, casos de doenças de declaração obrigatória, estudos epidemiológicos, entre outros, sendo essenciais para a tomada de decisão por parte de todos os intervenientes.

Com implementação do projeto *Unidos para Integrar* e relativamente aos indicadores de avaliação pretende-se:

- Controlar a incidência de doenças infeto-contagiosas nos cidadãos Refugiados do Centro de Acolhimento para Refugiados do Concelho de Braga, no final do ano de 2017;
- 100% Dos cidadãos Refugiados com inscrição no SNS, nos cidadãos Refugiados do Centro de Acolhimento para Refugiados do Concelho de Braga, no final do ano de 2017;
- 100% Dos cidadãos Refugiados inscritos num médico de família, nos cidadãos Refugiados do Centro de Acolhimento para Refugiados do Concelho de Braga, no final do ano de 2017;
- 100% Dos cidadãos Refugiados com registo vacinal atualizado conforme orientações do PNV, nos cidadãos Refugiados do Centro de Acolhimento para Refugiados do Concelho de Braga, no final do ano de 2017.
- 100% Dos elos de ligação enfermeiros das unidades funcionais (UCC, CPCJ, USF e CSP) do ACeS Cávado I Braga, com conhecimento sobre o diagnóstico de situação de saúde dos cidadãos Refugiados do Centro de Acolhimento para Refugiados do Concelho de Braga, durante o ano de 2017.

INTRODUÇÃO

A intervenção dos enfermeiros no âmbito da enfermagem comunitária alicerça-se no planeamento em saúde e desenvolvimento de estratégias de capacitação da comunidade, sendo necessário a identificação das necessidades reais da comunidade que dará origem a um planeamento efetivo de atividades que visam transformar a realidade atual. O diagnóstico da situação permite uma tomada de decisão eficiente e a transformação das políticas que visam o favorecimento, o fortalecimento do empoderamento comunitário numa conjuntura de racionalização dos recursos em saúde, apostando no desenvolvimento de intervenções prioritárias necessárias para a obtenção de ganhos em saúde.

Nesta perspetiva, o desenvolvimento de competências na USP de Braga, no que concerne ao papel do enfermeiro no âmbito do observatório de saúde da comunidade, avaliação dos indicadores de saúde pública como a vacinação, casos de doenças de declaração obrigatória, estudos epidemiológicos, entre outros, e em simultâneo com a conjuntura de saúde atual no nosso país, suscitou o desenvolvimento de um Projeto de intervenção comunitária dirigido aos Requerentes e Beneficiários de Proteção Internacional.

A necessidade sentida pela população em geral em torno da problemática dos Refugiados levou-nos à conceção de um Projeto de intervenção comunitária para acolhimento de Refugiados em Portugal, o qual assenta num trabalho multidisciplinar e interinstitucional, envolvendo parceiros, locais e regionais o que, do ponto de vista político-social, constitui uma mais-valia na prossecução das atividades a desenvolver.

A intervenção é de cariz comunitário envolvendo as instituições locais e regionais, sendo os Refugiados o principal alvo do trabalho desenvolvido, nomeadamente o Centro de Acolhimento para Refugiados do Conselho de Braga.

Neste enquadramento, a elaboração deste Projeto de intervenção comunitária “*Unidos para Integrar*”, assenta na metodologia do planeamento em saúde no que respeita às suas etapas.

Para a elaboração do presente Projeto recorreu-se à metodologia descritiva, com base na metodologia do planeamento em saúde e na pesquisa bibliográfica.

O presente Projeto encontra-se dividido em três partes. A primeira parte do trabalho destina-se à introdução onde é fundamentado o projeto de intervenção comunitária “*Unidos para Integrar*”, a sua finalidade, os objetivos, o tipo de estudo e o enquadramento teórico acerca da temática dos *Requerentes e Beneficiários de Proteção Internacional* com base na pesquisa

bibliográfica. A segunda parte destina-se a apresentar o plano e métodos do projeto “*Unidos para Integrar*” com a descrição da equipa de investigadores e responsável/coordenador, a população alvo, as estratégias de intervenção, a descrição dos objetivos do projeto, o desenvolvimento das fases do projeto “*Unidos para Integrar*” (fase preparatória, diagnóstico da situação, identificação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias e avaliação) e o cronograma. A terceira parte dirige-se aos resultados esperados com a operacionalização do projeto “*Unidos para Integrar*”.

Enquadramento teórico

A Convenção das Nações Unidas relativa ao Estatuto dos Refugiados, também conhecida como Convenção de Genebra de 1951, define o que é um refugiado e estabelece os direitos dos indivíduos aos quais é concedido o direito de asilo bem como as responsabilidades das nações concedentes. Esta convenção, inicialmente limitava-se a proteger refugiados europeus, *razão daqueles temores, não quer regressar ao mesmo*.

A maioria das pessoas pode confiar nas autoridades do seu país para garantir e proteger os seus mas o Protocolo de 1967 removeu os limites geográficos e temporais, expandindo o escopo da Convenção. O artigo 1º da Convenção, emendado pelo Protocolo de 1967, dá a definição de refugiado como sendo *toda a pessoa que, em razão de fundados temores de perseguição devido à sua raça, religião, nacionalidade, associação a determinado grupo social ou opinião política, encontra-se fora de seu país de origem e que, por causa dos ditos temores, não pode ou não quer fazer uso da proteção desse país ou, não tendo uma nacionalidade e estando fora do país em que residia como resultado daqueles eventos, não pode ou, em direitos humanos básicos e a sua segurança física*. Mas, no caso dos refugiados, o país de origem demonstrou não ser capaz ou não querer proteger os seus direitos. O sistema de proteção internacional, de que a Convenção de Genebra de 1951 é o pilar principal, procura assegurar que os refugiados beneficiem de proteção num país de acolhimento.

Em 2015 foram apresentados 872 pedidos de proteção internacional em Portugal, o que representa um aumento de 97% relativamente ao número total de pedidos apresentados em 2014 (442) e o valor mais elevado em Portugal, desde 1994. Os pedidos referidos foram apresentados por requerentes de 52 nacionalidades, sendo a Ucrânia, a China, o Mali e o Paquistão, os países de origem mais representativos. O continente Europeu permanece como o mais expressivo (com cerca de 42% dos pedidos de proteção) seguindo-se o continente Africano, Asiático e finalmente o Americano. Em 2015, o requerente de proteção

internacional em Portugal caracterizou-se como sendo do género masculino (63%), fugindo de conflitos ou por razões relacionadas com violações sistemáticas dos direitos humanos ocorridas no país de origem, chega só, e apresenta o seu pedido em território nacional (72%). Cinquenta e sete pedidos de proteção internacional foram apresentados por menores não acompanhados. Em 2015, o Ministro da Administração Interna, sob proposta do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, reconheceu, 33 estatutos de refugiados e concedeu 160 proteções subsidiárias, consolidando a taxa de reconhecimentos de cerca de 22% dos pedidos de proteção internacional. No âmbito da Agenda Europeia da Migração e do Programa de Recolocação, Portugal recebeu, em Dezembro, um grupo de 24 requerentes de proteção internacional. Também em novembro chegaram 39 refugiados, provenientes do Egipto, ao abrigo do Programa Nacional de Reinstalação. Assim, no final de 2015, foram acolhidas 935 pessoas com necessidades de proteção em Portugal, 872 requerentes, 39 refugiados reinstalados e 24 requerentes recolocados. Estima-se que, no final de 2015, residiam neste país 550 refugiados reconhecidos e 950 beneficiários de proteção subsidiária (CPR, 2015).

