



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

# **Perceção dos enfermeiros das Unidades de Cuidados na Comunidade sobre os indicadores contratualizados**

Sónia Lúcia Monteiro Leal

Viseu, março de 2026





# **Perceção dos enfermeiros das Unidades de Cuidados na Comunidade sobre os indicadores contratualizados**

Sónia Lúcia Monteiro Leal

## **Estágio com Relatório Final**

Curso Mestrado em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de  
Saúde Comunitária e Saúde Pública

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Ana Almeida Ribeiro

Viseu, março de 2026



“Uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo, e um bom processo aumenta a probabilidade de um bom resultado”.

“A saúde é uma missão sagrada... um empreendimento moral e científico, mas não fundamentalmente comercial. Não estamos a vender um produto. Não temos um consumidor que entende tudo e faz escolhas racionais – e eu incluo-me aqui. Médicos e enfermeiros são zeladores (stewards) de algo precioso”.

Avedis Donabedian



## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho representa o culminar de um percurso exigente, repleto de desafios pessoais e profissionais, que apenas foi possível superar graças ao apoio e incentivo de pessoas muito especiais.

À Professora Doutora Ana Ribeiro, expresso a minha mais profunda gratidão pela orientação competente, pelo rigor científico e pela disponibilidade demonstrada ao longo de todo o processo. O seu acompanhamento foi essencial para a concretização deste trabalho.

Ao Jorge, pelo companheirismo, paciência e apoio incondicional ao longo de todo este caminho, especialmente nos momentos de maior cansaço e incerteza, deixo o meu sincero agradecimento.

Aos meus filhos, Duarte e Mário, a minha maior motivação, agradeço a compreensão, o carinho e a força que me transmitiram diariamente, mesmo nos momentos em que o tempo foi escasso.

Ao meu pai, que partiu há 17 anos, deixo uma homenagem sentida. A sua memória e os ensinamentos que me transmitiu continuam vivos em mim e foram uma fonte constante de inspiração e força neste percurso.

À minha mãe, exemplo de dedicação e resiliência, agradeço todo o apoio, incentivo e confiança, fundamentais para nunca desistir.

À minha irmã, pelo apoio constante, pelas palavras de encorajamento e pela presença nos momentos mais marcantes, o meu profundo agradecimento.

Às colegas da UCC Nova d'Áire, expresso sincero reconhecimento pela partilha de saberes, espírito de equipa e apoio humano e profissional, que muito contribuíram para o meu crescimento enquanto enfermeira e para a concretização deste trabalho.

A todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para esta etapa, deixo os meus mais sinceros agradecimentos, pois todos foram uma gota no meu mar, como diz Madre Teresa de Calcutá, "Por vezes, sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota".

Obrigada.



## **Resumo**

O presente relatório integra a componente de estágio e de investigação desenvolvidas no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tendo como finalidade refletir criticamente sobre o percurso formativo e analisar a adequação dos indicadores contratualizados nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), enquanto instrumentos de suporte à avaliação da qualidade e dos resultados em saúde.

O percurso de estágio decorreu em contexto de Unidade de Saúde Pública e Unidade de Cuidados na Comunidade, proporcionando o desenvolvimento e consolidação de competências no domínio da avaliação de necessidades em saúde, planeamento e intervenção comunitária, trabalho em equipa multidisciplinar e articulação com recursos da comunidade, numa lógica de cuidados centrados na pessoa, família e comunidade.

Em paralelo, foi desenvolvido um estudo de natureza quantitativa, complementado por análise qualitativa, centrado na perceção dos enfermeiros das UCC relativamente aos indicadores contratualizados. De forma global, os resultados evidenciam uma leitura crítica destes instrumentos, particularmente no que se refere à sua adequação à prática clínica, à sua operacionalização e à sua capacidade para refletir a complexidade dos cuidados de enfermagem em contexto comunitário.

O trabalho desenvolvido permitiu evidenciar a importância de modelos de avaliação mais ajustados às especificidades das UCC, bem como a necessidade de integrar indicadores sensíveis à enfermagem, promover maior participação dos profissionais e reforçar os processos de capacitação e suporte organizacional.

Conclui-se que a evolução dos modelos de contratualização em cuidados de saúde primários exige uma abordagem mais integrada, participativa e orientada para os ganhos em saúde, contribuindo para a valorização da enfermagem comunitária e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à população.

**Palavras-chave:** Enfermagem Comunitária; Cuidados de Saúde Primários; Indicadores de Desempenho; Avaliação em Saúde; Qualidade dos Cuidados.



## **Abstract**

This report integrates the internship and research components developed within the scope of the Master's Degree in Community and Public Health Nursing, aiming to provide a critical reflection on the educational trajectory and to analyse the adequacy of contracted performance indicators in Community Care Units (CCUs) as tools for assessing quality and health outcomes.

The internship was conducted in both a Public Health Unit and a Community Care Unit, enabling the development and consolidation of competencies in health needs assessment, community-based planning and intervention, interdisciplinary teamwork, and coordination with community resources, within a person-, family-, and community-centred care framework.

In parallel, a quantitative study, complemented by qualitative content analysis, was carried out focusing on nurses' perceptions of contracted indicators in CCUs. Overall, findings suggest a critical appraisal of these instruments, particularly regarding their alignment with clinical practice, operational feasibility, and capacity to capture the complexity of community nursing care.

The work highlights the need for more context-sensitive and practice-oriented evaluation models, emphasizing the integration of nursing-sensitive indicators, increased professional involvement in indicator design, and strengthened organizational and educational support mechanisms.

It is concluded that the evolution of contracting models in primary health care requires a more integrated, participatory, and value-oriented approach, contributing to the recognition of community nursing practice and to the continuous improvement of care quality and health system sustainability.

**Keywords:** Community Nursing; Primary Health Care; Performance Indicators; Health Evaluation; Quality of Care.



## Sumário

Lista de Tabelas

Lista de Siglas e Acrónimos

Resumo

Abstract

Introdução.....	19
Parte I - Análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.....	23
Nota Introdutória.....	25
1. Caracterização dos contextos de estágio.....	27
1.1. Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões, E.P.E. ....	27
1.2. Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.....	30
2. Desenvolvimento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	33
2.1. Assumir responsabilidade profissional, ética e legal.....	35
2.2. Colaborar na melhoria contínua da qualidade.....	35
2.3. Participar na gestão de cuidados.....	36
2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	37
3. Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.....	38
3.1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.....	39
3.2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.....	41
3.3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.....	44
3.4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.....	44
Parte II – Componente de Investigação: Perceção dos enfermeiros das Unidades de Cuidados na Comunidade sobre os indicadores contratualizados.....	46
Resumo.....	48
Abstract.....	50
Introdução.....	52
1. Enquadramento Teórico.....	56
1.1. Evolução histórica dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.....	56
1.2. Criação e implementação das Unidades de Cuidados na Comunidade.....	58
1.3. Missão e objetivos das UCC no contexto dos cuidados de saúde primários.....	59

1.4. Conceitos fundamentais, tipologia e enquadramento contemporâneo dos indicadores de saúde .....	60
1.5. Indicadores de desempenho nos Cuidados de Saúde Primários: uma abordagem orientada para o valor .....	61
1.6. Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem .....	62
1.7. O BI dos Cuidados de Saúde Primários e os indicadores contratualizados .....	63
1.8. Síntese crítica: adequabilidade, exequibilidade e pertinência dos indicadores .....	64
2. Métodos .....	66
2.1. Desenho do estudo, participantes e critérios de elegibilidade .....	67
2.2. Instrumento de recolha de dados .....	69
Dimensões da adequabilidade dos Indicadores .....	71
Acesso .....	71
Dimensões da adequabilidade dos Indicadores .....	73
Adequabilidade Global dos Indicadores .....	73
Acesso .....	73
Dimensões da adequabilidade dos Indicadores .....	75
Acesso .....	75
2.3. Análise dos dados .....	75
2.4. Considerações éticas .....	78
3. Resultados .....	80
3.1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros .....	80
3.2. Conhecimento sobre os indicadores contratualizados e formação recebida na área ....	82
3.3. Adequabilidade dos indicadores contratualizados .....	82
3.4. Perceção global sobre pertinência, exequibilidade, abrangência e importância dos indicadores .....	84
3.5. Análise qualitativa das questões abertas: perceção dos enfermeiros sobre limitações e melhorias dos indicadores contratualizados .....	86
4. Discussão .....	92
Conclusões .....	96
Considerações Finais .....	99
Referências bibliográficas .....	101
APÊNDICES .....	111
Apêndice I – Diagnóstico de Situação sobre campilobacteriose .....	113
Apêndice II – Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho .....	119
Apêndice III – Projeto de Intervenção “Rir Melhor” .....	127
Apêndice IV – Apresentação no âmbito do Projeto de Intervenção “Economizar e não Desperdiçar” .....	147

Apêndice V – Questionário .....	155
ANEXOS.....	161
Anexo I – Autorização da Comissão de Ética .....	163
Anexo II – Certificado de Palestrante no “VII Congresso Nacional da AUCC” .....	165

## Lista de tabelas

Tabela 1 - Estatísticas relativas ao score das 20 subescalas da Adequabilidade dos Indicadores .....	71
Tabela 2 - Alpha de Cronbach para os 10 domínios e 20 subescalas da Adequabilidade dos Indicadores .....	73
Tabela 3 - Teste de Kaiser-Meyer_Olkin (KMO) e Variância Total Explicada (VTE).....	74
Tabela 4 - Ordenações dos indicadores por fatores da escala de adequabilidade dos indicadores contratualizados .....	75
Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros em função do género.....	81
Tabela 6 - Conhecimento sobre os indicadores contratualizados e formação recebida na área em função do género .....	82
Tabela 7 - Perceção global sobre os indicadores contratualizados e exequibilidade dos mesmos .....	85
Tabela 8 - Importância dos indicadores contratualizados.....	86
Tabela 9 - Categorias e subcategorias emergentes da análise qualitativa .....	90
Tabela 10 - Síntese das categorias principais .....	90



## Lista de siglas e acrónimos

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
AUCC	Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade
BI-CSP	Boletim Informativo dos Cuidados de Saúde Primários
CLAS	Conselho Local de Ação Social
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEEC-ESCSP	Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública
ELI	Equipa Local de Intervenção
EPVA	Equipa de Prevenção da Violência em Adultos
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
IDG	Índice de Desempenho Global
INE	Instituto Nacional de Estatística
NACJRJ	Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NACR	Núcleo de Apoio a Crianças em Risco
NGP	Nova Gestão Pública
NLI	Núcleo Local de Inserção
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Ordem dos Enfermeiros
PAO	Plano de Atividades e Orçamento
SICA	Sistema de Informação para a Contratualização e Acompanhamento
SIRIEF	Sistema de Recolha de Informação Económica e Financeira
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULS	Unidade Local de Saúde
ULSTMAD	Unidade Local de Saúde Trás-os-Montes e Alto Douro
ULSVDL	Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões
URAP	Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados
USP	Unidade de Saúde Pública





## **Introdução**

A prática clínica constitui um eixo estruturante do percurso formativo em Enfermagem Especializada, na medida em que permite a mobilização integrada de conhecimentos teóricos, competências técnicas e capacidades reflexivas, essenciais ao exercício profissional autónomo, ético e cientificamente fundamentado. Neste contexto, o estágio assume-se como um espaço privilegiado de consolidação de competências, promovendo a articulação entre a evidência científica e a complexidade dos contextos reais de prestação de cuidados.

O presente Relatório Final de Estágio insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária - área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, conducente à obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista. O estágio decorreu na Unidade de Saúde Pública (USP) de Viseu e na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Moimenta Da Beira Saudável, contextos que proporcionaram o desenvolvimento de competências especializadas orientadas para a intervenção em saúde comunitária, com enfoque na promoção da saúde, prevenção da doença e melhoria dos resultados em saúde das populações.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (EEEC-ESCSP), assume um papel fundamental na promoção da saúde, prevenção da doença e proteção da saúde das populações. O seu exercício profissional é orientado por uma prática autónoma, crítica e reflexiva, sustentada em evidências científicas, bem como pela capacidade de liderança e intervenção em contextos comunitários e de saúde pública. De acordo com o Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE), são-lhe atribuídas competências específicas que o distinguem no panorama dos cuidados de enfermagem especializados. Este profissional é responsável por avaliar o estado de saúde das comunidades, recorrendo a metodologias de planeamento em

saúde e à identificação de determinantes sociais, económicos e ambientais que influenciam o bem-estar das populações. No leque de funções atribuídas, destacam-se a definição de prioridades de intervenção em saúde, a implementação de estratégias e programas de promoção da saúde e a mobilização de recursos comunitários para a criação de ambientes mais saudáveis. Atua ainda e sobretudo, na capacitação de indivíduos, grupos e comunidades, promovendo a participação ativa e o empoderamento na tomada de decisões relacionadas com a saúde (OE, 2018).

Para além do descrito anteriormente, o EEEC-ESCSP lidera ainda processos de vigilância epidemiológica e planeamento em saúde, desenvolvendo projetos e ações integrados nas políticas nacionais e locais, em articulação com as instituições e estruturas da comunidade. O seu contributo é determinante para o fortalecimento da literacia em saúde, o aumento da equidade no acesso aos cuidados e a melhoria sustentada dos indicadores de saúde das populações (OE, 2018).

Face ao exposto, considera-se a realização do estágio em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública como uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional. Este processo permitiu a consolidação de conhecimentos científicos e o desenvolvimento de competências especializadas orientadas para a intervenção junto das comunidades, em diversos contextos. Para além de aprofundar a capacidade crítica, reflexiva e autónoma do exercício profissional, este percurso contribuiu para fortalecer a consciência ética e social da intervenção do Enfermeiro Especialista na promoção da saúde pública, reforçando a sua posição enquanto agente ativo na construção de uma sociedade mais saudável e equitativa.

De facto, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituem a base estruturante do sistema de saúde em Portugal e funcionam como o primeiro ponto de contacto da população com os serviços de saúde. Estes cuidados abrangem um conjunto de intervenções universais, fundamentais e acessíveis, dirigidas à prestação de cuidados curativos, à promoção da saúde e à prevenção da doença, assumindo um papel essencial na resposta às necessidades das comunidades (ACSS, 2024a).

A partir de 2005, o papel dos CSP foi reforçado através de uma reforma centrada na modernização e reorganização dos centros de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade, a acessibilidade e a proximidade dos serviços prestados, promovendo simultaneamente a satisfação dos utentes e dos profissionais (Escoval & Matos, 2009). Neste contexto, foi introduzido o modelo de contratualização como instrumento estratégico de gestão, visando aumentar a responsabilização e melhorar os resultados em saúde, com base na identificação e monitorização das necessidades da população (Ferreira et al., 2010). A contratualização

envolve, entre outros aspetos, a seleção de indicadores de desempenho, a definição de metas específicas, a monitorização dos resultados obtidos e, sempre que aplicável, a atribuição de incentivos financeiros ou institucionais em função do desempenho atingido (Escoval, Matos, et al., 2010; Escoval, Ribeiro, et al., 2010; Ferreira et al., 2010).

No âmbito da contratualização interna nos CSP, os indicadores de desempenho constituem um instrumento essencial para orientar, monitorizar e avaliar a qualidade e a efetividade dos cuidados prestados. Nas UCC, onde os enfermeiros desenvolvem intervenções dirigidas à promoção da saúde, prevenção da doença e gestão da cronicidade em contextos complexos, a definição criteriosa dos indicadores contratualizados assume particular importância (ACSS, 2024a). Torna-se assim fundamental que os indicadores contratualizados cumpram três dimensões centrais: adequabilidade, exequibilidade e potencial de melhoria.

A adequabilidade refere-se à capacidade de o indicador representar de forma fidedigna a realidade assistencial da UCC e as suas prioridades em saúde; a exequibilidade prende-se com a viabilidade de recolha e tratamento da informação necessária, atendendo aos recursos existentes e aos sistemas de informação disponíveis; o potencial de melhoria diz respeito à utilidade do indicador para promover a evolução contínua dos cuidados, identificando áreas de intervenção prioritária. Estes princípios reforçam a necessidade de uma escolha criteriosa dos indicadores e de uma contratualização mais flexível e contextualizada, que permita alinhar as metas contratualizadas com as especificidades locais e com a realidade das equipas de enfermagem comunitária (ACSS, 2024a).

Assim, os indicadores de desempenho devem ser entendidos quer como instrumentos de avaliação, quer como elementos dinamizadores da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, contribuindo para a valorização da prática profissional e para a resposta eficaz às necessidades das populações. Todavia, diversos intervenientes neste processo têm vindo a assinalar limitações relevantes, particularmente no que se refere à rigidez na escolha dos indicadores contratualizados, que muitas vezes são aplicados de forma uniforme a todas as unidades do país, sem considerar as especificidades epidemiológicas, sociais ou demográficas de cada contexto (Escoval & Rodrigues, 2025). Acresce que a seleção dos indicadores nem sempre reflete o esforço necessário à sua concretização, nem está, por vezes, alinhada com os critérios de avaliação do desempenho das próprias unidades prestadoras de cuidados.

Neste contexto, foi desenvolvido um estudo de natureza quantitativa e exploratória, descritivo e transversal, cujo objetivo geral consiste em analisar a perceção dos enfermeiros

das UCC sobre a adequabilidade, exequibilidade e pertinência dos indicadores contratualizados, bem como as necessidades, barreiras e sugestões de melhoria associadas à sua implementação. Compreender o modo como os enfermeiros vivenciam e interpretam estes mecanismos, constituirá um contributo fundamental para a melhoria das políticas e das estratégias de contratualização, potenciando uma avaliação mais justa e realista da intervenção dos enfermeiros, traduzindo-se na valorização do seu desempenho nos contextos comunitários e na promoção da qualidade e eficácia dos cuidados prestados.

O presente relatório tem como objetivo descrever e analisar criticamente o percurso de desenvolvimento de competências no âmbito do estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, integrando a componente clínica e a componente de investigação, com vista à consolidação do perfil do Enfermeiro Especialista.

Este documento está organizado em duas secções: a primeira apresenta o relatório da componente clínica, no qual se procede à caracterização dos locais de estágio e à análise crítico-reflexiva das competências gerais e específicas do enfermeiro especialista. A segunda secção contém a componente de investigação, incluindo o enquadramento teórico, metodologia, apresentação e discussão dos resultados.

**Parte I - Análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública**



## **Nota Introdutória**

Neste capítulo, será apresentada a caracterização do contexto de estágio, realizado no âmbito da unidade curricular Opção 5: Estágio com Relatório Final em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e em Unidades de Saúde Pública (USP), no qual foi possível desenvolver as competências do Enfermeiro Especialista. Em seguida, são descritas as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (EEEC-ESCSP).

As competências específicas do EEEEC-ESCSP incluem a avaliação do estado de saúde das comunidades, com base na metodologia do planeamento em saúde. Este profissional contribui ativamente para o processo de capacitação de grupos e comunidades, assumindo uma ação central na coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário, bem como na prossecução dos objetivos definidos no Plano Nacional de Saúde. Para além disso, participa e colabora na vigilância epidemiológica com enfoque geodemográfico, conforme estabelecido pela OE no Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho (OE, 2018).

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), a Enfermagem é uma profissão da área da saúde cuja finalidade é prestar cuidados ao ser humano, independentemente do seu estado de saúde, ao longo de todas as fases da vida e em articulação com os grupos sociais a que pertence. Estes cuidados visam promover, manter e recuperar a saúde, contribuindo para que cada pessoa alcance, no menor tempo possível, o seu nível máximo de funcionalidade (OE, 2019, 2025).

No âmbito da Enfermagem Comunitária, a prática é orientada para o cuidado ao indivíduo e à família, valorizando a autonomia e o respeito pelas decisões informadas. Esta especialidade procura, ainda, capacitar as pessoas para que adquiram competências que lhes permitam realizar as suas atividades de forma eficaz e independente (McBride et al., 2024). A Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tem como principal foco a intervenção sobre

a comunidade e os seus projetos de saúde, atuando em grupos que vivenciam diferentes fases do processo saúde-doença, bem como em contextos ambientais e sociais, com o objetivo de promover a saúde, prevenir doenças, apoiar a reabilitação funcional e facilitar a reinserção social em diversos contextos de vida (OE, 2019).

De forma sequencial, proceder-se-á à caracterização do contexto de estágio, a qual visa enquadrar o local onde decorreu a experiência formativa. Esta caracterização é essencial para compreender o ambiente físico, social e organizacional onde decorrem os estágios, bem como os recursos disponíveis, os objetivos estratégicos e a população-alvo, permitindo deste modo contextualizar as intervenções desenvolvidas durante o percurso formativo.

## **1. Caracterização dos contextos de estágio**

No âmbito do presente relatório, procede-se à caracterização dos contextos institucionais onde decorreram os estágios curriculares, designadamente a Unidade de Saúde Pública (USP) de Viseu e a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Moimenta da Beira Saudável.

A caracterização destes contextos assume particular relevância no domínio da enfermagem comunitária e de saúde pública, na medida em que permite compreender o enquadramento organizacional, territorial e funcional das intervenções desenvolvidas, bem como a complexidade dos sistemas de prestação de cuidados em contextos diferenciados.

Atendendo à reorganização estrutural recente do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com a criação das Unidades Locais de Saúde (ULS), importa enquadrar previamente estas unidades enquanto modelo organizacional integrador dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados, orientado para a continuidade assistencial, eficiência e centralidade no utente (Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, 2024).

### **1.1. Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões, E.P.E.**

A região de Viseu Dão-Lafões, integrada na NUTS III da Região Centro de Portugal, é composta por 14 concelhos e caracteriza-se por uma elevada heterogeneidade territorial e sociodemográfica. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024), a população residente ascendia a aproximadamente 256 810 habitantes em 2023.

Este território apresenta características marcantes dos contextos de interior, nomeadamente o envelhecimento demográfico, a dispersão populacional e desigualdades no acesso aos serviços de saúde, coexistindo, simultaneamente, com

centros urbanos estruturados, como a cidade de Viseu, que concentram maior densidade populacional e recursos assistenciais.

No âmbito da reforma organizacional do SNS, foi criada a Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões, E.P.E., enquanto entidade pública empresarial responsável pela integração dos diferentes níveis de cuidados. Esta reorganização substituiu o modelo anterior baseado em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e unidades hospitalares autónomas, promovendo uma lógica de governação clínica integrada, orientada para a eficiência, qualidade e continuidade dos cuidados (ULSVDL, 2024).

A integração dos cuidados permite uma abordagem mais centrada na pessoa e no percurso assistencial, facilitando a articulação entre níveis de cuidados e contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde sustentáveis, em linha com os princípios da Organização Mundial da Saúde para sistemas de saúde integrados (WHO, 2018).

#### **1.1.1. Unidade de Saúde Pública (USP) de Viseu**

A Unidade de Saúde Pública (USP) de Viseu integra a ULS Viseu Dão-Lafões, desempenhando um papel estruturante na governação da saúde pública a nível local.

A sua missão centra-se na proteção e promoção da saúde da população, através de uma abordagem baseada na epidemiologia, planeamento em saúde e intervenção comunitária, assumindo funções nucleares como: vigilância epidemiológica; análise e monitorização de indicadores de saúde; investigação em saúde; planeamento e avaliação de programas de saúde e formação de profissionais de saúde (Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, 2024).

A atuação da USP desenvolve-se em estreita articulação com as diferentes unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, USF, UCSP, UCC e URAP, bem como com os serviços hospitalares e entidades da comunidade, promovendo uma abordagem intersectorial e integrada, essencial à resposta aos determinantes sociais da saúde (USP Viseu Dão-Lafões, n.d.).

A literatura evidencia que as Unidades de Saúde Pública desempenham um papel crítico na identificação de necessidades em saúde, planeamento estratégico e monitorização de resultados, sendo fundamentais para a sustentabilidade dos sistemas de saúde (Kickbusch & Gleicher, 2012).

Do ponto de vista organizacional, a USP estrutura-se como uma unidade funcional com autonomia técnica, integrada na governação clínica da ULS, sendo responsável pela produção de informação epidemiológica, apoio à decisão e avaliação em saúde.

A sua atuação operacional organiza-se em diferentes áreas estratégicas, nomeadamente: vigilância epidemiológica e controlo de doenças transmissíveis e não transmissíveis; planeamento em saúde e definição de prioridades locais; avaliação de programas e resultados em saúde; investigação epidemiológica aplicada; educação e literacia em saúde dirigida à população; apoio técnico às restantes unidades funcionais (USP Viseu Dão-Lafões, n.d.).

No que respeita aos princípios orientadores, a USP pauta a sua atuação por valores como: equidade no acesso aos cuidados; responsabilidade social; rigor científico e técnico; trabalho colaborativo intersectorial; transparência e utilização de evidência na tomada de decisão (USP Viseu Dão-Lafões, n.d.).

A equipa da USP é multidisciplinar, integrando médicos de saúde pública, enfermeiros, técnicos de saúde ambiental, secretários clínicos e médicos internos, o que possibilita uma abordagem abrangente e integrada às necessidades de saúde coletiva (USP Viseu Dão-Lafões, n.d.).

No decurso do estágio, foram desenvolvidas atividades relacionadas com a análise de dados epidemiológicos, monitorização de indicadores e apoio ao planeamento em saúde, permitindo a compreensão dos processos de decisão em saúde pública e da importância dos sistemas de informação na gestão da saúde das populações.

## 1.2. Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.

A Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro (ULSTMAD) constitui uma estrutura integrada do SNS, responsável pela prestação de cuidados de saúde numa região caracterizada por baixa densidade populacional, envelhecimento demográfico acentuado e significativa dispersão geográfica (ULSTMAD, 2024).

Estas características condicionam fortemente a organização e prestação de cuidados, exigindo modelos assistenciais centrados na proximidade, continuidade e adaptação às necessidades locais, conforme descrito na literatura sobre cuidados de saúde em territórios de baixa densidade (OECD, 2020).

A ULSTMAD organiza-se em diferentes polos territoriais, incluindo o polo Douro Sul, onde se insere o concelho de Moimenta da Beira, promovendo a articulação entre cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados.

### **1.2.1. Unidade de Cuidados na Comunidade Moimenta da Beira Saudável**

O concelho de Moimenta da Beira, situado no distrito de Viseu, apresenta características sociodemográficas típicas das regiões do interior, incluindo envelhecimento populacional, dispersão geográfica e limitações no acesso aos serviços.

De acordo com o INE (2024), a população residente ronda os 10 000 habitantes, sendo que a área de influência da UCC abrange 9 410 habitantes distribuídos por 16 freguesias (INE, 2024; PORDATA, 2024).

A UCC Moimenta da Beira Saudável integra a ULSTMAD, desenvolvendo a sua atividade no Centro de Saúde local, com uma área geográfica extensa e caracterizada por dificuldades de acessibilidade, nomeadamente ao nível da rede viária e transportes (UCC Moimenta da Beira Saudável, 2025).

A missão da UCC consiste na prestação de cuidados de saúde e apoio social de proximidade, dirigidos a indivíduos, famílias e grupos vulneráveis, numa lógica de

promoção da saúde, prevenção da doença e continuidade de cuidados (UCC Moimenta da Beira Saudável, 2025).

A sua atuação assenta numa abordagem centrada na pessoa, família e comunidade, integrando dimensões biológicas, psicológicas e sociais, em consonância com os modelos de enfermagem comunitária e de cuidados centrados na pessoa (Melo, 2020).

Enquanto unidade funcional dos cuidados de saúde primários, a UCC apresenta uma estrutura organizacional assente numa equipa multiprofissional, constituída por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, técnicos de reabilitação e outros profissionais, que atuam de forma articulada, promovendo intervenções integradas e centradas nas necessidades da população (UCC Moimenta da Beira Saudável, 2025).

A sua intervenção organiza-se em diferentes eixos estratégicos, nomeadamente: cuidados domiciliários a pessoas dependentes; apoio ao cuidador informal; promoção da saúde e prevenção da doença ao longo do ciclo de vida; intervenção em grupos vulneráveis; desenvolvimento de projetos comunitários; articulação com redes formais e informais da comunidade (UCC Moimenta da Beira Saudável, 2025).

No que respeita aos projetos desenvolvidos, destacam-se: Saúde Escolar; Saúde Materna e Reprodutiva; Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI); Apoio ao Cuidador Informal; Reabilitação Respiratória; Intervenção em situações de vulnerabilidade social e clínica e Programas de educação para a saúde (UCC Moimenta da Beira Saudável, 2025). Estes projetos refletem a orientação das UCC para uma abordagem integrada, preventiva e promotora de saúde, alinhada com os princípios dos cuidados de saúde primários e da saúde comunitária.

A atuação da UCC é orientada por valores fundamentais, tais como: proximidade e acessibilidade; respeito pela dignidade e autonomia da pessoa; trabalho em equipa e interdisciplinaridade; continuidade e integração de cuidados;

responsabilidade social e comunitária (UCC Moimenta da Beira Saudável, 2025; ULSTMAD, 2024).

A organização funcional da unidade privilegia o trabalho em rede, com forte articulação com outras unidades de saúde, autarquias, instituições particulares de solidariedade social e outros parceiros locais, assegurando uma resposta integrada e adaptada às necessidades da população (UCC Moimenta da Beira Saudável, 2025).

No âmbito do estágio, foram desenvolvidas atividades de intervenção comunitária e domiciliária, permitindo a consolidação de competências na área da enfermagem comunitária, nomeadamente na avaliação das necessidades de saúde, planeamento de intervenções e articulação com recursos da comunidade.

## **2. Desenvolvimento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

O Regulamento n.º 140/2019, publicado pela OE, define o perfil de competências transversais do Enfermeiro Especialista, servindo igualmente de base concetual para a regulamentação das competências específicas associadas a cada área de especialização em Enfermagem. Este documento orientador estabelece que, para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista, é necessário o desenvolvimento de um conjunto de competências comuns, aplicáveis à prática profissional em diferentes contextos clínicos e áreas de especialidade. De acordo com o artigo 4.º do referido regulamento, essas competências estão organizadas em quatro domínios principais: (a) responsabilidade profissional, ética e legal; (b) melhoria contínua da qualidade; (c) gestão dos cuidados; e (d) desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019 , p. 4744).

O Enfermeiro Especialista detém um saber aprofundado num domínio específico da enfermagem, sustentado na compreensão das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Este conhecimento evidencia-se por elevados níveis de julgamento clínico e de tomada de decisão, expressos através de um conjunto de competências especializadas inerentes a um campo de intervenção próprio. Estes profissionais partilham, entre si, um conjunto de domínios que constituem competências comuns, sendo a sua prática profissional aplicável nos contextos de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, abrangendo a totalidade dos ambientes de prestação de cuidados.

O Enfermeiro Especialista desenvolve um conjunto de competências comuns transversais a todas as áreas de especialidade em Enfermagem, que se encontram definidas no artigo 3º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019).

A Enfermagem, enquanto disciplina científica e prática profissional, exige níveis crescentes de conhecimento, especialização e competência técnica, tornando essencial o desenvolvimento de um percurso de formação avançada. Nesse sentido, o Enfermeiro Especialista é definido como o profissional “a quem se reconhece competência científica, *técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem*” (OE, 2019 , p. 4745).

Importa salientar que, durante o processo de elaboração do presente relatório, entrou em vigor o Regulamento n.º 454/2026, que revoga e atualiza o anterior Regulamento n.º 140/2019, introduzindo alterações relevantes no enquadramento das competências comuns do enfermeiro especialista. Apesar de se manter a organização em quatro domínios fundamentais — responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão e coordenação de cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais — o novo regulamento apresenta uma estrutura mais operacionalizada, assente em descritivos, unidades e critérios de competência, permitindo uma avaliação mais objetiva, mensurável e sistematizada do desempenho profissional especializado.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o novo enquadramento reforça o papel do enfermeiro especialista como referência ética e deontológica, valorizando não apenas o cumprimento normativo, mas também a capacidade de consultoria ética, tomada de decisão em contextos complexos e promoção de práticas seguras e centradas na pessoa. Paralelamente, assume particular relevância a utilização responsável das tecnologias em saúde, a proteção de dados e a segurança da informação clínica.

Relativamente ao domínio da melhoria contínua da qualidade, o Regulamento n.º 454/2026 reforça a importância da governação clínica, da gestão do risco, da segurança dos cuidados e da implementação de programas formais de melhoria contínua, destacando a necessidade de monitorização sistemática da prática clínica, auditorias e reporte de incidentes, numa perspetiva de excelência e segurança assistencial.

No âmbito da gestão e coordenação de cuidados, verifica-se um reforço explícito das competências de liderança clínica e organizacional, reconhecendo o enfermeiro especialista como líder de equipas, gestor de processos e agente facilitador da mudança e inovação. O novo regulamento valoriza ainda competências relacionais e interpessoais, nomeadamente inteligência emocional, assertividade, gestão de conflitos e adaptação dos estilos de liderança às características das equipas e contextos clínicos.

Por último, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, evidencia-se uma maior valorização da prática baseada na evidência científica, da

investigação, da inovação e da disseminação do conhecimento, promovendo a incorporação contínua de evidência científica na prática clínica. Simultaneamente, reforça-se a importância da capacitação, da literacia em saúde e da intervenção centrada na comunidade, numa perspetiva de promoção da participação ativa dos cidadãos e melhoria dos ganhos em saúde.

Neste sentido, o Regulamento n.º 454/2026 constitui um referencial atualizado e alinhado com as atuais exigências da prática clínica especializada, permitindo enquadrar de forma mais contemporânea as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do presente estágio(OE,2026).

### 2.1. Assumir responsabilidade profissional, ética e legal

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (art.º 5.º, p. 4745), a prática profissional do Enfermeiro Especialista deve ser conduzida com base em princípios éticos, legais e deontológicos (OE, 2019).

Assim sendo, ao longo da intervenção desenvolvida junto da pessoa, família e comunidade, foram assegurados os direitos dos utentes, nomeadamente o anonimato, a confidencialidade e o consentimento informado, garantindo que nenhuma intervenção foi realizada sem o seu conhecimento e autorização.

Foi assegurado o sigilo profissional, bem como a promoção da autonomia e da tomada de decisão de cada utente e família, respeitando os seus valores e crenças, e orientando a prática pelos princípios da Beneficência, Não Maleficência e Justiça, em consonância com o quadro deontológico e legal que regula o exercício profissional da enfermagem em Portugal.

### 2.2. Colaborar na melhoria contínua da qualidade

Segundo o Regulamento n.º 140/2019 da OE (art.º 6º), o Enfermeiro Especialista deve assumir um papel dinamizador no desenvolvimento de práticas de qualidade, colaborando em programas de melhoria contínua e contribuindo para a segurança dos cuidados (OE, 2019).

Durante os estágios realizados, foi possível desenvolver competências que se inserem no domínio da melhoria contínua da qualidade, nomeadamente através da participação em atividades estratégicas e da prestação de cuidados centrados na pessoa.

Destaca-se a colaboração com o grupo dinamizador do tabagismo, que integrou reuniões de planeamento e a coconstrução de um vídeo educativo posteriormente homologado pela ULS Viseu Dão Lafões. Esta experiência permitiu compreender a

importância da intervenção estruturada em promoção da saúde e o papel do enfermeiro na capacitação da população para a adoção de comportamentos saudáveis. O tabagismo constitui um relevante problema de saúde pública, reforçando a pertinência de intervenções preventivas e educativas no âmbito da enfermagem comunitária, nomeadamente no contexto da literacia em saúde e da redução de fatores de risco modificáveis.

Participou-se em visitas a várias Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e centros de dia, integrando equipas multidisciplinares, o que exigiu competências de comunicação, trabalho em equipa e articulação interprofissional.

No contexto da UCC Moimenta da Beira Saudável, integrou-se a equipa da ECCL, onde desenvolvi competências na prestação de cuidados domiciliários, através da realização de avaliação clínica e funcional dos utentes, considerando o contexto familiar, social e ambiental.

Colaborou-se na elaboração, implementação e atualização contínua dos planos individuais de cuidados, bem como no registo sistemático da informação clínica na plataforma SClínico, contribuindo para a continuidade assistencial e para a segurança dos cuidados prestados, assegurando simultaneamente a rastreabilidade da informação e a comunicação eficaz entre profissionais.

As visitas domiciliárias assumem um papel fulcral na garantia da continuidade de cuidados, permitindo integrar cuidados clínicos, educação terapêutica e apoio psicossocial no contexto natural da pessoa, favorecendo a adesão terapêutica e a prevenção de complicações.

Estas experiências permitiram consolidar competências ao nível da tomada de decisão clínica, adaptação das intervenções às necessidades do contexto e promoção da qualidade e segurança dos cuidados, numa lógica de governação clínica e melhoria contínua.

### 2.3. Participar na gestão de cuidados

A OE, no Regulamento n.º 140/2019 (art.º 7.º), define que o Enfermeiro Especialista deve gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e assegurando a articulação entre os diferentes profissionais de saúde (OE, 2019).

Ao longo dos estágios realizados, foram desenvolvidas competências no domínio da gestão dos cuidados, nomeadamente através da organização e priorização das intervenções, da articulação com a equipa de saúde e da adaptação dos cuidados às necessidades dos utentes.

Este domínio foi particularmente desenvolvido na articulação com a equipa multidisciplinar e na adequação das intervenções às especificidades do contexto comunitário, evidenciando capacidade de gestão integrada dos cuidados e de tomada de decisão clínica, orientada para a eficiência, qualidade e segurança dos cuidados prestados.

#### 2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A aquisição de competências constitui um processo contínuo de aprendizagem, que emerge com a partilha de experiências e de conhecimento entre os membros da equipa multiprofissional, bem como do trabalho autónomo e do acesso a informação fidedigna.

O Enfermeiro Especialista assume um papel fundamental na tomada de decisão clínica e na promoção de práticas baseadas na evidência.

Ao longo deste percurso formativo, foram mobilizados conhecimentos adquiridos no plano curricular do Mestrado, bem como desenvolvida pesquisa bibliográfica em fontes científicas e institucionais, sustentando decisões clínicas informadas.

Este processo contribuiu para o desenvolvimento do pensamento crítico, da capacidade de análise e da tomada de decisão fundamentada, evidenciando um percurso de aprendizagem contínua, autónoma e sustentada na evidência científica, com integração progressiva de competências de reflexão crítica e desenvolvimento profissional ao longo da vida.

### **3. Desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública**

O estágio de natureza profissional, integrado na matriz formativa da OE, decorreu num contexto favorável à consolidação das competências específicas da área de Enfermagem Comunitária, particularmente no domínio da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (OE, 2021). A consolidação da identidade profissional enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (EEESCSP) concretizou-se ao longo dos dois estágios, através da realização de diversas atividades que proporcionaram o desenvolvimento e o aperfeiçoamento de competências específicas. Estas competências, que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos desafios em saúde, são definidas pelo âmbito de atuação da especialidade, expressando-se na capacidade de conceber, implementar e avaliar intervenções ajustadas às necessidades reais das pessoas, grupos e comunidades (OE, 2019 , p. 4745).

Conforme definido no Regulamento n.º 428/2018 da OE, o EEESCSP assume um papel ativo e estratégico na promoção da saúde das populações. Entre as suas competências destaca-se a capacidade de avaliar o estado de saúde da comunidade com base na metodologia do Planeamento em Saúde, identificando necessidades, prioridades e recursos disponíveis. Este profissional contribui significativamente para a capacitação de grupos e comunidades, promove a autonomia e o empoderamento dos cidadãos na gestão da sua saúde; participa na coordenação de Programas de Saúde comunitários, assegura os objetivos do Plano Nacional de Saúde e garante coerência entre as estratégias locais e as políticas públicas. O seu papel estende-se ainda à vigilância epidemiológica geodemográfica, através da recolha, análise e interpretação de dados em saúde, essenciais para fundamentar intervenções sustentadas e adequadas à realidade das populações (OE, 2018).

Neste enquadramento, as competências específicas desenvolvidas ao longo do estágio materializaram-se na articulação entre avaliação de necessidades em saúde, planeamento de intervenções, capacitação de grupos populacionais, participação em programas comunitários e vigilância epidemiológica, evidenciando a capacidade de integrar conhecimento científico, julgamento clínico e intervenção contextualizada, orientada para ganhos em saúde.