O Conselho Português para os Refugiados (CPR) é uma Organização não-governamental para o Desenvolvimento (ONGD) sem fins lucrativos, independente e pluralista, inspirada numa cultura humanista de tolerância e respeito pela dignidade dos outros povos. Foi constituído em 20 de Setembro de 1991 por um conjunto de personalidades de diversos quadrantes da sociedade portuguesa (ver sócios-fundadores). Teresa Tito de Morais foi eleita Presidente da Direção, cargo que mantém até à presente data. A ONG que nasceu pequena há um quarto de século com apenas dois trabalhadores, um punhado de voluntários e o patrocínio exclusivo do Alto Comissário das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), é hoje uma organização bem consolidada, com mais de quatro dezenas de colaboradores, com vários projetos em curso, financiados por entidades diversas, que visam o acolhimento e integração de refugiados, a promoção de políticas de asilo humanitárias e sustentáveis, a formação e a sensibilização para esta temática e para os direitos humanos em geral. O seu objetivo principal é promover, através de análises, trabalhos e trocas de informações, uma política de asilo mais humana e liberal, a nível nacional e internacional (CPR, 2015).

A Lei n.º 26/2014, de 5 de maio Procede à primeira alteração à Lei n.º 27/2008, de 30 de junho, que estabelece as condições e procedimentos de concessão de asilo ou proteção subsidiária e os estatutos de requerente de asilo, de refugiado e de proteção subsidiária, transpondo as Diretivas n.ºs 2011/95/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 13 de

dezembro, 2013/32/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de junho, e 2013/33/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de junho (DR, 2014).

O CPR no âmbito da Lei de Asilo 27/2008, de 30 de Junho, com as alterações introduzidas pela Lei 26/2014, que estabelece as condições e procedimentos de concessão de asilo ou proteção subsidiária e os estatutos de requerente de asilo, de refugiado e de proteção subsidiária, transpondo para a ordem jurídica interna as Diretivas n.ºs 2004/83/CE, do Conselho, de 29 de Abril, e 2005/85/CE, do Conselho, de 1 de Dezembro, desempenha um papel fundamental na área do asilo e dos refugiados. É o parceiro operacional do Alto Comissariado das Nações Unidas para Portugal, mantendo um Protocolo de Cooperação, desde Julho de 1993, que visa a proteção jurídica e social dos requerentes de asilo e dos refugiados.

O ACNUR é um organismo internacional humanitário e estritamente apolítico que tem por missão proteger e ajudar os refugiados em todo o mundo. O seu estatuto atribui-lhe duas funções principais: assegurar a “proteção internacional” dos refugiados e procurar “soluções permanentes e duradouras” para os seus problemas. A partir de Dezembro de 1998, data do encerramento do ACNUR em Portugal, o CPR passou a representar esta organização no nosso país. O Acordo de cooperação que o CPR mantém com o ACNUR, foi revisto em 2012, face ao aumento do número de pedidos de asilo, tendo o seu orçamento sofrido um reforço considerável para esse ano.

O Ministério da Administração Interna (MAI), através do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), mantém, desde 1998, um Protocolo de Cooperação com o CPR, destinado às atividades de apoio jurídico aos requerentes de asilo e refugiados, assim como ao funcionamento da estrutura administrativa. Este Protocolo foi revisto em Outubro de 2012. A 10 de Outubro de 2014, o CPR assinou um Protocolo de Cooperação com o SEF, homologado pelo Ministério da Administração Interna, fundamental para o cumprimento dos compromissos assumidos pelo Estado Português e pelo CPR, nomeadamente:

- i. Apoio direto a prestar por parte do CPR aos requerentes de proteção internacional, num momento em que o número de pedidos de proteção em Portugal se mantém praticamente equivalente aos apresentados o ano passado, com tendência até a aumentar;

- ii. Assegurar o funcionamento e manutenção dos equipamentos do CPR (Centro de Acolhimento para Refugiados e Centro para Crianças Refugiadas), elementos fundamentais da política de acolhimento nacional daquela população.

O Ministério da Saúde, através da Direção-Geral da Saúde (DGS) e da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), as duas entidades representantes do Ministério da Saúde, garantem o acesso ao SNS, através do “Protocolo para a Cooperação em Matéria de Apoio a Refugiados e Requerentes de Asilo”, a todos os requerentes de proteção internacional, bem como aos respetivos agregados familiares, conforme definido na legislação atual (Portaria nº 30/2011, de 17 de janeiro e Portaria nº 104/2008, de 15 de setembro), e cumprindo os procedimentos definidos no Manual de Acolhimento no Acesso ao Sistema Nacional de Saúde de Cidadãos Estrangeiros (ACSS, 2015).

As instituições de saúde do SNS estão preparadas para prestar cuidados de prevenção da doença, promoção da saúde e cuidados de tipo ambulatorio, abrangendo clínica geral, saúde materno-infantil e planeamento familiar, cuidados escolares e geriátricos (ACSS, 2015).

O acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) para cuidados de urgência, incluindo diagnóstico e terapêutica, assistência medicamentosa e cuidados de saúde primários, por parte dos requerentes de proteção internacional, será gratuito, estando também incluída a isenção do pagamento de taxas moderadoras prevista no Decreto-Lei nº 113/2011, de 29 de novembro (ACSS, 2015).

Nos termos da Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde, aprovada pela Lei nº 48/90, de 24 de agosto, podemos caracterizar os cidadãos estrangeiros com acesso ao sistema de saúde, os cidadãos nacionais de países terceiros com estatuto de refugiados ou com direito de asilo em Portugal (ACSS, 2015).

O grupo de refugiados acolhido em Portugal terá também acesso a cuidados de especialidades médicas, nomeadamente às áreas de oftalmologia, estomatologia, otorrinolaringologia e saúde mental. Estão ainda previstos os internamentos que não impliquem cuidados diferenciados, elementos complementares de diagnóstico e terapêutica, incluindo reabilitação, e cuidados de enfermagem, abrangendo visitas domiciliárias (ACSS, 2015).

1. PLANO E MÉTODOS DO PROJETO “UNIDOS PARA INTEGRAR”

- Pedido de autorização ao ACeS Cávado I Braga;
- Construir uma rede local de cooperação com as Unidades Funcionais (UCC, CPCJ, USF e UCSP) do ACeS Cávado I Braga;
- Articular-se com as unidades funcionais (UCC, CPCJ, USF e UCSP) do ACeS Cávado I Braga;
- Construir um instrumento de recolha de dados (ex. documento/modelo Excel);
- Desenvolver parcerias com as Juntas de Freguesia da área de influência do ACeS Cávado I Braga;
- Desenvolver parcerias com a Câmara Municipal de Braga;
- Desenvolver parcerias com as Juntas de Freguesia da área de influência do ACeS Cávado I Braga;
- Desenvolver acordos de cooperação com as escolas (professores e alunos) da área de influência do ACeS Cávado I Braga;
- Desenvolver acordos de cooperação com o Tribunal Judicial do Concelho de Braga;
- Desenvolver acordos de cooperação com o Instituto de Emprego e de Solidariedade Social.