### 3.1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade

O desenvolvimento desta competência específica exigiu a articulação contínua de saberes teóricos, competências técnicas e aptidões relacionais, aplicadas de forma estruturada e consistente ao longo dos estágios. Em contexto de USP, colaborou-se num projeto de diagnóstico de situação sobre a campilobacteriose, permitindo operacionalizar etapas centrais do Planeamento em Saúde, nomeadamente a identificação de um problema relevante, a análise de dados epidemiológicos, a caracterização de fatores de risco e a reflexão sobre estratégias de prevenção e controlo.

O trabalho desenvolvido culminou na elaboração de um relatório técnico e na respetiva apresentação formal, reforçando competências de análise crítica, trabalho em equipa e aplicação do conhecimento científico à prática de saúde pública (cf. Apêndice I). A apresentação produzida evidencia, entre outros aspetos, a identificação de fragilidades na vigilância, subnotificação, falhas nas práticas de higiene alimentar e a necessidade de reforço da educação para a saúde e da monitorização epidemiológica

Esta experiência revelou-se particularmente significativa, ao evidenciar o papel da vigilância epidemiológica enquanto ferramenta essencial à tomada de decisão em saúde pública, à priorização de problemas e à definição de respostas ajustadas. A análise SWOT integrada nesse trabalho permitiu, adicionalmente, desenvolver uma visão mais estratégica sobre fatores internos e externos que condicionam a gestão dos problemas de saúde, contribuindo para uma compreensão mais robusta da relação entre evidência, planeamento e intervenção, numa lógica integrada de governação em saúde.

No âmbito do projeto aplicado, houve envolvimento em rastreios visuais para crianças de dois anos, com foco na deteção precoce de alterações visuais. Verificou-se participação nas várias etapas do processo, desde a preparação dos materiais, o acolhimento das famílias,

até à realização dos testes visuais. Esta intervenção reforçou a importância da prevenção na saúde infantil e consolidou o compromisso com a saúde pública.

No contexto da UCC, para além da prestação de cuidados no âmbito da ECCL, houve oportunidade de realizar visitas específicas aos cuidadores informais, reconhecendo o seu papel primordial na continuidade dos cuidados domiciliários. Estas visitas permitiram avaliar as suas necessidades, promover estratégias de autocuidado e capacitação, bem como oferecer suporte emocional e técnico, fundamentais para a prevenção do desgaste do cuidador e para a melhoria da qualidade de vida da pessoa cuidada. O papel dos cuidadores informais é essencial na prestação de cuidados a pessoas com doenças crónicas e condições de saúde complexas, assegurando, muitas vezes, a continuidade dos cuidados no domicílio (Barros et al., 2025). Contudo, esta função encontra-se frequentemente associada a sobrecarga física, emocional e social, o que compromete o bem-estar do cuidador e a sustentabilidade do papel desempenhado (Barros et al., 2025). A experiência desenvolvida em estágio permitiu corroborar esta evidência, através da observação direta das necessidades dos cuidadores e da implementação de intervenções de apoio individualizado, centradas não apenas na pessoa cuidada, mas também no cuidador enquanto alvo de cuidados especializados.

A programação das visitas domiciliárias exigiu uma articulação cuidada com a equipa e com os conviventes significativos, cuja participação ativa se revelou fundamental para a continuidade assistencial. A recolha de dados foi conduzida com respeito, empatia e sensibilidade ao contexto domiciliário, sendo que se recorreu a estratégias de escuta ativa e comunicação terapêutica, permitindo aumentar a fiabilidade da informação recolhida e identificar determinantes de saúde não captados por indicadores formais.

Esta abordagem permitiu reconhecer que a avaliação do estado de saúde de uma comunidade não se circunscreve à leitura de indicadores epidemiológicos, exigindo uma análise contextualizada e multidimensional. Esta constatação assume particular relevância no âmbito da temática em estudo, evidenciando que os indicadores contratualizados, embora essenciais, nem sempre traduzem a complexidade das necessidades reais das populações.

O contacto próximo com o domicílio e com as dinâmicas familiares reforçou a compreensão de que a avaliação do estado de saúde de uma comunidade não se circunscreve à leitura de indicadores epidemiológicos ou assistenciais, exigindo antes uma abordagem multicausal, contextualizada e sensível às realidades concretas das populações. Esta constatação reveste-se de particular relevância tendo em conta a própria temática da investigação desenvolvida no relatório, uma vez que evidencia que os indicadores

contratualizados, embora úteis, nem sempre captam integralmente a complexidade dos fenómenos observados em contexto comunitário. A prática realizada permitiu, assim, compreender de forma mais aprofundada a distância que por vezes se estabelece entre a medição formal do desempenho e a realidade efetiva das necessidades em saúde.

### 3.2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades

No decurso do estágio, contribuiu-se ativamente para a promoção da autonomia e responsabilização em saúde, bem como para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Participou-se ainda na organização e dinamização de ações de formação dirigidas a alunos do ensino secundário (10.º, 11.º e 12.º anos), abordando temáticas relevantes para a promoção da saúde, nomeadamente a sexualidade e o Suporte Básico de Vida (SBV).

Houve igualmente colaboração na atividade “Hospital dos Bonecos”, uma intervenção educativa com componente lúdico-pedagógica, dirigida a públicos mais jovens. A articulação com professores, direções escolares e colegas revelou-se essencial para o sucesso destas iniciativas, permitindo desenvolver competências de planeamento, coordenação e gestão de recursos humanos e materiais, bem como adaptar metodologias às diferentes faixas etárias e necessidades específicas dos públicos-alvo.

Os alunos mostraram-se motivados, participativos e recetivos às temáticas abordadas, o que permitiu estabelecer um ambiente facilitador da aprendizagem e do diálogo. Esta resposta positiva reforçou a importância da educação para a saúde em contexto escolar, bem como a relevância do papel do enfermeiro na dinamização de atividades promotoras da literacia em saúde e na criação de espaços seguros de partilha, esclarecimento e desenvolvimento de competências pessoais e sociais.

A literacia em saúde é reconhecida como um dos pilares fundamentais para a obtenção de melhores resultados em saúde, sendo especialmente relevante na prática profissional de enfermagem. A sua promoção integra as funções do enfermeiro, ao permitir que indivíduos e comunidades adquiram competências para aceder, compreender e utilizar informação em saúde de forma crítica e autónoma. Esta competência reduz disparidades em saúde, promove comportamentos mais saudáveis, reforça a capacidade de gestão da doença e contribui para decisões mais informadas por parte dos utentes. Neste sentido, as atividades desenvolvidas em contexto escolar e comunitário constituíram oportunidades concretas para operacionalizar

estratégias de empowerment, reforçando a capacidade dos participantes para reconhecer riscos, tomar decisões e adotar comportamentos protetores.

Durante este período, verificou-se a integração no programa “Mais Contigo”, no contexto da saúde escolar, o que permitiu aprofundar conhecimentos e enriquecer a prática profissional. Ainda neste estágio, foi elaborado, em colaboração com a orientadora, um trabalho sobre lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT), dirigido a profissionais de saúde pública, reforçando o envolvimento na capacitação interpares. O material produzido evidencia a relevância das LMERT enquanto problema de saúde ocupacional e de saúde pública, destacando o papel do enfermeiro de saúde pública na vigilância, prevenção, educação para a saúde e liderança de iniciativas promotoras de ambientes laborais mais seguros (cf. Apêndice II).

Foi concebido um projeto de promoção da saúde, denominado “Rir Melhor”, tendo sido iniciada a sua implementação, dirigido à promoção da saúde oral em crianças em idade pré-escolar. Este projeto foi estruturado para abranger a comunidade educativa local, através de metodologias lúdico-pedagógicas, incluindo atividade teatral, música, demonstração da técnica de escovagem e envolvimento dos educadores e famílias. O documento do projeto explicita objetivos, metas, cronograma, entidades promotoras e indicadores de avaliação, nomeadamente a percentagem de crianças que demonstram corretamente a técnica básica de escovagem após a intervenção, com meta quantificada de pelo menos 80% dos participantes (cf. Apêndice III).

A articulação com o município para disponibilização de kits de higiene oral veio reforçar a sustentabilidade da intervenção e a cooperação interinstitucional, demonstrando capacidade de mobilização de recursos comunitários. Este projeto assume particular relevância porque evidencia uma passagem da identificação do problema para a construção de uma resposta estruturada, mensurável e sustentável, traduzindo claramente as competências do EEESCSP no âmbito da promoção da saúde, planeamento de intervenção comunitária e capacitação da comunidade escolar.

As doenças orais continuam a constituir um importante problema de saúde pública, afetando particularmente comunidades mais vulneráveis e exigindo intervenções educativas precoces, contínuas e culturalmente adequadas (Peerbhay et al., 2025). A conceção do projeto “Rir Melhor” procurou responder precisamente a essa necessidade, integrando objetivos claros, metas quantificadas e indicadores operacionais, o que constitui um elemento particularmente valorizável do ponto de vista da enfermagem comunitária e da avaliação por resultados. Importa, aliás, assinalar que esta lógica de definição de metas e indicadores no

projeto comunitário revela coerência com a reflexão que sustenta o estudo de investigação do relatório, permitindo demonstrar não apenas a análise crítica dos indicadores contratualizados, mas também a capacidade de construção de indicadores pertinentes, sensíveis à intervenção e ajustados ao contexto.

Assim, através da participação ativa em projetos, ações educativas, vigilância epidemiológica e prestação de cuidados domiciliários, ficou demonstrada a capacidade de integrar práticas clínicas seguras, sustentáveis e centradas na pessoa. Esta atuação reflete princípios de governação clínica, responsabilidade ética e procura contínua de excelência no exercício profissional em enfermagem, em consonância com o Regulamento n.º 428/2018 (OE, 2018).

Foi ainda elaborado e implementado o projeto “Economizar e Não Desperdiçar”, dirigido a beneficiários do Rendimento Social de Inserção, o qual incidiu na promoção de competências práticas relacionadas com planeamento de compras, organização alimentar, leitura de rótulos, reaproveitamento de alimentos e redução do desperdício. O conteúdo da apresentação mostra objetivos concretos orientados para o planeamento com antecedência, estratégias inteligentes de compra, organização da despensa e frigorífico, reutilização criativa e promoção da sustentabilidade, revelando forte alinhamento com intervenções de literacia prática e promoção de autonomia em grupos socialmente vulneráveis (cf. Apêndice IV)

Esta intervenção evidencia, de forma particularmente relevante, a capacidade de adaptar conteúdos de promoção da saúde e capacitação às condições socioeconómicas da população-alvo, articulando literacia em saúde, literacia económica e determinantes sociais da saúde. Trata-se de um exemplo muito pertinente de enfermagem comunitária centrada nas reais necessidades das populações, com potencial impacto na gestão doméstica, segurança alimentar e adoção de comportamentos mais sustentáveis.

Para consolidar a competência em análise, verificou-se igualmente o envolvimento noutras atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, integradas no plano de ação da USP e da UCC, contribuindo para o planeamento, dinamização e avaliação de programas de intervenção centrados na prevenção, proteção e promoção da saúde em diversos contextos comunitários.

### 3.3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde

Durante o estágio, houve participação ativa na promoção, implementação e monitorização de diversas atividades integradas nos Programas de Saúde em vigor, em conformidade com os objetivos estratégicos definidos no Plano Nacional de Saúde. Esta participação permitiu aplicar conhecimentos e desenvolver competências na articulação entre necessidades locais e metas nacionais, contribuindo para uma intervenção mais eficaz e orientada para ganhos em saúde.

A participação em estruturas e redes interinstitucionais, como a CPCJ, ELI, CLAS, NLI, NACR e EPVA, integra o âmbito das competências do EEESCSP. Estas instâncias representam espaços privilegiados de articulação intersetorial e de construção de respostas integradas aos problemas de saúde e sociais das comunidades. Embora, por razões institucionais e de confidencialidade, não tenha sido possível acompanhar diretamente algumas dessas reuniões, o reconhecimento da sua relevância estratégica e a articulação indireta com os seus pressupostos operacionais contribuíram para aprofundar a compreensão do trabalho em rede como dimensão essencial da enfermagem comunitária.

Importa sublinhar que a integração nos Programas de Saúde de âmbito comunitário não se esgota na execução de atividades isoladas; implica, antes, a capacidade de alinhar intervenções locais com objetivos mais amplos de saúde pública, garantindo coerência entre prioridades identificadas, recursos disponíveis, parceiros envolvidos e resultados esperados. Nesse sentido, as experiências desenvolvidas durante o estágio permitiram consolidar uma visão mais sistémica da intervenção do EEESCSP.

### 3.4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

Ao longo do percurso formativo, foi desempenhado um papel ativo na vigilância epidemiológica dos fenómenos saúde-doença observados nas áreas geodemográficas abrangidas pelos contextos de estágio, contribuindo para a análise e compreensão da evolução do estado de saúde da população.

Foram registados e sistematizados dados relevantes para a construção de perfis epidemiológicos locais, permitindo identificar tendências e padrões de saúde-doença fundamentais para a tomada de decisão informada. A participação em atividades relacionadas com a saúde ambiental, vigilância e monitorização de situações de risco permitiu compreender

melhor a importância dos sistemas de vigilância epidemiológica na definição de prioridades e na resposta atempada às necessidades em saúde pública.

A experiência desenvolvida com o diagnóstico de situação sobre campilobacteriose constitui, neste domínio, um exemplo particularmente ilustrativo, uma vez que permitiu relacionar análise epidemiológica, identificação de fragilidades do sistema, educação para a saúde e proposta de linhas de intervenção. A apresentação elaborada evidencia problemas como subnotificação, insuficiência dos sistemas de monitorização, limitações laboratoriais e lacunas na sensibilização de profissionais e comunidade, destacando implicações diretas para a prática de enfermagem, nomeadamente reforço da vigilância, melhoria da notificação e promoção de comportamentos preventivos (cf. Apêndice I).

Em ambos os locais de estágio, recorreu-se sempre à comunicação empática e assertiva, por se tratar de uma ferramenta estratégica de mobilização e articulação entre diferentes intervenientes e contextos. Houve necessidade de ajustar o discurso técnico a públicos muito distintos, desde pessoas em situação de vulnerabilidade na comunidade até profissionais com elevada diferenciação, procurando-se garantir clareza, rigor científico e sensibilidade sociocultural.

A experiência vivida na USP e na UCC proporcionou um vasto conjunto de ferramentas que contribuíram significativamente para o desenvolvimento profissional, pessoal e académico. À luz do modelo de Benner (Benner, 2019; Benner & Queirós, 2005), reconhece-se que este percurso foi essencial para a transição de uma prática mais dependente de referenciais formais para uma prática mais integrada, contextualizada e clinicamente fundamentada. Mais do que a mera execução de atividades, este percurso permitiu desenvolver capacidade de leitura crítica da realidade comunitária, de planeamento de respostas ajustadas e de avaliação do impacto potencial das intervenções, dimensões centrais quer para a especialidade, quer para a formação de mestrado.

Ao longo dos estágios, houve participação ativa em equipas multiprofissionais, promoção do pensamento crítico, tomada de decisão ética e adaptação da prática às realidades específicas de populações vulneráveis. Estes contextos exigiram comunicação clara e empática, autonomia profissional e gestão da prática orientada pela melhor evidência disponível, aspetos centrais nas competências do EEESCSP e igualmente esperados de um mestre em Enfermagem. Neste sentido, considera-se que este percurso formativo se traduziu num compromisso progressivo com uma prática de excelência, socialmente útil, cientificamente fundamentada e coerente com a dignificação da enfermagem comunitária e de saúde pública.

**Parte II – Componente de Investigação: Perceção dos enfermeiros das Unidades de Cuidados na Comunidade sobre os indicadores contratualizados**



## Resumo

**Introdução:** A crescente complexidade dos sistemas de saúde e a necessidade de assegurar qualidade, eficiência e responsabilização têm reforçado a centralidade dos indicadores de desempenho nos cuidados de saúde primários. No contexto das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), a adequação destes indicadores assume particular relevância, atendendo à natureza multidimensional, relacional e contextual da prática de enfermagem comunitária.

**Objetivo:** Analisar a percepção dos enfermeiros das UCC relativamente à adequabilidade, exequibilidade, pertinência e abrangência dos indicadores contratualizados, bem como identificar limitações e propostas de melhoria.

**Metodologia:** Estudo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal, complementado por análise qualitativa de conteúdo, segundo o referencial de Bardin. A amostra integrou 410 enfermeiros a exercer funções em UCC em Portugal. A recolha de dados foi realizada através de questionário estruturado, anónimo e autoaplicável, incluindo questões fechadas e abertas. A análise dos dados quantitativos foi efetuada com recurso a estatística descritiva e inferencial, e a análise qualitativa permitiu a identificação de categorias temáticas emergentes.

**Resultados:** Os resultados evidenciam uma percepção globalmente crítica relativamente aos indicadores contratualizados. Destaca-se a identificação de limitações ao nível da sua pertinência, exequibilidade e capacidade de refletir a complexidade dos cuidados de enfermagem em contexto comunitário. A análise qualitativa permitiu aprofundar estas percepções, evidenciando dimensões estruturais como a desadequação dos indicadores à prática real, a invisibilidade dos cuidados de enfermagem, constrangimentos organizacionais e a necessidade de maior participação dos profissionais na sua definição.

**Conclusões:** Apesar de reconhecidos como instrumentos estratégicos de gestão e avaliação, os indicadores contratualizados revelam-se insuficientemente ajustados às especificidades das UCC. Os resultados apontam para a necessidade de reconfiguração dos modelos de contratualização, com integração de indicadores sensíveis à enfermagem, maior participação dos profissionais e enfoque em resultados em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a sustentabilidade do sistema de saúde.

**Palavras-chave:** Enfermagem Comunitária; Indicadores de Desempenho; Avaliação em Saúde; Cuidados de Saúde Primários; Qualidade dos Cuidados; Percepção Profissional.



## Abstract

**Background:** The increasing complexity of health systems, coupled with the need to ensure quality, efficiency, safety, and accountability, has reinforced the central role of performance indicators in primary health care. Within Community Care Units (CCUs), the adequacy of these indicators is particularly critical, given the multidimensional, relational, and context-dependent nature of community nursing practice.

**Objective:** To analyse nurses' perceptions of the adequacy, feasibility, relevance, and comprehensiveness of contracted performance indicators in CCUs, as well as to identify perceived limitations and improvement strategies.

**Methods:** A quantitative, exploratory, descriptive, and cross-sectional study was conducted, complemented by qualitative content analysis based on Bardin's framework. The sample comprised 410 nurses working in CCUs across Portugal. Data were collected through a structured, anonymous, and self-administered questionnaire, including both closed- and open-ended questions. Quantitative data were analysed using descriptive and inferential statistics, while qualitative data were subjected to thematic content analysis, allowing the identification of emergent categories.

**Results:** Findings reveal an overall critical appraisal of contracted performance indicators. Key limitations were identified regarding their relevance, feasibility, and capacity to adequately reflect the complexity of community nursing care. Qualitative analysis further highlighted structural issues, including misalignment between indicators and real-world practice, the invisibility of nursing contributions, organisational constraints, and limited professional involvement in indicator development.

**Conclusions:** Although recognised as strategic tools for performance assessment and management, contracted indicators appear insufficiently aligned with the specificities of CCUs. The findings support the need for reconfiguring contracting models, with greater integration of nursing-sensitive indicators, enhanced professional participation, and a stronger focus on health outcomes. Such changes are essential to improve care quality and ensure the sustainability of health systems.

**Keywords:** Community Nursing; Primary Health Care; Performance Indicators; Health Services Evaluation; Quality of Care; Professional Perception.



## Introdução

Nas últimas décadas, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) português tem sido alvo de sucessivas reformas estruturais, particularmente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), com o objetivo de aumentar a acessibilidade, a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados. A reforma iniciada em 2005 constituiu um marco determinante neste processo, conduzindo à criação de novos modelos organizacionais, entre os quais se destacam as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), concebidas para responder de forma integrada, inovadora e centrada na pessoa às necessidades em saúde das populações (Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, 2024; SNS, 2024).

As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) assumem uma natureza eminentemente comunitária, desenvolvendo intervenções em contextos diversificados, incluindo o domicílio, as escolas, os locais de trabalho e outros espaços comunitários. As suas equipas multiprofissionais, frequentemente coordenadas por enfermeiros, orientam a sua atuação para a promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e apoio a grupos vulneráveis, em articulação com os Programas Nacionais de Saúde e com as restantes unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, integradas nas Unidades Locais de Saúde (ULS). Esta lógica de proximidade, integração e articulação intersectorial confere às UCC um papel estratégico no reforço da equidade no acesso aos cuidados e na resposta às necessidades específicas das populações, particularmente em contextos de maior vulnerabilidade territorial e social (OE, 2019; SNS, 2024).

Contudo, apesar da sua relevância no contexto dos CSP, persistem desafios significativos ao nível da avaliação do desempenho destas unidades. A ausência de modelos de contratualização plenamente ajustados à especificidade dos cuidados comunitários, bem como as limitações associadas à operacionalização de indicadores de desempenho, têm condicionado a monitorização da sua eficácia e o reconhecimento dos ganhos em saúde produzidos. A complexidade inerente aos cuidados de enfermagem comunitários,

caracterizados por uma natureza simultaneamente técnica, relacional, educativa e contextual, dificulta a sua tradução em métricas tradicionais, frequentemente centradas em outputs quantificáveis e desajustadas da multidimensionalidade do cuidar (Braga, 2013; Lindaas et al., 2024).

Paralelamente, o SNS enfrenta uma crescente pressão para assegurar a sustentabilidade financeira, num contexto de aumento da despesa em saúde e de exigência de maior eficiência na utilização dos recursos públicos. Em 2021, a despesa corrente em saúde atingiu 23.685,9 milhões de euros, correspondendo a 11,2% do Produto Interno Bruto, o valor mais elevado desde 2000 (INE, 2023). Este cenário tem reforçado a adoção de modelos de gestão inspirados na Nova Gestão Pública (New Public Management – NPM), que privilegiam a eficiência, a responsabilização e a monitorização por resultados, através da utilização de indicadores de desempenho e mecanismos de contratualização (Andrews, 2011; Nunes & Harfouche, 2015).

As reformas associadas à NPM introduziram, assim, instrumentos de gestão orientados para o desempenho, baseados na definição de metas, avaliação contínua e atribuição de incentivos, com o objetivo de promover maior eficiência e qualidade nos serviços públicos de saúde. Estas abordagens, amplamente disseminadas nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), assentam em princípios como a desagregação organizacional, a introdução de mecanismos de incentivo e a promoção da concorrência (Alonso et al., 2015; Lapão & Pisco, 2019; Lindaas et al., 2024; Nunes & Harfouche, 2015).

Mais recentemente, tem emergido uma nova abordagem conceptual, cuidados de saúde baseados em valor, o *value-based healthcare* (VBC), que propõe uma reconfiguração dos sistemas de saúde orientada para a maximização dos resultados em saúde relativamente aos custos, deslocando o foco da produção de cuidados para o valor gerado para o utente e para a população (Etges et al., 2023; Lee, 2021; Rangachari, 2023). Neste paradigma, a medição do desempenho assume um papel central, exigindo indicadores capazes de captar não apenas a atividade assistencial, mas também os resultados clínicos, a experiência do utente, a coordenação dos cuidados e a utilização eficiente dos recursos ao longo de todo o ciclo de cuidados.

Neste contexto, ganha particular relevância o desenvolvimento de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (nursing-sensitive indicators), que permitam evidenciar o contributo específico dos enfermeiros para os resultados em saúde, a segurança dos cuidados e a experiência do utente. A literatura tem vindo a sublinhar que a ausência

destes indicadores compromete a avaliação real do valor produzido, conduzindo à invisibilidade do contributo da enfermagem nos sistemas de contratualização e financiamento (Kantarevic & Kralj, 2015; Welton & Longyear, 2024). Esta limitação assume especial relevância nas UCC, onde os cuidados de enfermagem desempenham um papel central na coordenação, educação, acompanhamento e capacitação das pessoas e comunidades.

A contratualização, enquanto instrumento estruturante da governação em saúde, constitui uma ferramenta essencial para alinhar objetivos estratégicos, recursos disponíveis e resultados esperados. No contexto português, este processo envolve a negociação entre diferentes níveis da administração do SNS, incluindo a Administração Regional de Saúde (ARS), a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e as unidades prestadoras de cuidados, sendo operacionalizado através de instrumentos como o Plano de Atividades e Orçamento (PAO) e monitorizado por indicadores de desempenho, nomeadamente o Índice de Desempenho Global (IDG) (ACSS, 2022, 2024a; Ferreira et al., 2010; SNS, 2024).

Apesar dos avanços alcançados, diversos autores têm vindo a evidenciar limitações nos modelos atuais de contratualização, nomeadamente no que se refere à adequação dos indicadores às realidades clínicas e territoriais, à sua exequibilidade prática e à sua capacidade de refletir efetivamente ganhos em saúde orientados para a pessoa e para a comunidade (Braga, 2013; Lindaas et al., 2024). Esta problemática é particularmente evidente nas UCC, onde a diversidade de intervenções, a influência dos determinantes sociais da saúde e a natureza longitudinal e relacional dos cuidados desafiam os modelos tradicionais de avaliação do desempenho.

Neste enquadramento, torna-se fundamental compreender a perceção dos enfermeiros que exercem funções nas UCC relativamente aos indicadores contratualizados, nomeadamente no que respeita à sua adequabilidade, exequibilidade e potencial de melhoria. A análise destas perceções permitirá identificar constrangimentos, lacunas e oportunidades de otimização dos sistemas de monitorização, contribuindo para o desenvolvimento de modelos mais ajustados à prática clínica e às necessidades das populações.

Assim, considerando a relevância científica e prática desta problemática, o presente estudo tem como objetivo analisar a perceção dos enfermeiros das UCC sobre os indicadores contratualizados, explorando a sua adequação à realidade dos cuidados, a sua operacionalização no contexto clínico e as possibilidades de melhoria, com vista à promoção de sistemas de avaliação mais sensíveis, contextualizados e orientados para a produção de valor em saúde.



## **1. Enquadramento Teórico**

### **1.1. Evolução histórica dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal**

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituem o primeiro nível de contacto dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde, assumindo-se como um pilar estruturante dos sistemas de saúde modernos. Caracterizam-se pela sua acessibilidade, abrangência, coordenação e continuidade, desempenhando um papel central na promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e acompanhamento ao longo do ciclo de vida (ACSS, 2024a; Ghebreyesus et al., 2018; WHO, 2010; WHO & UNICEF, 2018). Para além da resposta assistencial, os CSP integram uma abordagem alargada à saúde, reconhecendo a relevância dos determinantes sociais, económicos e ambientais e valorizando a participação comunitária e a ação multissetorial na promoção de ganhos em saúde (Assefa et al., 2020; WHO, 2018).

A centralidade dos CSP foi reiterada internacionalmente nas Declarações de Alma-Ata, em 1978, e de Astana, em 2018, que os consagram como base para sistemas de saúde mais equitativos, integrados e orientados para a cobertura universal de saúde. Neste âmbito, a literatura tem demonstrado que sistemas de saúde fortemente orientados para os CSP tendem a gerar melhores resultados em saúde, maior equidade e uma utilização mais eficiente dos recursos disponíveis, contribuindo para a redução das desigualdades e para a concretização das metas globais em saúde (Assefa et al., 2020; Erku et al., 2023; McBride et al., 2024). O reforço dos CSP implica, contudo, a articulação de vários domínios dos sistemas de saúde, nomeadamente a prestação de cuidados, os recursos humanos, os sistemas de informação, o financiamento, a governação e o acesso a tecnologias e medicamentos, numa lógica de fortalecimento sistémico e sustentável (WHO & UNICEF, 2018).

Em Portugal, o desenvolvimento dos CSP encontra um marco decisivo na criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, através da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, que

consagrou os princípios da universalidade, generalidade e gratuidade no acesso aos cuidados de saúde (Barros et al., 2025). Durante as décadas seguintes, os CSP organizaram-se em torno dos centros de saúde, estruturas territoriais que integravam cuidados médicos, de enfermagem e outros serviços de proximidade. Apesar da sua relevância no alargamento da cobertura assistencial, estes centros de saúde enfrentavam limitações importantes ao nível da eficiência, acessibilidade, qualidade e capacidade de resposta às mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais verificadas nas últimas décadas do século XX (Kasper et al., 2023; Semlitsch et al., 2017).

No início do século XXI, tornou-se evidente a necessidade de uma reforma estrutural dos CSP, perante a persistência de listas de espera extensas, dificuldades de acesso, insatisfação de utentes e profissionais, rigidez organizacional, reduzida autonomia das unidades e insuficiente capacidade de responsabilização pelo desempenho (Biscaia & Heleno, 2017; Lapão & Pisco, 2019; Pisco, 2007). Neste contexto, a reforma consagrada pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, constituiu um marco decisivo na reorganização dos cuidados primários em Portugal, introduzindo um novo modelo funcional baseado na diversificação de respostas, maior autonomia das unidades e reforço da articulação entre níveis de cuidados (Pisco et al., 2024).

O novo modelo passou a integrar diferentes unidades funcionais: Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Saúde Pública (USP) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), permitindo uma maior especialização e adequação da resposta às necessidades locais (Simões et al., 2017). Esta reorganização traduziu-se em melhorias significativas ao nível do acesso, da qualidade e de vários indicadores de saúde, incluindo redução da mortalidade infantil, aumento da esperança de vida e reforço da capacidade de resposta dos CSP, sendo o modelo português frequentemente reconhecido internacionalmente como exemplo de boa prática em reforma dos serviços públicos de saúde (Biscaia & Heleno, 2017; OECD, 2020; Pisco et al., 2024).

Entre os fatores mais valorizados neste processo encontram-se a flexibilidade organizacional, a autonomia funcional, o envolvimento dos profissionais, os sistemas de incentivos e a monitorização contínua do desempenho. Neste contexto, a contratualização assumiu um papel crescente como instrumento de governação, responsabilização e promoção da qualidade, particularmente nas USF, onde se verificaram ganhos evidentes na qualidade dos cuidados e na satisfação dos utentes (Biscaia & Heleno, 2017; Lapão & Pisco, 2019; Pisco et al., 2024). É precisamente neste quadro de evolução dos CSP, orientado para

resultados, eficiência e monitorização, que emerge a problemática dos indicadores de desempenho e da sua adequação às diferentes realidades organizacionais, incluindo as UCC.

## 1.2. Criação e implementação das Unidades de Cuidados na Comunidade

As UCC constituíram uma das inovações mais relevantes da reforma dos CSP, surgindo como resposta à necessidade de desenvolver cuidados de proximidade, territorializados e de base comunitária. Estas unidades foram concebidas para prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social em contexto domiciliário e comunitário, dirigindo-se especialmente a pessoas, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade, risco, dependência ou necessidade de acompanhamento continuado (ACSS, 2024a).

O processo de implementação das UCC iniciou-se formalmente em 2009, com a publicação do Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril, que estabeleceu os procedimentos de candidatura para a constituição destas unidades. As primeiras UCC foram inauguradas nesse mesmo ano, marcando o início de uma nova etapa na organização dos cuidados comunitários em Portugal. Desde então, o seu crescimento tem sido progressivo, consolidando uma rede de resposta de proximidade com expressão nacional e relevância crescente na prestação de cuidados de saúde comunitários (ACSS, 2022; Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, 2024).

As UCC caracterizam-se pela sua autonomia técnica e funcional e por possuírem uma carteira de serviços específica, desenvolvida em articulação com as restantes unidades funcionais dos ACeS, nomeadamente USF, UCSP, USP e URAP. Esta articulação é determinante para assegurar continuidade assistencial, integração dos cuidados e respostas ajustadas às necessidades das populações (Lapão & Pisco, 2019; Pisco et al., 2024). Uma das características distintivas destas unidades é o facto de serem coordenadas por enfermeiros, refletindo o reconhecimento do papel central da enfermagem na gestão de cuidados comunitários complexos, na coordenação de equipas multidisciplinares e na articulação entre respostas clínicas, sociais e comunitárias (OE, 2019).

A coordenação das UCC por enfermeiros encontra sustentação nas competências específicas destes profissionais na promoção da saúde, prevenção da doença, acompanhamento de processos de transição, apoio a grupos vulneráveis e gestão de respostas de proximidade. Esta orientação confere às UCC uma matriz fortemente ancorada nos princípios da enfermagem comunitária, nomeadamente a abordagem holística, a centralidade da pessoa e da família, a continuidade dos cuidados, a capacitação e a

intervenção sobre os determinantes da saúde (Capela & Biscaia, 2023; Fonseca & Oliveira, 2021).

A filosofia organizacional das UCC baseia-se, assim, numa lógica de proximidade, acessibilidade, equidade, acompanhamento e dinamização comunitária, distinguindo-se do modelo tradicional centrado na instituição e no episódio de doença. Esta característica torna as UCC particularmente relevantes no contexto atual dos CSP, mas também coloca desafios acrescidos ao nível da avaliação do seu desempenho, uma vez que a sua atividade integra dimensões clínicas, preventivas, educativas, relacionais e intersetoriais, nem sempre facilmente traduzíveis em indicadores formais.

### 1.3. Missão e objetivos das UCC no contexto dos cuidados de saúde primários

A missão das UCC encontra-se claramente definida no enquadramento legal que regula o seu funcionamento, consistindo na prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social em contexto domiciliário e comunitário, dirigidos particularmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de risco, dependência física ou funcional, doença crónica ou necessidade de acompanhamento continuado. Esta missão traduz uma mudança paradigmática na organização dos cuidados, ao deslocar o centro da intervenção da instituição para a comunidade e para os contextos reais de vida das pessoas.

As UCC orientam a sua atuação para múltiplas dimensões complementares, nomeadamente promoção da saúde, prevenção da doença, cuidados curativos, reabilitação e, em determinados contextos, cuidados paliativos. Para além destas áreas de ação, assumem um papel importante na educação para a saúde, acompanhamento de situações de vulnerabilidade, apoio a cuidadores informais, articulação com redes comunitárias e implementação de respostas adaptadas às necessidades dos territórios (OECD, 2020; Pisco, 2007; Pronk et al., 2021).

A sua integração depende, porém, de uma articulação efetiva com as restantes unidades funcionais e com outros serviços da comunidade. A cooperação com USF e UCSP é particularmente relevante, por serem frequentemente a porta de entrada dos utentes no sistema, assegurando as UCC a continuidade e a especialização de respostas domiciliárias e comunitárias. A articulação com o hospital é igualmente fundamental, sobretudo nos processos de alta e transição de cuidados, enquanto a colaboração com autarquias, serviços sociais, organizações não-governamentais e outras estruturas locais permite uma abordagem

mais integrada dos determinantes sociais da saúde (ACSS, 2024a; Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, 2024).

Esta natureza complexa, interprofissional e territorializada das UCC explica, em parte, a dificuldade em construir modelos de avaliação do desempenho verdadeiramente sensíveis à sua missão. Sendo unidades que produzem valor em saúde através de processos muitas vezes relacionais, longitudinais e comunitários, as UCC desafiam lógicas de mensuração excessivamente centradas em atividade ou resultados imediatos, reforçando a necessidade de indicadores ajustados à especificidade da enfermagem comunitária e dos cuidados de proximidade.

#### 1.4. Conceitos fundamentais, tipologia e enquadramento contemporâneo dos indicadores de saúde

A crescente complexidade dos sistemas de saúde, aliada à necessidade de assegurar qualidade, eficiência, segurança e responsabilização, conduziu ao desenvolvimento e utilização generalizada de indicadores de desempenho como instrumentos estruturantes de monitorização e governação em saúde. Ao longo das últimas décadas, reguladores, decisores políticos, investigadores e profissionais têm recorrido a estes instrumentos para avaliar o funcionamento dos sistemas, comparar desempenhos entre instituições e apoiar a tomada de decisão baseada em evidência (Braithwaite et al., 2017; Hadian et al., 2024).

Os indicadores de saúde podem ser definidos como medidas quantitativas ou qualitativas que permitem descrever, monitorizar e avaliar fenómenos relevantes relacionados com o estado de saúde das populações, a prestação de cuidados e o desempenho dos sistemas de saúde. Donabedian, referência seminal nesta área, conceptualizou a qualidade dos cuidados através de três dimensões fundamentais, estrutura, processo e resultado, estabelecendo um modelo que permanece central na construção e interpretação de indicadores. Os indicadores de estrutura referem-se às condições organizacionais e aos recursos disponíveis; os de processo avaliam a forma como os cuidados são prestados; e os de resultado medem os efeitos das intervenções na saúde das pessoas e populações (Donabedian, 2005).

A evolução conceptual dos indicadores de saúde tem conduzido a uma abordagem progressivamente mais abrangente e multidimensional. A Organização Mundial da Saúde destaca que um indicador deve reunir um conjunto de características essenciais, nomeadamente relevância, validade científica, fiabilidade, sensibilidade, especificidade,

viabilidade e comparabilidade, garantindo que a informação produzida é útil, rigorosa e aplicável à tomada de decisão (WHO & UNICEF, 2018). Neste sentido, a utilização de indicadores isolados tem vindo a ser progressivamente substituída por quadros integrados de desempenho, que combinam múltiplas dimensões, incluindo resultados clínicos, processos assistenciais, experiência do utente, utilização de recursos e equidade.

Apesar do avanço significativo na conceptualização e utilização de indicadores, persistem desafios relevantes. A literatura evidencia que muitos sistemas de saúde apresentam limitações na recolha e integração de dados, dificuldades na articulação entre processos e resultados, e fragilidades na interpretação contextualizada do desempenho (Abdullah et al., 2022). Adicionalmente, existe uma tendência para privilegiar indicadores facilmente mensuráveis, em detrimento de dimensões mais complexas, como a qualidade relacional, a continuidade dos cuidados ou o impacto das intervenções nos determinantes sociais da saúde.

No contexto internacional, diversos países têm desenvolvido quadros de indicadores robustos para monitorizar o desempenho dos sistemas de saúde. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) disponibiliza atualmente um conjunto alargado de indicadores comparáveis internacionalmente, permitindo analisar dimensões como qualidade, acesso, eficiência e resultados em saúde. No entanto, mesmo em sistemas com elevada maturidade informacional, subsistem dificuldades em relacionar diretamente o desempenho assistencial com os *outcomes* obtidos, evidenciando a necessidade de aperfeiçoamento contínuo dos modelos de medição (Hadian et al., 2024).

### 1.5. Indicadores de desempenho nos Cuidados de Saúde Primários: uma abordagem orientada para o valor

Nos últimos anos, a discussão em torno dos indicadores de desempenho nos Cuidados de Saúde Primários tem sido profundamente influenciada pela emergência do paradigma dos cuidados de saúde baseados em valor (*value-based healthcare* (VBC)). Este modelo redefine o conceito de desempenho, deslocando o foco da quantidade de cuidados prestados para o valor gerado, entendido como a relação entre os resultados em saúde obtidos e os recursos utilizados (Lee, 2021; Rangachari, 2023).

Neste enquadramento, os indicadores de desempenho deixam de se centrar exclusivamente na atividade assistencial, passando a integrar múltiplas dimensões, nomeadamente:

- resultados clínicos e de saúde populacional;
- processos de coordenação e integração de cuidados;
- experiência e satisfação dos utentes;
- acesso e continuidade assistencial;
- custos e utilização de recursos ao longo do ciclo de cuidados.

A literatura evidencia que a medição do desempenho em CSP deve refletir a natureza integrada e longitudinal destes cuidados, valorizando a coordenação interprofissional, a gestão da doença crónica, a prevenção e a proximidade à comunidade (Lee, 2021; Stange et al., 2010). Esta abordagem implica a construção de sistemas de indicadores capazes de captar a complexidade da prática clínica e organizacional, evitando reducionismos associados a métricas exclusivamente produtivistas.

Contudo, a implementação de modelos baseados no valor apresenta desafios significativos, nomeadamente no que se refere à definição de indicadores adequados, à disponibilidade de dados, à necessidade de ajustamento ao risco e à garantia de equidade. Estudos recentes alertam para o risco de incentivos mal desenhados poderem induzir comportamentos indesejáveis ou acentuar desigualdades, caso não sejam devidamente contextualizados (Etges et al., 2023; Rangachari, 2023).