1.1. Equipa de investigadores e Responsável/Coordenador do projeto

Trata-se de um projeto Local, a ser desenvolvido pela USP de Braga no ACeS Cávado I Braga.

Coordenadores: Dr. João Cruz (Coordenador da USP do ACeS Cávado I Braga) e Enfermeira Céu Ameixinha (USP de Braga).

Responsável: Enfermeira Céu Ameixinha (USP de Braga).

Equipa de investigadores: Enfermeira Céu Ameixinha (USP de Braga) e Enfermeira Elisabete Carvalho (Mestranda de Enfermagem Comunitária da ESEUTAD).

1.2. População alvo

A população alvo deste estudo são todos os cidadãos Refugiados do Centro de Acolhimento para Refugiados do Concelho de Braga.

Para a execução deste projeto e para o desenvolvimento do estudo serão cumpridos todos os requisitos éticos necessários. Será solicitada a autorização ao ACeS Cávado I Braga e os princípios éticos a atender nas várias fases da execução da recolha de dados serão:

- Assegurar condições idênticas para todos os cidadãos Refugiados envolvidos no estudo;
- Cumprir todos os requisitos exigidos pelos instrumentos de recolha de dados;
- Assegurar o anonimato e confidencialidade de dados individuais.

1.3. Estratégias de Intervenção

Os elementos responsáveis e intervenientes do projeto estabeleceram contato direto (ex. via telefone) com os vários organismos de cooperação:

- O Diretor do Centro de Acolhimento para Refugiados do Concelho de Braga;
- Os Elos de ligação enfermeiros das Unidades Funcionais (UCC, CPCJ, USF e UCSP) do ACeS Cávado I Braga;
- Os Presidentes do Conselho Diretivo das escolas da área de influência do ACeS Cávado I Braga;
- O Presidente do Tribunal Judicial do Concelho de Braga;
- O Presidente do Instituto de Emprego e de Solidariedade Social do Conselho de Braga.

1.4. Objetivos do projeto

O objetivo geral:

- Monitorização do estado de saúde dos cidadãos Refugiados do Centro de Acolhimento para Refugiados do Concelho de Braga.

1.5. Fases do projeto “*Unidos para Integrar*”

1.5.1. Fase preparatória

- i. Constituição da equipa de trabalho (definição das áreas de intervenção e estratégias de atuação) e parcerias a estabelecer;

- ii. Construção de um instrumento de identificação e de recolha de informação de dados de saúde dos cidadãos Refugiados do Centro de acolhimento para Refugiados do Concelho de Braga, se necessário;
- iii. Tratamento de dados num modelo uniformizado de recolha de dados de saúde (da responsabilidade e a disponibilizar pelo ACeS Cávado I Braga) ou documento em base de dados informática (ex. Excel) elaborado pelos responsáveis intervenientes do projeto.

1.5.2. Diagnóstico da Situação

A primeira etapa a realizar no âmbito do planeamento em saúde é o diagnóstico da situação, através do qual se pretende apresentar o problema de saúde detetado bem como as necessidades subjacentes a esse mesmo problema (Tavares, 1992). Segundo este autor, num diagnóstico da situação deverá constar, de forma clara, a pertinência e finalidade do estudo, a definição da população que se pretende estudar, a apresentação de indicadores, a localização das fontes de informação, a exposição da evolução prognóstica dos problemas e da rede de causalidade dos problemas e, por último, a determinação das necessidades.

O DSS foi planeado de forma a dar resposta a um problema previamente identificado pela USP dos ACeS Cávado I Braga.

Neste sentido o DSS no projeto “*Unidos para Integrar*” contemplará:

- Realização de pesquisa de dados de saúde (inscrição no Serviço Nacional de Saúde, vacinação, se possui médico de família, doenças de declaração obrigatória) no SNS (Sistema Nacional de Saúde) SINUS/RNU/SClínico, dos cidadãos Refugiados do Centro de acolhimento para Refugiados do Concelho de Braga;
- Identificação e registo das necessidades de saúde dos cidadãos Refugiados do Centro de Acolhimento para os Refugiados do Concelho de Braga.

Nesta fase do diagnóstico de situação de saúde, faz-se uma previsão dos recursos necessários. Deste modo, relativamente aos recursos humanos necessários a dispor para a execução deste projeto são:

- Diretor Executivo do ACeS Cávado I Braga;
- Presidente da Câmara Municipal de Braga;
- Presidentes das Juntas de Freguesia;

- ✎ Presidentes das Escolas de Braga;
- ✎ Presidente do Tribunal Judicial de Braga;
- ✎ Presidente do Instituto de Emprego e de Solidariedade Social;
- ✎ Diretor do Centro de Acolhimento para Refugiados;
- ✎ Diretor da Rádio Local;
- ✎ Diretor do Jornal Local (Correio do Minho);
- ✎ Presidente da Associação de Estudantes da UM;
- ✎ Coordenador da USP de Braga;
- ✎ Docente Supervisor responsável pelo Estágio em Enfermagem Comunitária;
- ✎ Enfermeiro Supervisor do Estágio na USP de Braga;
- ✎ Estudante do MEC em estágio na USP de Braga (Investigadora): Elisabete Carvalho.

No que concerne aos recursos materiais e financeiros:

- ✎ Sala (nas instalações da USP de Braga);
- ✎ Computador;
- ✎ Projetor multimédia;
- ✎ Tela para exposição de filmes;
- ✎ Tendas do exército;
- ✎ Microfone;
- ✎ Mesa;
- ✎ Toalha para a mesa;
- ✎ Esferográficas/canetas de feltro;
- ✎ Cartazes;
- ✎ Panfletos;
- ✎ Crachás;
- ✎ Bonés;
- ✎ T-shirts;
- ✎ Grupo de Bombos;
- ✎ Radio Local da cidade de Braga;
- ✎ Jornal do Correio do Minho;
- ✎ Tuna Académica da UM

Tempo

- ✎ Durante o período de Janeiro a Dezembro de 2017;

- ✎ Disponibilidade pós laboral dos intervenientes responsáveis pelo projeto, quando necessário.

Orçamento

- ✎ O orçamento previsto para a execução deste projeto de investigação é da responsabilidade do ACeS Cávado I Braga.

1.5.3. Identificação de prioridades

Para a execução do projeto “*Unir para Integrar*” a técnica que utilizaremos para determinação de prioridades relativamente aos problemas de saúde identificados será o Método de HANLON.

1.5.4. Fixação de objetivos

Objetivo geral:

- ✎ Diminuir em 20% o risco de contrair doença transmissível nos cidadãos Refugiados do Centro de Acolhimento do Concelho de Braga, durante o ano de 2017.