### 1.6. Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem

Neste contexto, ganha particular relevância a discussão em torno dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, definidos como métricas capazes de refletir o impacto direto das intervenções de enfermagem nos resultados em saúde, na segurança dos cuidados e na experiência do utente. A literatura internacional tem vindo a demonstrar que os enfermeiros desempenham um papel central na criação de valor em saúde, especialmente nos CSP, através de atividades como coordenação de cuidados, educação para a saúde, gestão da doença crónica, apoio à adesão terapêutica e acompanhamento de processos de transição (Welton & Longyear, 2024).

Apesar desta evidência, os sistemas de medição de desempenho tendem, frequentemente, a não capturar de forma explícita estas contribuições, integrando-as de forma indireta ou invisível nos resultados globais. Esta limitação compromete não só a avaliação real do desempenho, mas também o desenho de modelos de financiamento e contratualização, podendo conduzir a uma subvalorização do papel da enfermagem nos sistemas de saúde (Kantarevic & Kralj, 2015).

No contexto dos CSP e, em particular, das UCC, esta problemática assume especial relevância, uma vez que a intervenção de enfermagem é predominantemente:

- relacional e educativa;
- centrada na pessoa e na família;
- orientada para a capacitação e empowerment;
- desenvolvida em contextos comunitários e domiciliários;
- longitudinal e integrada.

Estas características dificultam a sua tradução em indicadores tradicionais, reforçando a necessidade de desenvolver métricas específicas que reflitam adequadamente a natureza e o impacto dos cuidados de enfermagem comunitários.

### 1.7. O BI dos Cuidados de Saúde Primários e os indicadores contratualizados

No contexto português, a monitorização do desempenho nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) encontra-se fortemente estruturada através de sistemas de informação e instrumentos de suporte à decisão, destacando-se o Business Intelligence dos Cuidados de Saúde Primários (BICSP) como plataforma central de recolha, análise e disponibilização de indicadores assistenciais. Este sistema constitui um elemento estruturante da governação clínica e da contratualização interna, permitindo acompanhar o desempenho das unidades funcionais e suportar processos de tomada de decisão baseados em evidência.

O BICSP integra um conjunto alargado de indicadores organizados por áreas estratégicas, nomeadamente acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade, vigilância de programas de saúde e eficiência, funcionando como base para a definição de metas e monitorização contínua do desempenho das unidades (ACSS, 2024a). Estes indicadores são operacionalizados no âmbito da contratualização interna dos CSP, constituindo instrumentos essenciais para a avaliação do cumprimento de objetivos e para a promoção da melhoria contínua da qualidade.

De acordo com o documento de Operacionalização da Contratualização Interna nos CSP para 2024, a contratualização assume-se como um processo transversal a todos os níveis da prestação de cuidados, orientado para a melhoria do acesso, da qualidade e dos resultados em saúde, e sustentado na participação ativa dos profissionais e das equipas (ACSS, 2024a). Este processo baseia-se na definição de Planos de Ação das Unidades Funcionais (PAUF), com horizonte temporal trienal e contratualização anual, sendo orientado

por objetivos de melhoria contínua e alinhado com os Planos Nacional, Regionais e Locais de Saúde.

A contratualização interna integra, assim, uma lógica de governação baseada em resultados, na qual os indicadores desempenham um papel central na definição de prioridades, monitorização do desempenho e avaliação do impacto das intervenções. Neste contexto, os Termos de Referência para a Contratualização de 2024 estabelecem as orientações estratégicas para a seleção e aplicação dos indicadores, reforçando a necessidade de alinhamento com objetivos de saúde pública, eficiência organizacional e qualidade dos cuidados (SNS, 2024).

Paralelamente, a Normativa n.º 9/2023, relativa à atualização dos registos dos profissionais, reforça a importância da qualidade e consistência dos dados registados nos sistemas de informação, uma vez que estes constituem a base para a construção dos indicadores e para a avaliação do desempenho. A fiabilidade dos indicadores depende, assim, não apenas da sua definição conceptual, mas também da qualidade dos registos clínicos e administrativos que lhes dão origem (ACSS, 2023).

Apesar da robustez do sistema, a literatura e os documentos institucionais reconhecem que o processo de contratualização se encontra em evolução, nomeadamente no contexto da transição para o modelo das Unidades Locais de Saúde (ULS), implicando adaptações nos processos, nos instrumentos e nos modelos de avaliação (ACSS, 2024b). Neste sentido, a contratualização é assumida como um processo dinâmico e progressivo, orientado para a simplificação, maior autonomia das unidades e reforço da governação clínica.

Contudo, importa salientar que, embora o BICSP constitua uma ferramenta essencial para a monitorização do desempenho, a sua eficácia depende da adequação dos indicadores às realidades clínicas e organizacionais. No caso das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), esta adequação revela-se particularmente desafiante, dada a natureza multidimensional, relacional e comunitária dos cuidados prestados, que nem sempre é captada de forma adequada pelos indicadores disponíveis.

## 1.8. Síntese crítica: adequabilidade, exequibilidade e pertinência dos indicadores

A análise dos sistemas de indicadores no contexto dos CSP e, em particular, das UCC, evidencia a necessidade de uma abordagem crítica centrada em três dimensões fundamentais: adequabilidade, exequibilidade e pertinência.

A adequabilidade refere-se à capacidade dos indicadores para refletirem, de forma válida e significativa, os fenómenos que se pretendem medir (ACSS, 2024a). No contexto da enfermagem comunitária, esta dimensão assume especial relevância, uma vez que muitos dos indicadores existentes se encontram orientados para atividades específicas ou resultados biomédicos, não captando plenamente dimensões essenciais do cuidar, como a educação para a saúde, a capacitação, a coordenação de cuidados ou a intervenção sobre determinantes sociais. Esta limitação pode conduzir a uma representação parcial da realidade assistencial e a uma subvalorização de intervenções com elevado impacto em saúde.

A exequibilidade diz respeito à possibilidade de operacionalização dos indicadores no contexto real de prática, considerando os recursos disponíveis, os sistemas de informação, a carga assistencial e a organização dos serviços. Os documentos orientadores da contratualização reconhecem a necessidade de simplificação dos processos e de adaptação progressiva dos instrumentos, evidenciando que a operacionalização dos indicadores deve ser compatível com a prática clínica e não constituir um fator adicional de sobrecarga para os profissionais (ACSS, 2024a). Neste sentido, a qualidade dos registos, a interoperabilidade dos sistemas e a clareza na definição dos indicadores são determinantes para a sua aplicabilidade.

Por sua vez, a pertinência dos indicadores relaciona-se com a sua relevância clínica, organizacional e em saúde pública, ou seja, com a sua capacidade para informar decisões, orientar intervenções e contribuir efetivamente para a melhoria dos cuidados. No âmbito da contratualização, os indicadores devem estar alinhados com prioridades de saúde, necessidades das populações e objetivos estratégicos das unidades, evitando uma lógica exclusivamente produtivista ou descontextualizada (ACSS, 2024b; Escoval, Matos, et al., 2010).

Neste quadro, emerge uma tensão entre a padronização dos indicadores, essencial para a comparabilidade e monitorização, e a sua adaptação às especificidades locais dos contextos de prestação de cuidados. Esta tensão é particularmente evidente nas UCC, onde a diversidade de intervenções, os determinantes sociais e a centralidade das relações terapêuticas exigem modelos de avaliação mais flexíveis e contextualizados.

Neste sentido, a análise da perceção dos enfermeiros constitui um contributo relevante para identificar limitações e lacunas dos modelos atuais, bem como para informar o desenvolvimento de sistemas de monitorização mais ajustados à complexidade dos cuidados de enfermagem comunitária e orientados para ganhos efetivos em saúde.

## 2. Métodos

A metodologia constitui um elemento central em qualquer processo de investigação científica, correspondendo à descrição sistemática, rigorosa e fundamentada do conjunto de procedimentos adotados para responder à questão de investigação. Trata-se de uma explicação detalhada do percurso metodológico seguido, desde a definição do desenho do estudo até às técnicas de análise de dados, assegurando transparência, replicabilidade e validade dos resultados obtidos.

A metodologia traduz-se na explicitação do “caminho” da investigação, integrando todas as operações necessárias à recolha, tratamento e interpretação dos dados, num plano estruturado que orienta a ação investigativa (Fortin, 2009). Neste sentido, a fase metodológica implica a definição clara do tipo de estudo, das variáveis em análise, dos instrumentos de recolha de dados, dos procedimentos de aplicação, bem como das técnicas de análise estatística e interpretativa, garantindo coerência entre o quadro teórico, os objetivos do estudo e os métodos utilizados.

No âmbito do presente estudo, a metodologia foi delineada de forma a permitir a análise da perceção dos enfermeiros das Unidades de Cuidados na Comunidade relativamente aos indicadores contratualizados, integrando uma abordagem predominantemente quantitativa, complementada por uma componente qualitativa. Esta opção metodológica visa assegurar, por um lado, a mensuração objetiva das perceções dos participantes e, por outro, a compreensão aprofundada dos significados atribuídos às suas experiências profissionais.

Assim, a estrutura metodológica adotada contempla: (i) a definição do desenho do estudo e dos critérios de elegibilidade dos participantes; (ii) a caracterização da amostra; (iii) a descrição do instrumento de recolha de dados; (iv) os procedimentos de recolha e tratamento dos dados; (v) a análise estatística, sustentada nos princípios da análise

quantitativa; e (vi) a análise qualitativa das respostas abertas, com base na metodologia de análise de conteúdo. Este conjunto de procedimentos foi desenvolvido de forma articulada, assegurando a validade interna do estudo e a adequação das estratégias metodológicas aos objetivos definidos.

## 2.1. Desenho do estudo, participantes e critérios de elegibilidade

Numa primeira fase, foi realizada revisão da literatura científica sobre indicadores de desempenho em cuidados de saúde primários, contratualização em saúde e avaliação da qualidade em enfermagem, bem como análise dos referenciais nacionais do Business Intelligence dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP). Esta etapa permitiu identificar os principais domínios conceptuais relevantes e sustentar teoricamente a elaboração dos itens incluídos no questionário.

Com base nesta revisão, procedeu-se à elaboração do instrumento de recolha de dados, estruturado de acordo com as dimensões consideradas relevantes para a avaliação da perceção dos enfermeiros relativamente aos indicadores contratualizados nas Unidades de Cuidados na Comunidade. Durante a fase de construção, os itens foram formulados de modo a privilegiar linguagem clara, objetiva e adequada ao contexto profissional dos participantes.

Após a elaboração final, o questionário foi disponibilizado em formato digital, através da plataforma EU Survey, e aplicado online a enfermeiros que exerciam funções em Unidades de Cuidados na Comunidade em território nacional, de acordo com os critérios de inclusão previamente definido.

O presente estudo adotou uma abordagem quantitativa, de natureza exploratória, descritiva e transversal, dirigida a enfermeiros que exerciam funções em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) em Portugal. A opção por um desenho quantitativo justificou-se pela necessidade de obter um retrato alargado, sistemático e atual da perceção dos enfermeiros relativamente aos indicadores contratualizados, permitindo a caracterização do fenómeno num momento específico no tempo e a análise estatística das respostas obtidas. Os estudos quantitativos transversais revelam-se particularmente adequados quando se pretende descrever distribuições, analisar frequências e explorar associações entre variáveis, sem manipulação experimental das condições em estudo (Marôco, 2021).

Embora o estudo assumira natureza predominantemente quantitativa, foram igualmente incluídas questões abertas no instrumento de recolha de dados, com o propósito de aprofundar a compreensão das perceções dos participantes relativamente à adequabilidade, exequibilidade, abrangência e potencial de melhoria dos indicadores contratualizados. Esta opção metodológica permitiu complementar a leitura quantitativa com uma abordagem interpretativa, particularmente útil numa problemática complexa e fortemente contextualizada, como é a avaliação do desempenho em enfermagem comunitária.

A amostra foi do tipo não probabilístico por conveniência, sendo constituída por enfermeiros que exerciam funções em UCC de todo o território nacional. Esta opção fundamentou-se na acessibilidade aos participantes, na exequibilidade da recolha de dados em contexto real de prática profissional e na necessidade de alcançar um número alargado de enfermeiros dispersos geograficamente, maximizando a participação e a abrangência territorial do estudo. Segundo Marôco, a amostragem por conveniência é frequentemente utilizada em estudos exploratórios e descritivos, particularmente quando não é possível assegurar um processo probabilístico de seleção, devendo, contudo, essa limitação ser considerada na interpretação e generalização dos resultados (Marôco, 2021).

Foram definidos como critérios de inclusão:

- exercer funções numa UCC integrada no Serviço Nacional de Saúde;
- aceitar participar voluntariamente no estudo;
- proceder à leitura e validação do consentimento informado antes do início do preenchimento do questionário.
- Foram considerados como critérios de exclusão:
- não exercer funções em UCC;
- submissão de questionários incompletos;
- ausência de aceitação expressa do consentimento informado.

Após aplicação destes critérios, a amostra final ficou constituída por 410 enfermeiros. A recolha de dados decorreu em ambiente digital, tendo sido realizada online, através da plataforma EU Survey, opção que permitiu maior rapidez na disseminação do questionário, maior abrangência territorial e maior flexibilidade de participação pelos profissionais, em consonância com o desenho e os procedimentos previstos no formulário submetido à Comissão de Ética.

## 2.2. Instrumento de recolha de dados

Foi utilizado um questionário estruturado, anónimo e autoaplicável (cf. Apêndice V), desenvolvido especificamente para o presente estudo, tendo por base a literatura científica sobre indicadores de desempenho em cuidados de saúde primários, bem como os referenciais nacionais do Business Intelligence dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) (ACSS, 2024a). A construção do instrumento procurou assegurar coerência entre os domínios teóricos subjacentes à contratualização em saúde e as dimensões operacionais avaliadas no contexto das Unidades de Cuidados na Comunidade.

O questionário encontra-se organizado em quatro secções distintas:

1. Caracterização sociodemográfica e profissional, incluindo variáveis como idade, sexo, tempo de exercício profissional, tempo de exercício em UCC e formação académica;
2. Avaliação do conhecimento dos enfermeiros relativamente aos indicadores contratualizados;
3. Avaliação da adequabilidade dos indicadores, estruturada segundo os domínios do BI-CSP;
4. Perceção global dos indicadores, integrando questões fechadas e questões abertas, destinadas à recolha de sugestões e à análise qualitativa das perceções dos profissionais.

O questionário foi disponibilizado eletronicamente através da plataforma EU Survey, entre novembro de 2025 e janeiro de 2026. A participação foi precedida pela leitura e aceitação do consentimento informado, sendo esta condição obrigatória para o acesso ao instrumento. A opção por um questionário autoaplicável revelou-se metodologicamente adequada, permitindo alcançar uma amostra alargada de profissionais distribuídos geograficamente, garantindo simultaneamente anonimato, padronização da recolha e redução de enviesamentos associados à presença do investigador.

Para a avaliação da variável “Adequabilidade dos Indicadores Contratualizados” foi utilizada uma escala tipo Likert de cinco pontos (1 = discordo totalmente; 5 = concordo totalmente), composta por 41 itens, distribuídos por 20 subescalas organizadas em diferentes domínios.

A construção da escala procurou refletir os domínios estruturantes da contratualização e do BI-CSP, permitindo uma análise multidimensional da perceção dos enfermeiros, alinhada com abordagens contemporâneas de avaliação da qualidade em saúde (Braithwaite et al., 2017; Donabedian, 2005).

Os resultados obtidos permitiram calcular um score global de adequabilidade, bem como scores específicos por subescala, possibilitando uma análise diferenciada das várias áreas de intervenção.

A análise descritiva dos resultados evidenciou uma variabilidade relevante entre dimensões, com valores médios ponderados a oscilar entre 1,99 (Saúde do Idoso) e 3,77 (Formação da Equipe Multiprofissional) (cf. Tabela 1). Estes resultados sugerem a existência de heterogeneidade na percepção dos profissionais quanto à adequação dos indicadores, reforçando a pertinência de uma análise aprofundada das dimensões com menor adequação percebida.

Tabela 1 - Estatísticas relativas ao score das 20 subescalas da Adequabilidade dos Indicadores

<b>Dimensões da adequabilidade dos Indicadores</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Média</b>	<b>dp</b>
<b>Acesso</b>				
Cobertura ou Utilização	1,00	5,00	3,42	0,96
Distribuição da Atividade	1,00	5,00	3,28	1,09
Tempos Máximos de Resposta Garantidos	1,00	5,00	3,65	1,20
<b>Gestão da Doença</b>				
Abordagem paliativa	1,00	5,00	3,56	1,13
Doença Crónica	1,00	5,00	3,48	1,16
ECCI	1,00	5,00	3,50	0,89
Reabilitação	1,00	5,00	2,97	1,02
Saúde Mental	1,00	5,00	3,41	1,23
<b>Gestão da Saúde</b>				
Saúde do Idoso	1,00	5,00	1,99	1,17
Saúde Reprodutiva	1,00	5,00	2,00	1,06
<b>Intervenção Comunitária</b>				
Saúde Escolar	1,00	5,00	3,58	1,05
<b>Formação Profissional</b>				
Formação da Equipa Multiprofissional	1,00	5,00	3,77	1,08
Formação de Internos e Alunos	1,00	5,00	3,57	1,19
<b>Centralidade no Cidadão</b>				
Participação do Cidadão	1,00	5,00	3,13	1,23
Satisfação de Utentes	1,00	5,00	3,66	1,23
<b>Melhoria Contínua da Qualidade</b>				
Melhoria Contínua da Qualidade	1,00	5,00	3,31	1,17
<b>Satisfação Profissionais</b>				
Satisfação de Profissionais	1,00	5,00	3,74	1,17
<b>Segurança</b>				
Segurança de Utentes	1,00	5,00	3,61	1,13
<b>Serviços de Carácter Assistencial</b>				
Serviços de Carácter Assistencial	1,00	5,00	3,35	1,14
<b>Serviços de Carácter não Assistencial</b>				
Atividades de Governação Clínica no ACES	1,00	5,00	3,00	1,20

### 2.2.1. Estudo psicométrico da escala sobre a Adequabilidade dos Indicadores Contratualizados

A avaliação das propriedades psicométricas da escala foi realizada com o objetivo de garantir a sua fiabilidade e validade, enquanto instrumento de medida da adequabilidade dos indicadores contratualizados.

A análise psicométrica constitui uma etapa essencial na validação de instrumentos, permitindo avaliar a consistência interna, a estrutura dimensional e a adequação dos dados à modelação fatorial (Marôco, 2021).

As estatísticas descritivas e as correlações item-total evidenciaram uma distribuição equilibrada das respostas, com valores médios globalmente superiores ao ponto médio da escala, sugerindo uma tendência favorável na perceção dos participantes relativamente à adequabilidade dos indicadores.

### **Consistência interna (fiabilidade)**

Com o objetivo de avaliar a fiabilidade e a adequação da escala utilizada no contexto do presente estudo, procedeu-se à análise da consistência interna, enquanto medida da homogeneidade dos itens que compõem a escala de Adequabilidade dos Indicadores Contratualizados. A análise das correlações entre cada dimensão e o score global da escala revelou associações positivas, variando entre moderadas ( $r = 0,360$ ) e elevadas ( $r = 0,782$ ), o que indica que todas as dimensões contribuem de forma consistente, homogénea e no mesmo sentido para a avaliação global do construto em análise (cf. Tabela 2).

Relativamente aos valores do alfa de Cronbach, verificou-se que todos os domínios apresentaram valores superiores a 0,931, evidenciando uma consistência interna de boa a muito boa. Valores de alfa superiores a 0,70 indicam consistência aceitável, acima de 0,80 boa consistência, e superiores a 0,90 uma consistência muito elevada (Marôco, 2021). Neste sentido, os valores obtidos no presente estudo revelam uma elevada homogeneidade interna da escala.

Adicionalmente, segundo Nunnally e Bernstein (1994), valores de alfa de Cronbach acima de 0,90 são considerados indicativos de excelente fiabilidade, especialmente em estudos de natureza aplicada e em fases avançadas de validação de instrumentos. No entanto, estes autores alertam também que valores muito elevados podem traduzir alguma redundância entre itens, o que, no presente estudo, deve ser interpretado à luz da natureza multidimensional do constructo avaliado (Nunnally, 1994).