Objetivos específicos:

- ✎ No final do programa, 100 % dos Refugiados (Famílias/menores desacompanhados), tenham inscrição ativa no SNS;
- ✎ No final do programa, 100% dos Refugiados estejam inscritos num médico de família do ACeS Cávado I Braga;
- ✎ No final do programa, 100 % dos Refugiados apresentem registo vacinal atualizado conforme orientações da DGS (Direção Geral de saúde) no PNV (Plano Nacional de Vacinação);
- ✎ No final do programa, 100% dos elos de ligação enfermeiros das unidades funcionais (UCC, CPCJ, USF e UCSP) do ACeS Cávado I Braga estejam presentes na sessão de Eps (Educação para a Saúde) sobre a temática *Requerentes e Beneficiários de Proteção Internacional*;
- ✎ No final do programa, 100% dos elos de ligação enfermeiros das unidades funcionais (UCC, CPCJ, USF e UCSP) do ACeS Cávado I Braga obtenham conhecimento dos resultados obtidos;

- No final do programa, 100% da concretização das parcerias de colaboração;
- No final do programa, o ACeS Cávado I Braga obtenha da USP o relatório final do projeto “*Unir para Integrar*”.

1.5.5. Seleção de estratégias

Estratégia 1 – Solicitar ao Diretor executivo do ACeS Cávado I Braga um modelo uniformizado de recolha de informação de dados de saúde;

Estratégia 2 – Obter a lista dos cidadãos Refugiados do Centro de Acolhimento de Refugiados do Concelho de Braga.

Estratégia 3 – Pesquisar os registos de dados dos cidadãos Refugiados nas bases de dados do SNS (Sistema Nacional de Saúde), no SINUS (Sistema Informático Nacional para as Unidades de Saúde) /RNU (Rede Nacional de Utentes) /SCLínico (Sistema Clínico).

Estratégia 4 – Construir um instrumento de recolha de dados em base de dados informática (ex. documento em Excel) de registo de dados de saúde, se necessário (em caso da inexistência de um modelo uniformizado);

Estratégia 5 – Monitorizar a informação pesquisada (SINUS/RNU/SCLínico) na base de dados de saúde informáticos (documento elaborado pelos responsáveis intervenientes do projeto ou modelo uniformizado e construído pelo ACeS Cávado I Braga);

Estratégia 6 – Agendar a 1ª reunião com os elos de ligação enfermeiros das unidades funcionais (UCC, CPCJ, USF e UCSP) do ACeS Cávado I Braga, por via de correio eletrónico ou de telefone;

Estratégia 7 – Realizar uma ação de Eps (educação para a saúde) dirigida aos elos de ligação enfermeiros das unidades funcionais (UCC, CPCJ, USF e UCSP) do ACeS Cávado I Braga, sobre os *Requerentes e Beneficiários de Proteção Internacional*;

Estratégia 8 – Divulgação do diagnóstico da situação de saúde do projeto *Unidos para Integrar* aos elos de ligação enfermeiros das unidades funcionais (UCC, CPCJ, USF e UCSP) do ACeS Cávado I Braga;

Estratégia 9 – Realização de uma campanha de sensibilização no dia Mundial do Refugiado - celebrado mundialmente em 20 de junho - no centro histórico da cidade de Braga dirigida a toda a população, sobre os *Requerentes e Beneficiários de Proteção Internacional*, no ano de 2017;

Estratégia 10 – Agendar a 2ª reunião com os elos de ligação enfermeiros das unidades funcionais (UCC, CPCJ, USF e UCSP) do ACeS Cávado I Braga para divulgação dos resultados obtidos com a concretização do projeto *Unidos para Integrar*.

1.5.6. Avaliação (Formativa)

- ☛ Monitorizar os dados relativamente à participação dos elos de ligação enfermeiros das unidades funcionais (UCC, UPCJ, USF e UCSP) do ACeS Cávado I Braga;
- ☛ Monitorizar os dados de saúde dos cidadãos Refugiados do Centro de Acolhimento para Refugiados do Concelho de Braga após 6 meses a 1 ano.

1.5.7. Avaliação (Indicadores de Processo)

- ☛ 100% Dos Refugiados do Centro de Acolhimento do Conselho de Braga (famílias/menores desacompanhados);
- ☛ 100% Dos Elos de ligação das unidades funcionais (UCC, CPCJ, USF e UCSP) do ACeS Cávado I Braga;
- ☛ 100% Das escolas da área de influência do ACeS Cávado I Braga;
- ☛ 100% Das Juntas de Freguesia da área da área de influência do ACeS Cávado I Braga.

1.5.8. Avaliação (Indicadores de Resultado)

- ☛ 100% Dos Refugiados com inscrição no SNS;
- ☛ 100% Dos Refugiados inscritos num médico de família;
- ☛ 100% Dos Refugiados com registo vacinal atualizado conforme orientações do PNV.

1.6. Cronograma

O projeto tem início no mês de Janeiro do ano de 2017 e termina no mês de Dezembro do ano de 2017.

	Ano 2017											
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Pedido de autorização ao ACeS Cávado I Braga												
Planeamento/agendamento da 1ª reunião de divulgação do Projeto												
Solicitar a lista de cidadãos Refugiados ao Centro de Acolhimento para Refugiados do Concelho de Braga												
Pesquisa de dados de saúde no SNS (SINUS/RNU/SClínico)												
Registo dos dados de saúde												
1ª Reunião: Diagnóstico de situação												
Operacionalização do projeto <i>Unidos para Integrar</i>												
Avaliação do projeto “ <i>Unidos para Integrar</i> ”												
2ª Reunião: Divulgação dos dados de saúde												
Elaboração do relatório final e envio ao ACeS Cávado I Braga												

Cronograma do Projeto “*Unidos para Integrar*”

2. RESULTADOS ESPERADOS

- i. Prevenção da discriminação, racismo e desinserção social;
- ii. Vigilância epidemiológica, quer das doenças transmissíveis, quer no âmbito da saúde ambiental:
 - Doenças de declaração obrigatória
 - Doenças evitáveis pela vacinação
- iii. Informação em domínios da Saúde Pública;
- iv. Monitorização do estado de saúde dos cidadãos Refugiados do Centro de Acolhimento para Refugiados do Concelho de Braga.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2015). *Ministério da saúde pronto para receber refugiados em Portugal*. Retirado de <http://www.acss.min-saude.pt/artigo/tabid/98/xmmid/1949/xmid/8199/xmview/2/Default.aspx>

Conselho Português para os Refugiados. (2015). *Relatório de atividades*. Retirado de <http://refugiados.net/1cpr/www/RelatorioCPR2015.pdf>

Convenção das Nações Unidas relativa ao Estatuto dos Refugiados. (1951). Adotada em 28 de julho de 1951 pela Conferência das Nações Unidas de Plenipotenciários sobre o Estatuto dos Refugiados e Apátridas, convocada pela Resolução n. 429 (V) da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 14 de dezembro de 1950. Entrou em vigor em 22 de abril de 1954, de acordo com o artigo 43. Série Tratados da ONU, N° 2545, Vol. 189, p. 137.

Decreto-Lei n° 113/2011, de 29 de novembro. Diário da República, 229. Série I.

Lei n.º 48/1990, de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde. Diário da República 195. Série I.

Lei n° 26/2014, de 5 de maio. Lei de Asilo. Diário da República, 85. Série I.

Lei n° 27/2008, de 30 de junho. Lei de Asilo. Diário da República, 124. Série I.

Apêndice A

Plano da sessão de Eps “Requerentes e Beneficiários de Proteção Internacional”

Tema: “*Requerentes e Beneficiários de Proteção Internacional*”

Data: 23/03/2017

Hora: 10h00min

Local: USP de Braga

Duração: 90min.

Preletores: Enfª Especialista em EC da USP de Braga Mª do Céu Ameixinha e Enfª Elisabete Carvalho Mestranda de EC da ESEnVVR-UTAD

Grupo alvo: Elos de ligação enfermeiros das unidades funcionais (UCC, CPCJ, USF e UCSP) do ACeS Cávado I Braga

Objetivo geral:

- Controlar a incidência de doenças infeto-contagiosas nos cidadãos Refugiados do Centro de Acolhimento para Refugiados do Concelho de Braga, no final do ano de 2017.

Objetivos específicos:

Que os formandos sejam capazes de:

- Adquirir conhecimento sobre os “*Requerentes e Beneficiários de Proteção Internacional*”;
- Tomar conhecimento sobre o projeto “Unidos para Integrar”;
- Colaborar nas medidas de intervenções proposta pelo projeto “Unidos para Integrar”;
- Monitorizar o estado de saúde dos cidadãos Refugiados do Centro de Acolhimento para Refugiados do Concelho de Braga.

Etapas	Duração	Conteúdos	Estratégias		Avaliação
			Métodos	Recursos	
Introdução	15 Minutos	☞ Apresentação da equipa de trabalho ☞ Realização de pequeno teste de conhecimentos (diálogo) ☞ Apresentação do tema ☞ Motivação para o tema	▪ Expositivo ▪ Ativo ▪ Participativo	○ Computador ○ Projetor multimédia	Direta por diálogo
Desenvolvimento	60 Minutos	Esclarecimento de vários conceitos: ☞ Serviço de estrangeiros e Fronteiras e Conselho Português para os Refugiados; ☞ Instituto da Segurança Social – Unidade de Intervenção Social; ☞ Acesso dos requerentes e Beneficiários de Proteção Internacional ao Sistema Nacional de saúde; ☞ Instituto do Emprego e Formação Profissional e Alto Comissário para as Migrações	▪ Expositivo ▪ Demonstrativo	○ Computador ○ Projetor multimédia ○ Debate ○ Filmes	
Conclusão	15 Minutos	☞ Esclarecimento de dúvidas ☞ Avaliação de conteúdos através de diálogo ☞ Avaliação da estratégia utilizada	▪ Interativo	○ Diálogo informal	

APÊNDICE B

Questionário de “Avaliação dos dados sociodemográficos”, Questionário “Inventário Resumido para a Dor”, Questionário “Avaliação de ganhos em saúde (SF-6D)”

QUESTIONÁRIO

Exmo. (a) Senhor(a) utente da Unidade de Saúde solicita-se a sua colaboração no estudo que pretende contribuir para a relevância da terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura no controlo da dor crónica nos doentes com síndrome vertebral com irradiação, e neste sentido solicitamos-lhe o preenchimento dos seguintes questionários.

Leia com atenção as questões seguintes e assinale com um X, a sua resposta num quadrado de cada um dos seguintes grupos.

Grupo etário		Escolaridade	
18 – 24	☐	Não sabe ler nem escrever	☐
25 – 44	☐	1º Ciclo incompleto	☐
45 – 64	☐	1º Ciclo	☐
65 ou mais anos	☐	2º Ciclo	☐
		3º Ciclo	☐
Género		Secundário	☐
Masculino	☐	Ensino Superior	☐
Feminino	☐		
Estado Civil		Atividade Laboral	
Solteiro(a)	☐	Trabalha a tempo inteiro	☐
Casado(a)/União de fato	☐	Trabalha a tempo parcial	☐
Separado(a)/Divorciado(a)	☐	Desempregado	☐
Viúvo(a)	☐	Doméstica	☐
		Reformado/Pensionista	☐
		Outro	☐

Número de sessões realizadas: _____

Data de preenchimento do 1º questionário: ____/____/____

Data de preenchimento do 2º questionário: ____/____/____

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

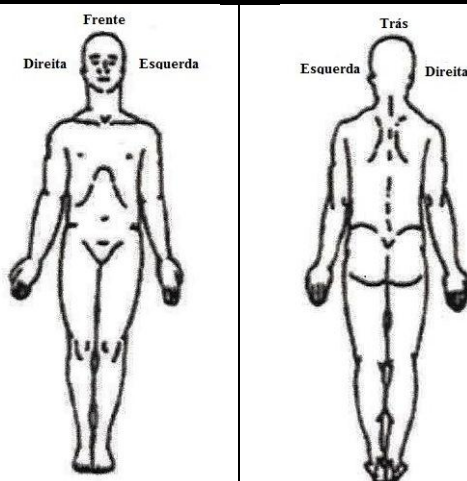
INVENTÁRIO RESUMIDO DA DOR (Formulário Abreviado)

- 1. 1** Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (tais como dores de cabeça de pequena importância, entorses e dores de dentes). Durante a última semana teve alguma dor diferente destas dores comuns?

____ Sim

____ Não

- 2.** Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais



- 3.** Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **máximo** durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

- 4.** Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **mínimo** durante a última semana.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

- 5.** Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **em média**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

- 6.** Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor **neste preciso momento**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

Versão portuguesa do Brief Pain Inventory (Short Form). Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Fraude de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Charles Cleeland, PhD.

L.F. Azevedo, et al.: Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastreio e Avaliação do Impacto da Dor Crónica

7. Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor.

8. Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o alívio que sentiu.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
 Nenhum Alívio Completo
 alívio

9. Assinale com um círculo o número que descreve em medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:

A Actividade geral

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu
 interferiu completamente

B Disposição

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu
 interferiu completamente

C Capacidade para andar a pé

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu
 interferiu completamente

D Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu
 interferiu completamente

E Relações com outras pessoas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu
 interferiu completamente

F Sono

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu
 interferiu completamente

G Prazer de viver

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Não Interferiu
 interferiu completamente

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE (SF-6D)

Instruções: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde. Assinale com um X, um quadrado de cada um dos seguintes grupos.