Importa salientar que, mesmo com a exclusão sucessiva de cada domínio, os valores de fiabilidade interna se mantiveram elevados, o que demonstra que o score global da Adequabilidade dos Indicadores não depende exclusivamente de uma única dimensão, antes resultando de um conjunto coerente e estável de componentes. O valor do alfa de Cronbach global obtido ( $\alpha = 0,937$ ) é, assim, considerado muito bom, confirmando a elevada fiabilidade da escala utilizada e a sua adequação para avaliar a perceção dos enfermeiros relativamente à adequabilidade dos indicadores contratualizados (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Alpha de Cronbach para os 10 domínios e 20 subescalas da Adequabilidade dos Indicadores

Dimensões da adequabilidade dos Indicadores	Médias	Correlação entre itens	Alpha de Cronbach (Após itens eliminados)
<b>Adequabilidade Global dos Indicadores</b>			<b>0,937</b>
<b>Acesso</b>			
Cobertura ou Utilização	62,54	0,648	0,933
Distribuição da Atividade	62,68	0,567	0,934
Tempos Máximos de Resposta Garantidos	62,30	0,582	0,934
<b>Gestão da Doença</b>			
Abordagem paliativa	62,39	0,610	0,934
Doença Crónica	62,48	0,596	0,934
ECCI	62,45	0,782	0,931
Reabilitação	62,99	0,614	0,934
Saúde Mental	62,55	0,631	0,933
<b>Gestão da Saúde</b>			
Saúde do Idoso	63,97	0,360	0,938
Saúde Reprodutiva	63,96	0,437	0,937
<b>Intervenção Comunitária</b>			
Saúde Escolar	62,38	0,626	0,933
<b>Formação Profissional</b>			
Formação da Equipa Multiprofissional	62,19	0,696	0,932
Formação de Internos e Alunos	62,39	0,616	0,934
<b>Centralidade no Cidadão</b>			
Participação do Cidadão	62,82	0,722	0,931
Satisfação de Utentes	62,29	0,684	0,932
<b>Melhoria Contínua da Qualidade</b>			
Melhoria Contínua da Qualidade	62,65	0,727	0,931
<b>Satisfação Profissionais</b>			
Satisfação de Profissionais	62,21	0,657	0,933
<b>Segurança</b>			
Segurança de Utentes	62,34	0,725	0,931
<b>Serviços de Carácter Assistencial</b>			
Serviços de Carácter Assistencial	62,61	0,710	0,932
<b>Serviços de Carácter não Assistencial</b>			
Atividades de Governação Clínica no ACES	62,96	0,661	0,933

### Análise fatorial

Com o objetivo de explorar e validar a estrutura subjacente à escala utilizada, procedeu-se à realização de uma análise fatorial exploratória por componentes principais. A adequação da amostra a este procedimento estatístico foi confirmada pelo valor do teste de Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO = 0,936$ ), considerado excelente. De acordo com Kaiser (1974), valores de  $KMO$  superiores a 0,90 são classificados como “marvelous”, indicando uma excelente adequação da amostra à análise fatorial (Kaiser, 1974).

A Esfericidade de Bartlett revelou-se estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ), o que confirma que a matriz de correlações não é uma matriz identidade, sendo, portanto, apropriada para a extração de fatores (Marôco, 2021) (cf. Tabela 3).

As comunalidades iniciais e após extração revelaram-se adequadas, variando entre 0,476 e 0,785, indicando que uma proporção relevante da variância dos itens foi explicada pelos fatores extraídos. Segundo Hair et al, valores de comunalidade superiores a 0,40 são considerados aceitáveis em análises exploratórias, reforçando a qualidade dos resultados obtidos (Hair et al., 2018).

A análise permitiu identificar três fatores com eigenvalues superiores a 1, de acordo com o critério de Kaiser, os quais explicaram, no conjunto, 62,38% da variância total dos dados. Valores de variância explicada superiores a 60% são considerados satisfatórios em estudos nas ciências sociais e da saúde, particularmente quando se tratam de constructos complexos e multidimensionais (Hair et al., 2018; Marôco, 2021) (cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Teste de Kaiser-Meyer\_Olkin (KMO) e Variância Total Explicada (VTE)

Componentes	Variância explicada		
	Engenvalues	% de variância	Variância acumulada
1	9,299	46,493	46,493
2	1,872	9,358	55,851
3	1,306	6,529	62,380

Teste KMO com Esfericidade de Bartlett = 0,936 (p=0,000)

A organização dos itens pelos três fatores revelou coerência conceptual e interpretativa, permitindo identificar dimensões distintas, mas complementares da adequabilidade dos indicadores. A distribuição dos indicadores pelos fatores evidencia uma estrutura interna consistente, com cargas fatoriais adequadas e alinhadas com os domínios teóricos subjacentes ao instrumento (cf. Tabela 4).

O Fator 1, designado “Formação, Qualidade, Melhoria, Satisfação, Segurança e Serviços”, explicou 46,49% da variância total, incluindo os indicadores: Formação da Equipa Multiprofissional, Formação de Internos e Alunos, Participação do Cidadão, Satisfação de Utentes, Melhoria Contínua da Qualidade, Satisfação de Profissionais, Segurança de Utentes, Serviços de Carácter Assistencial e Atividades de Governação Clínica. O Fator 2, intitulado “Acesso e Gestão da Doença”, foi composto pelos indicadores: Cobertura ou Utilização, Distribuição da Atividade, Tempos Máximos de Resposta Garantidos, Abordagem Paliativa, Doença Crónica, ECCI, Reabilitação e Saúde Mental, explicando 9,36% da variância. O Fator 3, denominado “Gestão da Saúde e Intervenção Comunitária”, explicou 6,53% da variância total, sendo composto pelos indicadores: Saúde do Idoso, Saúde Reprodutiva e Saúde Escolar (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Ordenações dos indicadores por fatores da escala de adequabilidade dos indicadores contratualizados

<b>Dimensões da adequabilidade dos indicadores</b>	<b>Fator 1</b>	<b>Fator 2</b>	<b>Fator 3</b>
<b>Acesso</b>			
Cobertura ou Utilização		0,590	
Distribuição da Atividade		0,693	
Tempos Máximos de Resposta Garantidos		0,703	
<b>Gestão da Doença</b>			
Abordagem paliativa		0,729	
Doença Crónica		0,788	
ECCI		0,731	
Reabilitação		0,582	
Saúde Mental		0,581	
<b>Gestão da Saúde</b>			
Saúde do Idoso			0,872
Saúde Reprodutiva			0,794
<b>Intervenção Comunitária</b>			
Saúde Escolar			0,500
<b>Formação Profissional</b>			
Formação da Equipa Multiprofissional	0,703		
Formação de Internos e Alunos	0,696		
<b>Centralidade no Cidadão</b>			
Participação do Cidadão	0,742		
Satisfação de Utentes	0,711		
<b>Melhoria Contínua da Qualidade</b>			
Melhoria Contínua da Qualidade	0,763		
<b>Satisfação Profissionais</b>			
Satisfação de Profissionais	0,783		
<b>Segurança</b>			
Segurança de Utentes	0,769		
<b>Serviços de Carácter Assistencial</b>			
Serviços de Carácter Assistencial	0,786		
<b>Serviços de Carácter não Assistencial</b>			
Atividades de Governação Clínica	0,732		

De forma global, os resultados da análise fatorial exploratória sustentam a validade estrutural da escala utilizada, evidenciando que os itens se organizam de forma consistente em dimensões teoricamente interpretáveis, o que reforça a sua adequação para a avaliação da perceção dos enfermeiros sobre os indicadores contratualizados.

### 2.3. Análise dos dados

A análise dos dados constitui uma etapa central no processo de investigação, permitindo transformar os dados recolhidos em informação significativa, suscetível de interpretação e de produção de conhecimento científico. Esta fase envolve um conjunto de procedimentos sistemáticos e rigorosos que visam organizar, sintetizar, explorar e interpretar os dados obtidos, de forma coerente com os objetivos do estudo e o desenho metodológico adotado (Fortin, 2009; Marôco, 2021; Pestana & Gageiro, 2014).

No presente estudo, a análise dos dados foi orientada por uma lógica metodológica integrada, articulando abordagens quantitativas e qualitativas, de forma a proporcionar uma compreensão mais abrangente e aprofundada do fenómeno em estudo. Embora a

investigação assuma natureza predominantemente quantitativa, a inclusão de questões abertas permitiu incorporar uma dimensão interpretativa, conferindo maior profundidade à análise das percepções dos enfermeiros relativamente aos indicadores contratualizados.

Esta opção metodológica encontra sustentação na literatura, que reconhece o valor da complementaridade entre métodos quantitativos e qualitativos na investigação em saúde, particularmente quando se pretende captar simultaneamente padrões de resposta e significados atribuídos pelos participantes (Flanagan & Beck, 2025; Jacobs, 2023). Assim, a análise foi conduzida de forma articulada, integrando a descrição estatística dos dados com a análise temática das respostas abertas, numa lógica de triangulação metodológica.

### **2.3.1. Análise quantitativa**

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 28.0 para Windows. A análise quantitativa seguiu as orientações metodológicas propostas por Marôco (Marôco, 2021), integrando procedimentos de estatística descritiva e inferencial.

As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas (%), enquanto as variáveis quantitativas foram analisadas mediante o cálculo de média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, de acordo com as recomendações para a caracterização de amostras em estudos descritivos (Marôco, 2021; Pestana & Gageiro, 2014).

A associação entre variáveis categóricas foi analisada com recurso ao teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ), tendo sido considerado o valor de  $p < 0,05$  como indicador de significância estatística, conforme os critérios convencionais na investigação em ciências da saúde (Field, 2024; Marôco, 2021).

Para a avaliação da consistência interna da escala utilizada recorreu-se ao coeficiente alfa de Cronbach, enquanto medida de fiabilidade, e para a análise da estrutura latente dos dados foi utilizada análise fatorial exploratória, com extração de componentes principais e rotação Varimax, complementada pelo cálculo do índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e pelo teste de Esfericidade de Bartlett, procedimentos amplamente recomendados na validação de instrumentos multidimensionais (Hair et al., 2018; Marôco, 2021).

### **2.3.2. Análise qualitativa das questões abertas**

Apesar de o estudo assumir natureza predominantemente quantitativa, as respostas às questões abertas incluídas no questionário foram submetidas a análise de conteúdo temática, segundo a metodologia proposta por Bardin (2016), reconhecida como uma abordagem sistemática e rigorosa para a análise de dados qualitativos em contexto de investigação em saúde. Esta abordagem permitiu complementar a leitura estatística dos dados com uma análise interpretativa dos significados atribuídos pelos participantes à problemática dos indicadores contratualizados, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada do fenómeno em estudo (Bardin, 2016).

A análise de conteúdo decorreu em três fases clássicas: pré-análise, correspondente à leitura flutuante do corpus, organização do material e definição das unidades de análise; exploração do material, com codificação, categorização e agrupamento temático das unidades de registo; tratamento dos resultados, inferência e interpretação, permitindo identificar núcleos temáticos, regularidades discursivas e sentidos atribuídos pelos enfermeiros (Bardin, 2016).

Para apoiar este processo, recorreu-se à plataforma AIQDA, enquanto ferramenta de suporte à organização, codificação e sistematização do corpus textual. A utilização de software de apoio à análise qualitativa permite aumentar o rigor, a transparência e a rastreabilidade do processo analítico, sem substituir a interpretação crítica do investigador (Flick, 2018; Saldaña, 2021).

A análise foi orientada para a identificação de categorias relativas à perceção da adequabilidade, exequibilidade, limitações dos indicadores, áreas omissas da prática de enfermagem comunitária e propostas de melhoria. Sempre que pertinente, procedeu-se à apresentação das unidades de registo (UR) e respetivas frequências e percentagens, reforçando a articulação entre a componente quantitativa e qualitativa e contribuindo para a robustez analítica dos resultados.

A inclusão de questões abertas permitiu, assim, complementar a leitura quantitativa com uma abordagem interpretativa das perceções dos participantes, possibilitando a identificação de dimensões não plenamente apreensíveis por instrumentos estruturados e enriquecendo a compreensão global do fenómeno em análise.

## 2.4. Considerações éticas

O estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética do Politécnico de Viseu, com o registo n.º 50/SUB/2025 (cf. Anexo I). Os procedimentos éticos adotados respeitaram os princípios fundamentais da investigação em seres humanos, nomeadamente autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, bem como os requisitos aplicáveis à proteção de dados pessoais, em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) (Parlamento Europeu & Conselho da União Europeia, 2016).

A recolha de dados foi integralmente anónima, não tendo sido recolhidos nomes, endereços eletrónicos, endereços IP ou qualquer outro elemento identificativo dos participantes. Os dados foram armazenados em ficheiro digital encriptado e protegido por palavra-passe, com acesso restrito às investigadoras responsáveis, sendo posteriormente eliminados de forma definitiva após o tratamento estatístico e elaboração dos resultados. Em nenhum momento foi possível estabelecer associação entre as respostas e qualquer participante individual.

No repositório digital, os documentos são preservados de forma permanente, assegurando a sua conservação e acessibilidade a longo prazo. Já no arquivo físico, a biblioteca mantém um exemplar em suporte material para fins de preservação e consulta. Relativamente ao arquivo intermédio, o período de conservação pode variar entre cinco e dez anos, consoante a tipologia documental e os critérios de gestão documental em vigor, sendo posteriormente encaminhado para eliminação ou destruição, de acordo com as normas estabelecidas.

A participação foi voluntária, sendo precedida da leitura integral do consentimento informado, incorporado no início do questionário, cuja aceitação expressa constituiu condição obrigatória para prosseguir o preenchimento. Os participantes puderam interromper a sua participação a qualquer momento, sem necessidade de justificação e sem qualquer consequência.

Atendendo à natureza do estudo, não se previram descobertas acidentais, nem riscos físicos, psicológicos ou sociais relevantes, uma vez que o instrumento incidiu exclusivamente sobre a perceção profissional dos enfermeiros relativamente aos indicadores contratualizados. Os benefícios esperados prendem-se com o contributo para a melhoria dos processos de contratualização e avaliação nas UCC, a valorização do papel dos enfermeiros na definição de indicadores de qualidade e o desenvolvimento do conhecimento científico em enfermagem comunitária.



### 3. Resultados

#### 3.1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros

A amostra integrou 410 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (86,1%), com idade média de  $48,68 \pm 8,49$  anos (mínimo=26; máximo=66). A maioria situava-se na faixa etária dos 41 aos 50 anos (42,9%), observando-se uma distribuição semelhante entre géneros. Entre os enfermeiros do sexo masculino, destacou-se a predominância de profissionais com mais de 50 anos (45,6%). A análise inferencial não evidenciou associação estatisticamente significativa entre o género e a idade ( $\chi^2=0,520$ ;  $p=0,771$ ), sendo igualmente confirmada pela análise dos resíduos ajustados e pelo cumprimento dos pressupostos do teste do qui-quadrado.

Quando analisada por género, verificou-se uma média de idade ligeiramente superior nas enfermeiras ( $48,71 \pm 8,51$  anos) comparativamente aos enfermeiros ( $48,53 \pm 8,45$  anos), embora sem relevância estatística.

Relativamente às habilitações académicas, 43,9% dos participantes possuíam formação pós-licenciatura, seguindo-se o mestrado (38,0%) e a licenciatura (18,0%). A distribuição por género revelou-se homogénea, não se verificando associação estatisticamente significativa ( $\chi^2=1,308$ ;  $p=0,520$ ). Entre os enfermeiros com formação pós-graduada e especialização, destacou-se a especialidade em Enfermagem de Saúde Familiar (40,0%), seguida da Enfermagem Comunitária (20,0%).

No que respeita ao tempo de exercício profissional, a maioria dos enfermeiros (69,3%) apresentava mais de 20 anos de experiência, com uma média de  $25,62 \pm 8,51$  anos (mínimo=3; máximo=44), não se observando diferenças significativas entre géneros ( $\chi^2=0,211$ ;  $p=0,646$ ). As enfermeiras apresentaram uma média ligeiramente superior (25,73 anos) face aos enfermeiros (24,95 anos).

Relativamente ao tempo de exercício nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), 57,9% dos enfermeiros referiram menos de 10 anos de atuação, com uma média de  $8,86 \pm 5,49$  anos (mínimo=0; máximo=28). Importa referir a existência de um valor omissso nesta variável (n=409). Também neste domínio não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre géneros ( $\chi^2=0,079$ ;  $p=0,779$ ), mantendo-se uma distribuição semelhante. As enfermeiras apresentaram uma média ligeiramente superior (8,89 anos) comparativamente aos enfermeiros (8,68 anos).

Quanto ao tipo de vínculo laboral, a maioria dos enfermeiros encontrava-se em regime de contrato de trabalho em funções públicas (CTFP) (79,3%), seguindo-se o contrato individual de trabalho (19,5%). A distribuição por género revelou-se semelhante, não se observando diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=2,638$ ;  $p=0,451$ ).

Relativamente ao número de utentes abrangidos pelas UCC, entre os participantes que responderam a esta variável (n=185), 55,1% indicaram menos de 10.000 utentes, enquanto 44,9% referiram entre 50.000 e 99.999 utentes. Verificou-se, contudo, uma elevada taxa de não resposta (54,9%), o que constitui uma limitação na interpretação destes resultados. Ainda assim, não se identificaram diferenças estatisticamente significativas entre o género e o número de utentes abrangidos ( $\chi^2=0,073$ ;  $p=0,788$ ).

Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros em função do género

Género Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	nº (57)	% (13,9)	nº (353)	% (86,1)	nº (410)	% (100,0)	M	F		
<b>Idade</b>										
≤40 anos	9	15,8%	53	15,0%	62	15,1%	0,2	-0,2	0,520	0,771
41-50 anos	22	38,6%	154	43,6%	176	42,9%	-0,7	0,7		
>50 anos	26	45,6%	146	41,4%	172	42,0%	0,6	-0,6		
<b>Habilitações</b>										
Licenciatura	9	15,8%	65	18,4%	74	18,0%	-0,5	0,5	1,308	0,520
Pós-Licenciatura	29	50,9%	151	42,8%	180	43,9%	1,1	-1,1		
Mestrado	19	33,3%	137	38,8%	156	38,0%	-0,8	0,8		
<b>Tempo profissional</b>										
≤20 anos	19	33,3%	107	30,3%	126	30,7%	0,5	-0,5	0,211	0,646
>20 anos	38	66,7%	246	69,7%	284	69,3%	-0,5	0,5		
<b>Tempo na UCC</b>										
≤10 anos	34	59,6%	203	57,7%	237	57,9%	0,3	-0,3	0,079	0,779
>10 anos	23	40,4%	149	42,3%	172	42,1%	-0,3	0,3		
<b>Vínculo laboral</b>										
CTFP	42	73,7%	283	80,2%	325	79,3%	-1,1	1,1	2,638	0,451
CIT	15	26,3%	65	18,4%	80	19,5%	1,4	-1,4		
CT	0	0,0%	2	0,6%	2	0,5%	-0,6	0,6		
Outro	0	0,0%	3	0,8%	3	0,7%	-0,7	0,7		
<b>Utentes abrangidos</b>										
<10 mil	11	52,4%	91	55,5%	102	55,1%	-0,3	0,3	0,073	0,788
De 50 mil a 100 mil	10	47,6%	73	44,5%	83	44,9%	0,3	-0,3		
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>	<b>353</b>	<b>100,0</b>	<b>410</b>	<b>100,0</b>				

### 3.2. Conhecimento sobre os indicadores contratualizados e formação recebida na área

No que se refere à autopercepção do conhecimento sobre os indicadores contratualizados na respetiva UCC, a maioria dos enfermeiros considera ter um “Bom” conhecimento (41,2%). Esta tendência é análoga a ambos géneros, sem diferenças estatisticamente significativas com o nível de conhecimento ( $X^2=5,855$ ;  $p=0,210$ ), conforme confirmado pela análise dos valores residuais.