Função física

1. A sua saúde **não o/a limita** em **atividades físicas cansativas** ☐
2. A sua saúde **limita-o/a** em **atividades físicas cansativas** ☐
3. A sua saúde **limita-o/a um pouco** em **atividades físicas moderadas** ☐
4. A sua saúde **limita-o/a muito** em **atividades físicas moderadas** ☐
5. A sua saúde **limita-o/a um pouco** em **tomar banho ou a vestir-se** ☐
6. A sua saúde **limita-o/a muito** em **tomar banho ou a vestir-se** ☐

Limitação no desempenho

1. **Não tem** quaisquer problemas no seu trabalho ou atividades diárias como consequência do **seu estado de saúde físico ou problemas emocionais** ☐
2. **Está limitado/a** no tipo de trabalho ou atividades devido **ao seu estado de saúde físico** ☐
3. **Faz menos do que gostaria** devido aos **problemas emocionais** ☐
4. **Está limitado/a** no tipo de trabalho ou atividades devido ao seu estado de saúde físico e **faz menos do que gostaria** devido aos problemas emocionais ☐

Função social

1. O seu estado de saúde **não o/a limita** na atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos) ☐
2. O seu estado de saúde **limita-o/a poucas vezes** na sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos) ☐
3. O seu estado de saúde **limita-o/a algumas vezes** na atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos) ☐
4. O seu estado de saúde **limita-o/a quase sempre** na atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos) ☐
5. O seu estado de saúde **limita-o/a sempre** na atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos) ☐

Dor física

1. **Não** tem dores ☐
2. Tem dores mas que **não interferem** com o seu trabalho normal quer dentro quer fora de casa ☐
3. Tem dores que **interferem um pouco** com o seu trabalho normal quer dentro quer fora de casa ☐
4. Tem dores que **interferem moderadamente** com o seu trabalho normal quer dentro quer fora de casa ☐
5. Tem dores que **interferem muito** com o seu trabalho normal quer dentro quer fora de casa ☐
6. Tem dores que **interferem imenso** com o seu trabalho normal quer dentro quer fora de casa ☐

Saúde mental

1. **Nunca** se sente tenso/a ou deprimido/a ☐
2. Sente-se **algum tempo** tenso/a ou deprimido/a ☐
3. Sente-se **bastante tempo** tenso/a ou deprimido/a ☐
4. Sente-se a **maior parte do tempo** tenso/a ou deprimido/a ☐
5. Sente-se **sempre** tenso/a ou deprimido/a ☐

Vitalidade

1. **Nunca** se sente estafado/a ou cansado/a ☐
2. Sente-se **algum tempo** estafado/a ou cansado/a ☐
3. Sente-se **bastante tempo** estafado/a ou cansado/a ☐
4. Sente-se a **maior parte do tempo** estafado/a ou cansado/a ☐
5. Sente-se **sempre** estafado/a ou cansado/a ☐

MUITO OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO.

APÊNDICE C

Autorização pelo Presidente do Conselho Diretivo da ARS Norte e Comissão de Ética para a Saúde

 **ARS NORTE**
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

☐ ☐ ☐ DATA : 12.dezembro.2016

INFORMAÇÃO Nº 136/2016 Nº <Processo> <Registo>

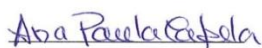
PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer nº 143/2016

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 143/2016 sobre o Estudo "Terapêutica não farmacológica de Acupuntura e Eletroacupuntura no controlo da dor crónica em doentes com Síndrome Vertebral com Irradiação", aprovado na reunião de 6 de dezembro de 2016, por unanimidade.

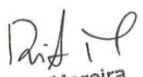
À consideração superior


Ana Paula Capela
(Assessoria CES/UIC)

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.
EXARADO NA ALTA Nº 47
REUNIÃO DE 13.12.2016

DELIBERADO CONCORDAR
2016.12.13

Dr. Pimenta Marinho
Presidente do C.D.


Rita Moreira
Vice-Presidente do CD


José Carlos Pedro
Vogal C.D.


Dr. Ponciano Oliveira
Vogal C.D.

durante 4 semanas (1 sessão por semana). Os utentes serão informados dos possíveis efeitos colaterais. O questionário será entregue a cada utente no período estipulado para a colheita de dados, assegurando-se o consentimento informado, o anonimato e a confidencialidade da informação. Para o tratamento de dados será utilizado o SPSS.

2. O presente estudo tem como objetivos: Verificar se a terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura contribui para a diminuição da severidade da dor. Verificar se a terapêutica não farmacológica de acupuntura e electroacupuntura contribui para a diminuição da interferência da dor no funcionamento diário do indivíduo. Verificar se a terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura contribui para a melhoria do estado de saúde/qualidade de vida relacionada com a saúde. Caracterizar do ponto de vista sociodemográfico e clínico, a severidade da dor e a interferência da dor. Verificar se a terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura contribui para a diminuição dos custos diretos em saúde (medicação relacionada com a dor). Verificar se a terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura contribui para a diminuição do absentismo.

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Reconhece-se relevância e pertinência do estudo e interesse prático para a Saúde;
2. A confidencialidade dos dados recolhidos, o uso exclusivo para o presente estudo, bem como o anonimato de todos os participantes, são estritamente garantidos pela investigadora.
3. O estudo será financiado pela investigadora

C – Conclusões

1. Face ao exposto, a CES delibera que o estudo de investigação em causa pode ser aprovado.
2. Deve a investigadora proceder à destruição dos dados 1 mês após o término do trabalho.

Aprovado em reunião do dia 6 de dezembro de 2016, por unanimidade.

rel' O relator,

Mestre Maria Assunção Magalhães

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP

Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Maria Antónia

16

Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER N.º 143/2016

Sobre o estudo T605 – Estudo sobre “Terapêutica não farmacológica de Acupuntura e Eletroacupuntura no controlo da dor crónica em doentes com Síndrome Vertebral com Irradiação”

A – Relatório

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), iniciou a apreciação do Processo n.º T605, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão, referente ao Estudo sobre “Terapêutica não farmacológica de Acupuntura e Eletroacupuntura no controlo da dor crónica em doentes com Síndrome Vertebral com Irradiação”, cuja investigadora é Elisabete Fernandes Carvalho, aluna do curso de mestrado em enfermagem comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real da Universidade de Trás-os-Montes e alto Douro, sob orientação da Professora Doutora Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro e Professora Isabel Maria Antunes Rodrigues da Costa Barroso, a realizar na USF 7 Fontes, do ACES Cávado I de Braga.

Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento à CES, projeto de investigação, parecer favorável do diretor executivo do ACES, curriculum vitae da investigadora e declaração do Instituto Português de Naturologia, declaração de compromisso do investigador para entregar à CES o Relatório final, e declaração de anonimização e uso exclusivo dos dados recolhidos neste estudo, Instrumento de recolha de dados e pedidos de autorização dos autores para a sua utilização, consentimento informado, declaração do orientador do estudo e Declaração de exclusão de responsabilidade a preencher pelo participante.

1. Trata-se de um estudo longitudinal, com recolha de dados no momento inicial e final da intervenção, descritivo e correlacional. A população alvo deste estudo serão todos os doentes maiores que 18 anos com dor crónica decorrente da Síndrome Vertebral com irradiação (Síndrome da Coluna com irradiação de dores) inscritos num ficheiro médico de Medicina Geral e Familiar da Unidade de Saúde Familiar Sete Fontes do ACES Cávado I de Braga, segundo critérios de inclusão. O processo de seleção é efetuado através da lista de doentes do médico, com diagnóstico clínico de patologia osteoarticular e com dor crónica na síndrome vertebral com irradiação e que recorram à consulta médica ou de enfermagem no período de recolha de dados, sendo convidados a participar. Espera obter-se uma amostra de pelo menos 40 participantes. O instrumento de recolha de informação é constituído por um questionário onde constam questões para avaliação dos dados sociodemográficos, o inventário resumido para a dor, questionário de avaliação da qualidade de vida relacionado com a saúde (SF-6D). Os utentes participarão voluntariamente numa intervenção individual da técnica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura realizada pela investigadora que tem formação específica para o efeito (acreditada e certificada pelo Instituto Português de Naturologia), que decorrerá



Rua Santa Catarina, 1288 Tel 220 411 000 arsn@arsnorte.min-saude.pt
4000-447 Porto Fax 220 411 005 www.arsnorte.min-saude.pt



GOVERNO DE
PORTUGAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

APÊNDICE D

Autorização dos autores dos questionários “Inventário Resumido para a Dor” e “Avaliação de ganhos em saúde (SF-6D)”



Elisabete Carvalho <elicar258@gmail.com>

Pedido de autorização

Pedro Lopes Ferreira <pedrof@fe.uc.pt>
Para: Elisabete Carvalho <elicar258@gmail.com>

14 de junho de 2016 23:07

É com muito gosto que a autorizo a utilização da versão portuguesa do SF-6D no seu trabalho de investigação.
No entanto, lembro que esta escala não deve ser utilizada diretamente. Deve aplicar o SF-36 e daí podemos então derivar o SF-6D.

Melhores cumprimentos.

Pedro L Ferreira

Pedro Lopes Ferreira
Prof. Associado com Agregação
pedrof@fe.uc.pt

Av. Dias da Silva, 165
3004-512 Coimbra - Portugal
Tel: +351 239 790 552 / 507
Fax: +351 239 790 514



FEUC - FACULDADE DE ECONOMIA
CEISUC - CENTRO DE ESTUDOS E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



Sent: 14 de junho de 2016 22:51
To: pedrof@fe.uc.pt
Subject: Pedido de autorização

From: Elisabete Carvalho [mailto:elicar258@gmail.com]

18/07/2016

Gmail - Pedido de autorização para utilização de instrumento traduzido e validado pela APED



Elisabete Carvalho <elicar258@gmail.com>

Pedido de autorização para utilização de instrumento traduzido e validado pela APED

duarte correia <correia@med.up.pt>
Para: Elisabete Carvalho <elicar258@gmail.com>, duarte.correia@aped-dor.org
Cc: Ana Tavares <tavares@med.up.pt>

16 de julho de 2016 20:46

Exma. Senhora Enfermeira Elisabete Carvalho:

Peço desculpa pelo atraso da minha resposta, mas o seu e-mail que recebi no início do meu período de férias, extraviou-se por razões que “certamente apenas a informática entenderá”.

A APED congratula-se com o seu interesse por este tema e desejo as maiores venturas para a sua dissertação de Mestrado.

Esta sociedade científica nada tem a por á sua intenção de utilizar o referido instrumento (insiro em attach o PDF da Revista).

Contudo deverá na minha opinião obter a autorização do:

- ✓ 1º autor do trabalho – o Professor Doutor Luís Azevedo lazevedo@med.up.pt
- ✓ A permissão da Permanyer a Editora da Revista Dor fatima.novais@permanyer.com
 - o Reservados todos os direitos. Sem prévio consentimento da editora, não poderá reproduzir-se, nem armazenar-se num suporte recuperável ou transmissível, nenhuma parte desta publicação, seja de forma eletrónica, mecânica, fotocopiada, gravada ou por qualquer outro método. Todos os comentários e opiniões publicados são da responsabilidade exclusiva dos seus autores.

Os meus melhores cumprimentos

Duarte Correia

De: Elisabete Carvalho [mailto:elicar258@gmail.com]

Enviada: quinta-feira, 9 de Junho de 2016 01:15

Para: duarte.correia@aped-dor.org

Assunto: Spam:***** , Pedido de autorização para utilização de instrumento traduzido e validado pela APED

16/10/2017

Gmail - RE: Order Form for Department of Symptom Research Assessment Tools



Elisabete Carvalho <elicar258@gmail.com>

RE: Order Form for Department of Symptom Research Assessment Tools

symptomresearch <symptomresearch@mdanderson.org>

22 de dezembro de 2016 00:22

Para: Elisabete Carvalho <elicar258@gmail.com>, symptomresearch <symptomresearch@mdanderson.org>

Hello,

I have attached the BPI as you requested. Please note that:

- Your use of the BPI is limited only to the study specified. To use the BPI in additional studies, you must reapply online at www.mdanderson.org/departments/prg > Symptom Assessment Tools > The Brief Pain Inventory (BPI).
- You are permitted to reproduce the copy of the BPI that is included with this e-mail. However, you must not remove the copyright notice.
- The BPI may not be modified in any way or translated into another language without the express written consent of the copyright holder; Charles S. Cleeland, PhD. Failure to comply may result in legal action. Permission to alter or translate the instrument may be obtained by contacting me at symptomresearch@mdanderson.org or by mail.

Please let me know if you have any questions. Thank you for your interest in the BPI.

Regards,
Kristin VanHouten

-----Original Message-----

From: Elisabete Carvalho [mailto:elicar258@gmail.com]

Sent: Monday, December 19, 2016 9:59 AM

To: symptomresearch

Subject: Order Form for Department of Symptom Research Assessment Tools

Order Form for Department of Symptom Research Symptom Assessment Tools

Assessment Tool: Brief Pain Inventory (BPI)

Psychometrically validated language(s):

Linguistically validated language(s): Portuguese - Portugal

Purpose: Non-funded academic research

Study Type: Descriptive study or survey

https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=764fc7116f&jsver=1VCZhvU5e0_pt_BR_L&view=pt&msg=15923e84649713cd&cat=ESCOLA&search=cat&siml=15923e84649713cd

1/2

APÊNDICE E

Parecer da Comissão de Ética para Investigação Clínica (CEIC)

16/10/2017

Gmail - Re: Solicitação Urgente

 **Gmail**

Elisabete Carvalho <elicar258@gmail.com>

Re: Solicitação Urgente

Elisabete Carvalho <elicar258@gmail.com>
Para: imbarroso <imbarroso@utad.pt>

10 de novembro de 2016 08:40

Encaminho a resposta da CEIC.

Em 10 de novembro de 2016 08:33, Elisabete Carvalho <elicar258@gmail.com> escreveu:

----- Mensagem encaminhada -----
De: "ceic" <ceic@ceic.pt>
Data: 09/11/2016 16:49
Assunto: RE: Solicitação Urgente
Para: "elicar258@gmail.com" <elicar258@gmail.com>
Cc: "ceic" <ceic@ceic.pt>

Exma. Sra. Dra. Elisabete Carvalho,

Vimos informar que considerou a Comissão Executiva da CEIC que se trata de um estudo clínico de intervenção com Dispositivo Médico, ao abrigo do Artigo 2.º da Lei 21/2014, de 16 de abril.

Disponíveis para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Alexandra Pêgo

Gabinete de Apoio da CEIC

CEIC - Comissão de Ética para a Investigação Clínica
CEIC - National Ethics Committee for Clinical Research

Parque de Saúde de Lisboa - Avenida do Brasil, 53 - Pav. 17-A
1749-004 Lisboa - Portugal
Telef: +351 217987291 Fax: +351 211117544
www.ceic.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=764fc7116fjsver=1VCZhVU5e0.pt_BR.&view=pt&msg=1584d65ab69d642b&cat=ESCOLA&search=cat&dsq=1&siml=1584d65ab69d642b

1/4

APÊNDICE F

Consentimentos informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Terapêutica não farmacológica de Acupuntura e eletroacupuntura no controlo da Dor Crónica em doentes com Síndrome Vertebral com irradiação

Enquadramento: Projeto de intervenção comunitário, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Orientadora de estágio Professora Isabel Barroso.