Relativamente à formação recebida sobre os indicadores contratualizados, 68,8% dos participantes indicaram ter tido algum tipo de formação. Dentre estes, a maior parte recorreu à autoformação (37,3%), seguindo-se a formação externa (18,1%) e a formação interna (13,4%). Entre os 31,2% que não tiveram qualquer formação, apenas 17,8% demonstraram interesse em recebê-la, enquanto 13,4% não expressaram esse desejo. Também neste domínio, a distribuição por género é semelhante, sem registo de diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=0,461$ ;  $p=0,497$ ), o que é igualmente corroborado pela análise dos valores residuais (cf. Tabela 6).

Tabela 6 - Conhecimento sobre os indicadores contratualizados e formação recebida na área em função do género

Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	nº	%	nº	%	nº	%	M	F		
<b>Variáveis</b>	<b>(57)</b>	<b>(13,9)</b>	<b>(353)</b>	<b>(86,1)</b>	<b>(410)</b>	<b>(100,0)</b>				
<b>O seu conhecimento sobre indicadores</b>										
Muito bom	14	24,6%	70	19,8%	84	20,5%	0,8	-0,8	5,855	0,210
Bom	22	38,6%	147	41,6%	169	41,2%	-0,4	0,4		
Razoável	14	24,6%	113	32,0%	127	31,0%	-1,1	1,1		
Insuficiente	7	12,3%	19	5,4%	26	6,3%	2,0	-2,0		
Muito insuficiente	0	0,0%	4	1,1%	4	1,0%	-0,8	0,8		
<b>Recebeu formação</b>										
Sim	37	64,9%	245	69,4%	282	68,8%	-0,7	0,7	0,461	0,497
Não	20	35,1%	108	30,6%	128	31,2%	0,7	-0,7		
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>	<b>353</b>	<b>100,0</b>	<b>410</b>	<b>100,0</b>				

### 3.3. Adequabilidade dos indicadores contratualizados

A análise da adequabilidade dos indicadores contratualizados revelou uma perceção globalmente moderada por parte dos enfermeiros das Unidades de Cuidados na Comunidade (cf. Tabela 1), evidenciando, contudo, uma heterogeneidade relevante entre os diferentes domínios avaliados.

De forma geral, os valores médios das subescalas situaram-se acima do ponto médio da escala, sugerindo uma tendência globalmente favorável relativamente à adequação dos indicadores. No entanto, a amplitude dos valores observados — entre 1,99 e 3,77 — demonstra a existência de disparidades significativas na perceção dos profissionais, refletindo níveis distintos de alinhamento entre os indicadores contratualizados e a realidade da prática clínica.

Os domínios associados à formação profissional e valorização das equipas evidenciaram as avaliações mais positivas, destacando-se a subescala “Formação da Equipa Multiprofissional” ( $M=3,77$ ;  $dp=1,08$ ), seguida da “Satisfação de Profissionais” ( $M=3,74$ ;  $dp=1,17$ ) e da “Satisfação de Utentes” ( $M=3,66$ ;  $dp=1,23$ ). Estes resultados sugerem que os enfermeiros reconhecem maior adequação dos indicadores em dimensões relacionadas com o desenvolvimento profissional, a qualidade percebida e a centralidade no cidadão.

De igual modo, os indicadores associados ao acesso e à organização da resposta assistencial apresentaram valores médios relativamente elevados, nomeadamente “Tempos Máximos de Resposta Garantidos” ( $M=3,65$ ;  $dp=1,20$ ) e “Cobertura ou Utilização” ( $M=3,42$ ;  $dp=0,96$ ), o que poderá refletir uma maior maturidade dos sistemas de monitorização nestas áreas, tradicionalmente mais estruturadas no âmbito da contratualização dos cuidados de saúde primários.

No domínio da gestão da doença, os resultados evidenciam uma perceção globalmente positiva, ainda que com variação entre áreas específicas. Destacam-se os indicadores de “Abordagem paliativa” ( $M=3,56$ ;  $dp=1,13$ ), “ECCI” ( $M=3,50$ ;  $dp=0,89$ ) e “Doença Crónica” ( $M=3,48$ ;  $dp=1,16$ ), sugerindo um reconhecimento da adequabilidade dos indicadores em áreas de maior consolidação organizacional. Em contraste, a “Reabilitação” apresentou um valor médio inferior ( $M=2,97$ ;  $dp=1,02$ ), evidenciando possíveis lacunas na representação desta área nos modelos atuais de avaliação.

As avaliações mais críticas emergiram no domínio da gestão da saúde, particularmente nas subescalas “Saúde do Idoso” ( $M=1,99$ ;  $dp=1,17$ ) e “Saúde Reprodutiva” ( $M=2,00$ ;  $dp=1,06$ ), ambas abaixo do ponto médio da escala. Estes resultados indicam uma perceção de desadequação significativa dos indicadores nestas áreas, sugerindo uma possível desarticulação entre os indicadores contratualizados e as necessidades reais da população acompanhada pelas UCC, bem como a insuficiente valorização de áreas centrais da prática de enfermagem comunitária.

No que concerne à intervenção comunitária, a subescala “Saúde Escolar” apresentou um valor médio de 3,58 ( $dp=1,05$ ), refletindo uma perceção favorável da

adequação dos indicadores nesta área específica. Por sua vez, no domínio da melhoria contínua da qualidade, o valor médio obtido ( $M=3,31$ ;  $dp=1,17$ ) sugere uma avaliação moderadamente positiva, embora ainda distante de níveis elevados de concordância.

Globalmente, os resultados evidenciam que, apesar de existir reconhecimento da utilidade e pertinência de alguns indicadores, persistem áreas críticas em que os profissionais consideram que os instrumentos de avaliação não refletem de forma adequada a complexidade, abrangência e especificidade dos cuidados prestados nas UCC. Esta heterogeneidade na percepção da adequabilidade reforça a necessidade de revisão e ajustamento dos indicadores contratualizados, no sentido de garantir maior alinhamento com a prática clínica, com os determinantes sociais da saúde e com os ganhos efetivos em saúde da população.

#### 3.4. Percepção global sobre pertinência, exequibilidade, abrangência e importância dos indicadores

No que diz respeito à percepção dos enfermeiros sobre o impacto dos indicadores contratualizados na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, observa-se uma divisão de opiniões: 32,0% dos inquiridos consideram que não existe qualquer melhoria, enquanto 30,2% referem uma melhoria ligeira. Apenas uma minoria (8,8%) reconhece uma melhoria significativa, sugerindo uma percepção globalmente crítica quanto à eficácia dos indicadores em melhorar os cuidados.

Quanto à participação dos enfermeiros na definição dos indicadores, destaca-se uma posição praticamente unânime: 97,2% consideram que essa participação deveria ser maior ou muito maior, evidenciando uma clara vontade de envolvimento ativo no processo de definição e decisão.

No que se refere à pertinência dos indicadores para avaliar a qualidade e os resultados dos cuidados, a opinião mais expressiva é negativa, com 51,9% a considerá-los “pouco pertinentes”. Apenas 28,0% dos inquiridos acreditam que os indicadores são pertinentes, o que levanta questões quanto à adequação dos mesmos às realidades das UCC.

Relativamente à exequibilidade da monitorização e recolha de dados associados aos indicadores, os resultados refletem igualmente desafios operacionais: 61,2% classificam-na como “parcialmente” ou “pouco exequível”, contrastando com apenas 22,7% que a

consideram totalmente exequível. Esta percepção aponta para eventuais constrangimentos na implementação prática dos indicadores contratualizados.

Em relação à abrangência dos indicadores face às áreas de atuação das UCC, 37,8% dos participantes referem que os indicadores não abrangem de todo as áreas relevantes, enquanto 35,9% indicam uma abrangência apenas parcial. Apenas 26,3% consideram a abrangência suficiente, evidenciando a necessidade de revisão e alargamento dos domínios contemplados (Tabela 7).

Tabela 7 - Percepção global sobre os indicadores contratualizados e exequibilidade dos mesmos

Variáveis	Frequência	
	nº (410)	% (100.0)
<b>Os indicadores contratualizados contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados</b>		
Não	131	32,0
Não sei	7	1,7
Sim, de forma significativa	36	8,8
Sim, ligeiramente	124	30,2
Sim, moderadamente	112	27,3
<b>Considera que os enfermeiros deveriam ter maior participação na definição dos indicadores</b>		
A participação é adequada	4	1,0
Não é necessário	1	,2
Não sei	6	1,5
Sim, maior	78	19,0
Sim, muito maior	321	78,2
<b>Os indicadores contratualizados são pertinentes para avaliar a qualidade e os resultados dos cuidados prestados</b>		
Muito pertinentes	11	2,7
Não pertinentes	67	16,3
Não sei	4	1,0
Pertinentes	115	28,0
Pouco pertinentes	213	51,9
<b>Considera exequível a monitorização e recolha dos dados necessários para os indicadores contratualizados</b>		
Inexequível	28	6,8
Não sei	38	9,3
Parcialmente exequível	150	36,6
Pouco exequível	101	24,6
Totalmente exequível	93	22,7
<b>Os indicadores existentes abrangem todas as áreas de atuação das UCC</b>		
Abrangem parcialmente	147	35,9
Não abrangem	155	37,8
Sim, abrangem de forma suficiente	108	26,3

A Tabela 8 ilustra a percepção dos enfermeiros sobre a importância dos indicadores contratualizados em quatro dimensões centrais: Planeamento e gestão da atividade da UCC: 38,0% consideram “muito importante”; Melhoria contínua da qualidade: 40,0% atribuem o mesmo grau de importância; Valorização profissional da equipa de enfermagem: 40,7%

destacam a “muita importância”; Evidência de ganhos em saúde: 41,5% também consideram esta dimensão como “muito importante”. Estes resultados evidenciam que, não obstante as críticas à operacionalização e pertinência dos indicadores, os enfermeiros reconhecem a sua relevância estratégica nas áreas fundamentais da prática em saúde comunitária.

Tabela 8 - Importância dos indicadores contratualizados

	Nada importante		Pouco importante		Razoavelmente importante		Importante		Muito importante	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Planeamento e gestão	11	2,7	29	7,1	76	18,5	138	33,7	156	38,0
Melhoria da qualidade	9	2,2	31	7,6	74	18,0	132	32,2	164	40,0
Valorização profissional	35	8,5	51	12,4	58	14,1	99	24,1	167	40,7
Ganhos em saúde	21	5,1	39	9,5	84	20,5	96	23,4	170	41,5

### 3.5. Análise qualitativa das questões abertas: percepção dos enfermeiros sobre limitações e melhorias dos indicadores contratualizados

A análise qualitativa das respostas às questões abertas permitiu aprofundar a compreensão das percepções dos enfermeiros relativamente aos indicadores contratualizados, evidenciando dimensões críticas que não emergem plenamente da análise quantitativa. Através da análise de conteúdo temática, segundo a metodologia de Laurence Bardin, foram identificadas 85 unidades de registo (UR), organizadas em categorias e subcategorias que traduzem os principais eixos de significado atribuídos pelos participantes (cf. Tabela 9 e 10).

De forma global, os discursos evidenciam uma percepção crítica e estruturada dos indicadores contratualizados, centrada na sua desadequação à prática real, nas limitações operacionais à sua implementação e na necessidade de redefinição do modelo de contratualização em contexto de cuidados comunitários.

#### 3.5.1. Desadequação estrutural dos indicadores

A categoria mais expressiva refere-se à desadequação estrutural dos indicadores, evidenciando a percepção de que estes não refletem a complexidade, especificidade e natureza contextual da intervenção das UCC. Os participantes destacam que os indicadores se encontram desfasados da realidade assistencial e das necessidades das populações, comprometendo a validade da avaliação do desempenho.

Esta percepção é ilustrada por afirmações como:

*“Indicadores desadequados da realidade da UCC”*

*“Os indicadores deviam ter em conta a realidade das UCCs”*

Paralelamente, emerge uma crítica consistente à orientação dos indicadores para a produção em detrimento dos resultados em saúde, sugerindo uma lógica de contratualização centrada na atividade e não no valor dos cuidados prestados:

*“Os indicadores atualmente contratualizados privilegiam a produção em detrimento dos resultados reais em saúde”*

Adicionalmente, são salientados o desajuste entre os denominadores utilizados e a população efetivamente abrangida, o que compromete a interpretação dos resultados:

*“50% do universo não é abrangido pela UCC”*

*“Utentes inscritos, mas não residentes distorcem os resultados”*

### **3.5.2. Limitações operacionais e organizacionais**

A categoria das limitações operacionais evidencia constrangimentos estruturais que dificultam a operacionalização dos indicadores. Destaca-se a insuficiência de recursos humanos e materiais como fator crítico para o cumprimento das metas contratualizadas:

*“Dotação de profissionais, equipamentos e viaturas é insuficiente”*

*“Mais recursos humanos e melhores instalações são essenciais”*

A sobrecarga burocrática e administrativa surge como um elemento central, sendo percecionada como um obstáculo à prestação direta de cuidados:

*“Os enfermeiros passam muito tempo no computador e pouco tempo com os utentes”*

Simultaneamente, os sistemas de informação são descritos como inadequados, pouco intuitivos e com fraca interoperabilidade:

*“Sistemas de informação pouco portáteis para uso na comunidade”*

*“Dificuldade em cruzar dados e registar atividades reais”*

Por fim, a ausência de monitorização em tempo real é apontada como limitação significativa:

*“A leitura dos indicadores ocorre meses depois, inviabilizando ajustes atempados”*

### **3.5.3. Fragilidades na governação e no modelo de contratualização**

Os resultados evidenciam fragilidades estruturais ao nível da governação, particularmente no que se refere à ausência de participação dos profissionais na definição dos indicadores:

*“Os profissionais não têm qualquer intervenção na construção dos indicadores”*

Adicionalmente, é reivindicada maior autonomia e flexibilidade na contratualização, permitindo adequar os indicadores às especificidades locais:

*“A contratualização deve ter como base o trabalho desenvolvido em cada UCC”*

Surgem também críticas à liderança e coordenação das unidades, bem como à ausência de enquadramento legal específico:

*“Falta legislação específica para as UCC”*

### **3.5.4. Invisibilidade dos cuidados de enfermagem**

Uma dimensão particularmente relevante refere-se à invisibilidade do contributo da enfermagem nos indicadores. Os participantes referem que a avaliação baseada em indicadores de equipa não permite captar o desempenho individual:

*“São indicadores de equipa que não refletem o trabalho individual”*

Além disso, destaca-se a centralidade excessiva nos registos em detrimento da prestação de cuidados:

*“O foco está nos registos e não nos cuidados”*

A dependência de outros profissionais ou unidades constitui outro constrangimento relevante:

*“Indicadores dependem de médicos ou de outras unidades”*

### **3.5.5. Valorização profissional e motivação**

A ausência de incentivos e reconhecimento institucional emerge como fator crítico de desmotivação:

*“Deveria haver incentivos pelo cumprimento dos indicadores”*

*“Os bons resultados não são valorizados”*

Esta dimensão evidencia a necessidade de alinhar os sistemas de avaliação com mecanismos de reconhecimento e valorização profissional.

### **3.5.6. Capacitação profissional**

A necessidade de formação surge de forma transversal, evidenciando lacunas no domínio dos indicadores:

*“Falta formação sobre como os indicadores são calculados”*

*“Formação em serviço é essencial”*

Esta dimensão reforça a importância da literacia em indicadores como condição para uma utilização adequada e crítica dos mesmos.

### **3.5.7. Propostas de melhoria**

Por fim, os participantes apresentam propostas concretas de melhoria, centradas na criação de indicadores mais ajustados à prática comunitária e orientados para resultados em saúde:

*“Indicadores que reflitam o trabalho realizado na comunidade”*

É igualmente destacada a necessidade de incluir áreas atualmente não contempladas, como projetos comunitários e intervenção intersectorial:

*“Indicadores que monitorizem projetos comunitários e impacto na comunidade”*

Adicionalmente, é valorizada a multidisciplinaridade como elemento essencial:

*“Maior integração de diferentes profissionais nos cuidados”*

Tabela 9 - Categorias e subcategorias emergentes da análise qualitativa

<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>UR</b>	<b>%</b>
Desadequação estrutural dos indicadores	Indicadores desajustados à realidade das UCC	11	12.9
	Indicadores focados na produção e não nos resultados	3	3.5
	Desajuste denominadores/população real	2	2.4
Limitações operacionais e organizacionais	Falta de recursos humanos e materiais	6	7.1
	Sobrecarga burocrática e administrativa	2	2.4
	Sistemas de informação inadequados	6	7.1
	Avaliação e monitorização não em tempo real	2	2.4
Fragilidades na governação e contratualização	Falta de participação dos profissionais	1	1.2
	Necessidade de autonomia e flexibilidade	4	4.7
	Problemas de coordenação e liderança	2	2.4
	Falta de enquadramento legal específico	2	2.4
Invisibilidade dos cuidados de enfermagem	Indicadores de equipa vs desempenho individual	3	3.5
	Centralidade nos registos vs cuidados	3	3.5
	Indicadores dependentes de outros profissionais/unidades	2	2.4
Valorização profissional e motivação	Falta de incentivos e reconhecimento	5	5.9
	Satisfação e motivação dos profissionais	3	3.5
Capacitação profissional	Necessidade de formação sobre indicadores	10	11.8
Propostas de melhoria	Novos indicadores e áreas de intervenção	6	7.1
	Integração e multidisciplinaridade	2	2.4

**Nota:** Percentagens calculadas com base no total de unidades de registo (UR=75).

Tabela 10 - Síntese das categorias principais

<b>Categoria</b>	<b>UR</b>	<b>%</b>
Desadequação estrutural dos indicadores	16	18.8
Limitações operacionais e organizacionais	16	18.8
Capacitação profissional	10	11.8
Fragilidades na governação e contratualização	9	10.6
Invisibilidade dos cuidados de enfermagem	8	9.4
Valorização profissional e motivação	8	9.4
Propostas de melhoria	8	9.4



#### 4. Discussão

O perfil sociodemográfico e profissional dos participantes evidencia uma amostra maioritariamente constituída por enfermeiros com elevada experiência profissional, idade média intermédia a avançada e qualificações académicas superiores à licenciatura. Este perfil traduz um corpo profissional diferenciado, com capital científico e técnico relevante, sendo consistente com os referenciais de desenvolvimento profissional preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, que valorizam a especialização, a formação contínua e a experiência clínica como pilares da qualidade dos cuidados, particularmente no domínio da enfermagem comunitária. Neste sentido, as perceções expressas pelos participantes devem ser interpretadas como sustentadas num conhecimento situado e aprofundado da organização dos cuidados de saúde primários, conferindo robustez e validade ecológica aos resultados obtidos.

As Unidades de Cuidados na Comunidade são reconhecidas como estruturas estratégicas no Serviço Nacional de Saúde, orientadas para a promoção da saúde, prevenção da doença e intervenção comunitária, através de equipas multidisciplinares frequentemente lideradas por enfermeiros (Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, 2024). No entanto, a evidência disponível tem vindo a demonstrar que a ausência de modelos de contratualização plenamente ajustados e a dificuldade na definição de indicadores de desempenho adequados têm condicionado a avaliação do impacto real destas unidades. Os resultados deste estudo reforçam esta perspetiva, evidenciando uma perceção crítica dos enfermeiros relativamente à adequação dos indicadores contratualizados, não apenas enquanto instrumentos técnicos, mas enquanto dispositivos de regulação da prática.

Embora a maioria dos enfermeiros refira possuir um conhecimento “bom” sobre os indicadores contratualizados, esse conhecimento é predominantemente sustentado por processos de autoformação, em detrimento de formação institucional estruturada. Esta evidência sugere fragilidades nos mecanismos formais de capacitação, podendo comprometer a apropriação crítica e a utilização efetiva dos indicadores no contexto das UCC. Tal constatação é coerente com os pressupostos da NPM, que privilegia a responsabilização e o cumprimento de metas, mas nem sempre assegura o investimento proporcional na formação dos profissionais responsáveis pela sua operacionalização (Andrews, 2011; Nunes & Harfouche, 2015). Paralelamente, à luz dos modelos de VBH, a utilização eficaz de indicadores pressupõe não apenas a sua definição técnica, mas também a capacidade dos profissionais para interpretar e utilizar criticamente a informação produzida, sendo a literacia

em indicadores um elemento determinante para a tradução de dados em decisões clínicas e organizacionais (Etges et al., 2023; Rangachari, 2023).