Explicação do estudo: será distribuído um questionário de autopreenchimento pelo enfermeiro e médico de família em contexto de consulta, no ACES Cávado I Braga, na Unidade de Saúde Familiar 7 Fontes a todos os utentes pertencentes a um dos ficheiros médicos com Síndrome Vertebral com irradiação de dores. Sendo um estudo voluntário, não existe qualquer tipo de prejuízo na não participação no mesmo.

Condições e financiamento: O Financiamento deste estudo fica a cargo do investigador.

Confidencialidade e anonimato: O Autor compromete-se a assegurar o anonimato dos participantes, não existindo nos inquéritos realizados registo de dados de identificação pessoal.

Grata pela vossa participação neste estudo:

Elisabete Fernandes Carvalho, enfermeira no ACES Cávado III Barcelos/Esposende. Contato telefónico: 927993731.

Assinatura/s:

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:
..... /..... /.....

Data:

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

NOME:

BI/CD N°:..... DATA OU VALIDADE /.... /....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

APÊNDICE G

Declaração de sigilo e utilização dos dados

Declaração de sigilo e utilização dos dados

A investigadora responsável pelo projeto **“Terapêutica não farmacológica de acupuntura e eletroacupuntura no controlo da dor crónica em doentes com síndrome vertebral com irradiação”** compromete-se a utilizar única e exclusivamente os dados obtidos para a execução do presente projeto, não podendo ser utilizados para nenhum outro fim, sem a autorização individual e expressa do Coordenador do ACeS envolvido.

As informações somente poderão ser divulgados de forma anónima, garantindo o sigilo dos profissionais e da respetiva unidade de saúde em estudo.

_____, 23 de julho de 2016.

Elisabete Fernandes Carvalho

Elisabete Fernandes Carvalho

APÊNDICE H

Declaração de exclusão de responsabilidades

DECLARAÇÃO DE EXCLUSÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente declaração, eu, participante no Estudo “Terapêutica não farmacológica de Acupuntura e Eletroacupuntura no controlo da dor crónica em doentes com Síndrome Vertebral com Irradiação”, reconheço que a terapêutica de saúde que me vai ser administrada não o será no âmbito do Serviço Nacional de Saúde e nem incluída nas competências que a Investigadora desempenha na sua Carreira no Serviço nacional de Saúde.

Cumulativamente, e por essas razões, reconheço que o Serviço Nacional de Saúde ou a Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. não assumem quaisquer responsabilidades pelos riscos ou consequências que da investigação em causa possam resultar.

Assinatura do participante

APÊNDICE I

Declaração da formação específica da investigadora para o efeito



DECLARAÇÃO

INSTITUTO PORTUGUÊS DE NATUROLOGIA, entidade certificada pela DGERT, através da sua entidade instituidora e mantenedora, Sociedade Europeia de Medicinas Tradicionais, com sede na Praceta Cristovão Falcão, 73 r/c Esq. 4465-114 S. Mamede de Infesta profere a seguinte:

Declaração de notas e de frequência

Para os efeitos que se tiverem como convenientes.

A aluna **Elisabete Fernandes Carvalho**, concluiu, com aproveitamento o Curso de Formação Profissional de **MEDICINA TRADICIONAL CHINESA** em 31/07/2010.

Designação das Unidades Curriculares	Horas	Nota
1º Ano		
Anatomia Sistemática I e II	120 Horas	14
Estrutura Meridianos e Localização de Pontos I e II	120 Horas	19
História da Medicina Tradicional Chinesa e Teoria Básica I e II	120 Horas	18
Biologia e Bioquímica I e II	120 Horas	EQ
Auriculoterapia I e II	120 Horas	15
Reflexoterapia e Automassagem I e II	120 Horas	15
Biomedicina I e II	120 Horas	14
Fisiologia e Genética Humana	60 Horas	12
Psicofisiologia	60 Horas	16

PN LISBOA
Edifício Folque
R. Filipe Folque n.º 40 - 2º e 3º
0550-114 Lisboa
tel./fax: 213 161 021
info@ipn.pt

IPN COIMBRA
Edifício Arnado Business Center
Rua João de Ruão, n.º 12 - 1º, sala 11
3000-229 Coimbra
Tel./Fax: 239 840 179
coimbra@ipn.pt

IPN PORTO
Edifício Hoechst
Av. Sidónio Pais, n.º 379 - Ed. B - 2º
4100-488 Porto
Tel.: 226 095 750/917 832 615 - Fax: 226 095 752
porto@ipn.pt

IPN BRAGA
Edifício Flamingo
Rua Cidade do Porto, n.º 50 - 1º esq. e n.º 52 - r/c
4705-084 Braga
Tel./Fax: 253 691 029
braga@ipn.pt



2º Ano

Técnica Acupunctural e Moxibustão I e II	120 Horas	14
Diagnóstico I e II	120 Horas	15
Massagem Ocidental, Drenante e Desportiva I e II	120 Horas	17
Massagem Oriental (Tui-Na) I e II I e II	120 Horas	15
Chi-Kung I e II	120 Horas	15
Fisiopatologia	60 Horas	EQ
Auriculoterapia Prática	60 Horas	16
Farmacologia e Toxicologia	60 Horas	EQ

3º Ano

Patologias, Especialidades e Tratamentos I e II	120 Horas	15
Shiatsu I e II	120 Horas	14
Farmacopeia Chinesa I e II	120 Horas	18
Alimentação de Acordo com os Princípios de MTC I e II	120 Horas	19
Tui Na Avançado I e II	120 Horas	15
Chi-Kung III e IV	120 Horas	15
Noções de Emergência Médica	120 Horas	EQ
Trabalho Clínico de Observação I e II	240 Horas	19

4º Ano

Práticas Clínicas e Estágio Profissional I e II	520 Horas	18
Ética e Deontologia na Saúde	60 Horas	EQ
Feng - Shui	60 Horas	16
Segurança e Higiene no Trabalho	60 Horas	16

Braga 04 de Agosto de 2016

O Secretariado Geral do IPN Braga

(Irene Silva)



IPN LISBOA
 Edifício Forquie
 Rua Filipe Folque, n.º 40 - 2º e 3º
 050-114 Lisboa
 Tel./Fax: 213 161 021
 lisboa@ipnaturaologia.com

IPN COIMBRA
 Edifício Amado Business Center
 Rua João de Ruão, n.º 12 - 1º, sala 11
 3090-229 Coimbra
 Tel./Fax: 239 940 129
 coimbra@ipnaturaologia.com

IPN PORTO
 Edifício Hoechst
 Av. Saldanha Pais, n.º 373 - Ed. B - 2º
 4100-460 Porto
 Tel.: 226 095 750/917 031 615 - Fax: 226 095 752
 porto@ipnaturaologia.com

IPN BRAGA
 Edifício Flamengo
 Rua Círculo do Porto, n.º 50 - 1º esq e n.º 52 - r/c
 4705-004 Braga
 Tel./Fax: 253 691 019
 braga@ipnaturaologia.com