Os resultados obtidos apresentam convergência com evidência nacional prévia. O estudo de Melo (2022), desenvolvido no âmbito da Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade, identificou como principais desafios o reforço de recursos humanos, a melhoria dos sistemas de informação e a revisão dos indicadores de contratualização (Melo, 2022). Tal como no presente estudo, é evidenciada a necessidade de modelos de contratualização mais ajustados à realidade das UCC, reforçando a consistência dos achados e a sua relevância para a organização dos cuidados comunitários.

No que respeita à perceção do impacto dos indicadores na melhoria da qualidade dos cuidados, observa-se uma divisão significativa de opiniões, com predominância de respostas que apontam para ausência de melhoria ou melhorias apenas marginais. Este resultado pode ser interpretado como um sinal de deslegitimação funcional dos indicadores, isto é, quando os profissionais não reconhecem utilidade prática nos instrumentos de avaliação, estes tendem a ser percecionados como dispositivos administrativos, desprovidos de relevância clínica. À luz do modelo de Donabedian, esta evidência sugere um desequilíbrio na valorização das dimensões de estrutura e processo, em detrimento dos resultados em saúde, comprometendo a capacidade dos indicadores para refletir ganhos efetivos (Donabedian, 2005).

Adicionalmente, esta dificuldade em reconhecer ganhos em qualidade pode refletir um desalinhamento com os princípios do VBH, segundo os quais o valor em saúde resulta da relação entre os resultados obtidos e os recursos utilizados. Quando os indicadores não captam resultados relevantes para o utente, tendem a perder significado clínico e utilidade para a prática (Etges et al., 2023). Esta limitação é particularmente relevante em contexto de enfermagem comunitária, onde os cuidados assumem uma forte componente relacional, educativa e contextual, dificilmente mensurável através de indicadores padronizados (Braga, 2013; Lindaas et al., 2024).

Neste sentido, assume especial importância o conceito de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, definidos como medidas capazes de captar diretamente o impacto das intervenções de enfermagem nos resultados em saúde. A ausência ou insuficiente integração destes indicadores contribui para a invisibilidade do contributo da enfermagem, fenómeno amplamente descrito na literatura (Welton & Longyear, 2024). Os resultados qualitativos deste estudo reforçam esta evidência, ao evidenciarem a perceção de que os

indicadores não refletem o trabalho desenvolvido e que existe uma centralidade excessiva nos registos em detrimento dos cuidados efetivamente prestados.

A análise qualitativa, desenvolvida segundo o referencial de Bardin, permitiu aprofundar a compreensão desta problemática, evidenciando categorias estruturais de crítica, nomeadamente a desadequação dos indicadores à realidade das UCC, as limitações operacionais, a invisibilidade dos cuidados de enfermagem e fragilidades na governação e participação profissional. Estas categorias configuram não apenas sugestões, mas expressões de um desalinhamento estrutural entre os modelos de contratualização e a prática clínica, evidenciando a necessidade de reconfiguração dos sistemas de avaliação.

A perceção de baixa exequibilidade dos indicadores traduz constrangimentos operacionais concretos, nomeadamente a sobrecarga administrativa, a escassez de recursos humanos e a inadequação dos sistemas de informação. Estes resultados são consistentes com a evidência internacional, que identifica dificuldades na interoperabilidade dos sistemas, na integração de dados e na tradução do desempenho profissional em resultados mensuráveis (Abdullah et al., 2022; Hadian et al., 2024). A ausência de monitorização em tempo real emerge como uma limitação crítica, comprometendo a utilização dos indicadores como ferramentas de gestão dinâmica e melhoria contínua.

Adicionalmente, os enfermeiros percecionam os indicadores como insuficientemente abrangentes face à diversidade e complexidade das áreas de atuação das UCC. Esta evidência revela um desalinhamento com os quadros conceptuais internacionais de avaliação de desempenho, que defendem abordagens multidimensionais, integrando indicadores de estrutura, processo, resultados, experiência do utente e custos (Donabedian, 2005; Lee, 2021; Yabroff et al., 2019). A ausência de indicadores que capturem dimensões como a intervenção comunitária, os determinantes sociais da saúde e os projetos intersectoriais constitui uma lacuna particularmente relevante no contexto da enfermagem comunitária.

Apesar das críticas identificadas, os enfermeiros reconhecem de forma consistente a importância estratégica dos indicadores nas dimensões do planeamento e gestão, melhoria contínua da qualidade, valorização profissional e evidência de ganhos em saúde. Este aparente paradoxo, valorização dos indicadores, mas crítica à sua configuração, pode ser interpretado como um sinal de maturidade organizacional e profissional. Os enfermeiros não rejeitam os indicadores enquanto instrumentos de gestão, mas questionam a sua capacidade de representar a realidade assistencial e de produzir informação útil para a melhoria dos cuidados (Rangachari, 2023).

A quase unanimidade relativamente à necessidade de maior participação dos enfermeiros na definição dos indicadores constitui um dos achados mais relevantes do estudo, evidenciando um desfasamento entre os processos decisórios centralizados e a prática clínica quotidiana. A literatura demonstra que a participação ativa dos profissionais na definição de indicadores aumenta a sua legitimidade, exequibilidade e impacto na melhoria da qualidade dos cuidados (Braithwaite et al., 2017; Hadian et al., 2024), reforçando a importância de modelos de governação clínica participativos.

As categorias emergentes da análise qualitativa apontam para a necessidade de uma reconfiguração dos modelos de contratualização, com enfoque na integração de indicadores sensíveis à enfermagem, na valorização dos resultados em saúde e na incorporação dos determinantes sociais da saúde. Estas propostas alinham-se com a evidência internacional que defende sistemas de indicadores flexíveis, adaptáveis ao contexto local e orientados para o valor, capazes de alinhar incentivos com resultados em saúde e equidade (Etges et al., 2023; Kantarevic & Kralj, 2015).

Não obstante a robustez dos resultados, importa reconhecer algumas limitações do estudo. A utilização de uma amostra não probabilística por conveniência limita a generalização dos resultados, podendo introduzir viés de seleção. A recolha de dados em formato digital pode igualmente ter condicionado a participação de determinados grupos profissionais. Adicionalmente, a natureza autorreportada dos dados pode introduzir viés de desejabilidade social, e a existência de não respostas em algumas variáveis limita a sua interpretação. No que respeita à componente qualitativa, embora a análise de conteúdo tenha sido conduzida de forma sistemática, a interpretação dos dados mantém uma componente subjetiva inerente ao método.

Em síntese, os resultados apontam para a necessidade de evolução dos modelos atuais de contratualização para sistemas mais integrados, participativos e orientados para o valor, capazes de refletir a complexidade dos cuidados comunitários e de tornar visível o contributo da enfermagem para os ganhos em saúde da população. Estas evidências constituem um contributo relevante para o ajustamento das políticas de contratualização e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem nas UCC.

## Conclusões

O presente estudo permitiu aprofundar a compreensão da percepção dos enfermeiros das Unidades de Cuidados na Comunidade relativamente aos indicadores contratualizados, evidenciando um conjunto consistente de limitações que comprometem a sua adequação enquanto instrumentos de avaliação do desempenho em cuidados de saúde primários.

De forma global, os resultados apontam para um desalinhamento entre os modelos atuais de contratualização e a complexidade da prática de enfermagem em contexto comunitário. Embora os indicadores sejam reconhecidos como instrumentos relevantes para o planeamento, monitorização e gestão dos cuidados, a sua configuração atual revela fragilidades ao nível da pertinência, exequibilidade e capacidade de representação das diferentes dimensões da intervenção das UCC. Esta discrepância traduz-se numa percepção crítica dos profissionais, que identificam limitações na capacidade dos indicadores para captar os ganhos em saúde, a especificidade das intervenções e o impacto real dos cuidados prestados à população.

Particularmente relevante é a evidência de que os indicadores tendem a privilegiar dimensões de produção e atividade, em detrimento de resultados em saúde e de indicadores sensíveis à enfermagem, o que contribui para a invisibilidade do contributo destes profissionais. Esta limitação assume especial significado num contexto em que a enfermagem comunitária se caracteriza por intervenções complexas, de natureza relacional, educativa e contextual, dificilmente traduzíveis em métricas padronizadas e descontextualizadas. Paralelamente, os constrangimentos operacionais identificados, nomeadamente ao nível dos recursos, dos sistemas de informação e da monitorização, limitam a aplicabilidade prática dos indicadores e a sua utilização enquanto ferramentas de melhoria contínua.

A análise realizada evidencia ainda fragilidades ao nível da capacitação profissional e da participação dos enfermeiros nos processos de definição dos indicadores, reforçando a necessidade de modelos mais participativos e ajustados à realidade local. A ausência de envolvimento dos profissionais na construção dos instrumentos de avaliação constitui um fator crítico, que compromete a sua legitimidade, aceitabilidade e impacto na prática.

Neste contexto, os resultados do estudo sustentam a necessidade de reconfiguração dos modelos de contratualização em cuidados de saúde primários, orientando-os para abordagens mais integradas, flexíveis e centradas no valor em saúde. Tal reconfiguração implica a incorporação de indicadores multidimensionais, capazes de integrar resultados em saúde, experiência do utente, determinantes sociais e contributos específicos da enfermagem, bem como o reforço da articulação entre níveis de cuidados e setores de intervenção.

Do ponto de vista da prática profissional, torna-se evidente a necessidade de reforçar a capacitação das equipas para a utilização crítica dos indicadores, promover a sua integração nos processos de decisão clínica e organizacional e valorizar os dados produzidos como suporte à melhoria da qualidade dos cuidados. Simultaneamente, importa assegurar condições estruturais adequadas, designadamente ao nível dos recursos humanos, sistemas de informação e organização do trabalho, que permitam a operacionalização efetiva dos modelos de contratualização.

Em termos organizacionais e políticos, os resultados apontam para a necessidade de evolução dos sistemas de avaliação, no sentido de modelos mais participativos, descentralizados e sensíveis ao contexto, que permitam alinhar os objetivos institucionais com as necessidades reais das populações e com a prática dos profissionais. Esta transformação assume particular relevância no contexto atual de reorganização dos cuidados de saúde, exigindo uma abordagem integrada que articule eficiência, qualidade e equidade.

Por fim, este estudo contribui para o avanço do conhecimento científico em enfermagem comunitária, ao evidenciar a necessidade de desenvolver e validar indicadores mais sensíveis à complexidade dos cuidados e ao papel dos enfermeiros na promoção da saúde das populações. Investigações futuras deverão aprofundar esta linha de investigação, explorando modelos de contratualização baseados no valor e ajustados às especificidades dos contextos comunitários, bem como o impacto da participação dos profissionais na definição e utilização dos indicadores.

Em síntese, os resultados obtidos reforçam a necessidade de uma transformação dos modelos de avaliação em cuidados de saúde primários, no sentido de sistemas mais ajustados, representativos e orientados para os ganhos em saúde, capazes de sustentar a melhoria contínua da qualidade e de valorizar o contributo da enfermagem na resposta às necessidades das comunidades.



## **Considerações Finais**

O presente relatório de investigação permitiu desenvolver uma análise integrada e crítica sobre os indicadores contratualizados nas Unidades de Cuidados na Comunidade, articulando os planos teórico, metodológico e empírico, e contribuindo para a compreensão de um domínio central na organização dos cuidados de saúde primários em Portugal.

Do ponto de vista global, o trabalho evidencia coerência entre o problema identificado, os objetivos definidos e a estratégia metodológica adotada, tendo sido possível mobilizar uma abordagem quantitativa, complementada por análise qualitativa, que permitiu não apenas caracterizar tendências, mas também aprofundar os significados atribuídos pelos profissionais à problemática em estudo. Esta opção metodológica revelou-se particularmente pertinente, na medida em que possibilitou captar a complexidade do fenómeno, indo além da leitura meramente estatística e integrando a dimensão interpretativa da experiência profissional dos enfermeiros.

A integração entre enquadramento teórico e resultados empíricos constitui um dos principais pontos fortes do trabalho. A revisão da literatura permitiu sustentar conceptualmente a discussão em torno dos indicadores de desempenho, da contratualização em saúde e dos modelos contemporâneos de avaliação, nomeadamente à luz da nova gestão pública e dos paradigmas emergentes dos cuidados de saúde baseados em valor. Esta base teórica revelou-se fundamental para interpretar criticamente os resultados obtidos, evidenciando a existência de um desalinhamento entre os modelos atuais de avaliação e a complexidade dos cuidados prestados em contexto comunitário.

Ao nível dos resultados, o estudo permitiu identificar uma perceção profissional consistente, marcada por um reconhecimento simultâneo da importância estratégica dos indicadores e das limitações da sua configuração atual. Esta dualidade constitui um contributo

relevante, ao evidenciar que o problema não reside na lógica da contratualização em si, mas na forma como esta tem sido operacionalizada. A análise qualitativa reforçou esta leitura, ao revelar dimensões estruturais frequentemente invisíveis nos estudos quantitativos, como a desadequação dos indicadores à prática real, a invisibilidade dos cuidados de enfermagem, os constrangimentos organizacionais e a necessidade de maior participação dos profissionais.

Do ponto de vista científico, o trabalho contribui para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem comunitária, ao evidenciar a necessidade de construção de indicadores mais sensíveis, multidimensionais e orientados para os ganhos em saúde. Simultaneamente, reforça a importância de integrar abordagens participativas na definição de instrumentos de avaliação, valorizando o conhecimento situado dos profissionais e promovendo maior legitimidade e aplicabilidade dos modelos de contratualização.

Importa igualmente reconhecer algumas limitações do estudo. A utilização de uma amostra não probabilística por conveniência limita a generalização dos resultados, embora a dimensão da amostra e a sua distribuição geográfica contribuam para a robustez das conclusões. Adicionalmente, a recolha de dados por via digital poderá ter condicionado a participação de alguns profissionais, introduzindo um potencial viés de seleção. A elevada taxa de não resposta em algumas variáveis constitui também uma limitação relevante, que deve ser considerada na interpretação dos resultados. Não obstante, a triangulação metodológica adotada permitiu mitigar parcialmente estas limitações, reforçando a consistência analítica do estudo.

Em termos de implicações globais, o trabalho aponta para a necessidade de evolução dos modelos de contratualização nos cuidados de saúde primários, no sentido de sistemas mais integrados, flexíveis e centrados no valor. Tal evolução implica não apenas a revisão dos indicadores, mas também a reconfiguração dos processos de governação, a capacitação dos profissionais e o reforço das condições estruturais que suportam a prática em contexto comunitário.

Por fim, este relatório constitui um contributo para a reflexão crítica sobre a organização dos cuidados de saúde e o papel da enfermagem na produção de ganhos em saúde. A relevância do tema foi reconhecida no contexto científico nacional, com apresentação dos resultados no VII Congresso Nacional da Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade (cf. Anexo II), onde a autora participou como preletora. A evidência produzida reforça a necessidade de tornar visível o contributo dos enfermeiros, promovendo sistemas de avaliação mais ajustados à complexidade e impacto das suas intervenções.

## Referências bibliográficas

- Abdullah, A., Ahmad, S., Athar, M. A., Rajpoot, N., & Talib, F. (2022). Healthcare performance management using integrated FUCOM-MARCOS approach: The case of India. *Int J Health Plann Manage*, 37(5), 2635-2668. <https://doi.org/10.1002/hpm.3488>
- ACSS. (2022). *Contratualização com os Cuidados de Saúde Primários 2022*. [https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/TR-Contratualizacao\\_2022\\_VF.pdf](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/TR-Contratualizacao_2022_VF.pdf)
- ACSS. (2023). *Normativa n.º 9/2023 – Atualização de registos dos profissionais*. [https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Normativa%20-%209-2023%20-%20Atualização%20de%20Registos%20dos%20Profissionais\[1\]\\_signed.pdf](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Normativa%20-%209-2023%20-%20Atualização%20de%20Registos%20dos%20Profissionais[1]_signed.pdf)
- ACSS. (2024a). *Operacionalização da contratualização interna nos cuidados de saúde primários para 2024*. <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/03/Contratualizacao-Interna-CSP-2024.pdf>
- ACSS. (2024b). *Relatório e Contas 2023*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Relatorio-e-Contas-da-ACSS-de-2023.pdf>
- Alonso, J. M., Clifton, J., & Díaz-Fuentes, D. (2015). The impact of New Public Management on efficiency: an analysis of Madrid's hospitals. *Health Policy*, 119(3), 333-340. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.12.001>

- Andrews, R. (2011). NPM and the search for efficiency. In T. L. Christensen, P. (Ed.), *The Ashgate Research Companion to New Public Management* (pp. 281–294). Routledge.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.4324/9781315613321>
- Assefa, Y., Hill, P. S., Gilks, C. F., Admassu, M., Tesfaye, D., & Van Damme, W. (2020). Primary health care contributions to universal health coverage, Ethiopia. *Bull World Health Organ*, 98(12), 894-905a. <https://doi.org/10.2471/blt.19.248328>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (4ª ed. ed.). Edições 70.
- Barros, A., Polido, V., Gomes, F., & Fernandes, I. (2025). Community nursing interventions in empowering informal caregivers: scoping review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(20e), e41248. <https://doi.org/10.29352/mill0220e.41248>
- Benner, P. (2019). Skill Acquisition and Clinical Judgement in Nursing Practice. 225-240.  
[https://doi.org/10.1163/9789004410497\\_019](https://doi.org/10.1163/9789004410497_019)
- Benner, P., & Queirós, A. A. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora. <https://books.google.pt/books?id=vFdjAAAACAAJ>
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3).  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Braga, R. (2013). Os indicadores de saúde e a contratualização. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29(5), 278-280.  
<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v29i5.11160>
- Braithwaite, J., Hibbert, P., Blakely, B., Plumb, J., Hannaford, N., Long, J. C., & Marks, D. (2017). Health system frameworks and performance indicators in eight countries: A comparative international analysis. *SAGE Open Med*, 5, 2050312116686516.  
<https://doi.org/10.1177/2050312116686516>

- Capela, D., & Biscaia, R. (2023). Análise de determinantes sociais da saúde na utilização de consultas nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 39(4), 304-326. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v39i4.13651>
- Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde. (2024). *Relatório da Direção Executiva do SNS*. [https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/05/Relatorio\\_Direcao-Executiva-do-Servico-Nacional-de-Saude-IP.pdf](https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/05/Relatorio_Direcao-Executiva-do-Servico-Nacional-de-Saude-IP.pdf)
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q*, 83(4), 691-729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
- Erku, D., Khatri, R., Endalamaw, A., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdie, A., & Assefa, Y. (2023). Community engagement initiatives in primary health care to achieve universal health coverage: A realist synthesis of scoping review. *PLoS One*, 18(5), e0285222. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285222>
- Escoval, A., & Matos, T. (2009). A Contratualização e regulação nos hospitais. *Governança dos Hospitais*, 149-186.
- Escoval, A., Matos, T., Ribeiro, R., Santos, A., Oliveira, M., Cardoso, M., & Jesuíno, J. (2010). Contratualização em cuidados de saúde primários: horizonte 2015/20: fase 5: relatório final. *Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde e Escola Nacional de Saúde Pública/UNL*.
- Escoval, A., Ribeiro, R. S., & Matos, T. T. (2010). A contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional. *Portuguese Journal of Public Health/Revista Portuguesa de Saúde Pública*.
- Escoval, A., & Rodrigues, A. T. (2025). Indicadores da qualidade em saúde. In *Qualidade: multidisciplinaridade, lateralidade, perspetivas e desenvolvimento* (pp. 841–861). RIQUAL. <https://doi.org/https://doi.org/10.48552/edesp1-25-841-861>

- Etges, A. P. B., Liu, H. H., Jones, P., & Polanczyk, C. A. (2023). Value-based Reimbursement as a Mechanism to Achieve Social and Financial Impact in the Healthcare System. *J Health Econ Outcomes Res*, *10*(2), 100-103. <https://doi.org/10.36469/001c.89151>
- Ferreira, A. S., Escoval, A., Lourenço, A., Matos, T., & Ribeiro, R. (2010). A contratualização de cuidados de saúde.
- Field, A. (2024). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (6th ed. ed.). SAGE Publications Ltd.
- Flanagan, J., & Beck, C. T. (2025). *Polit and Beck's nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Twelfth edition. ed.). Wolters Kluwer.
- Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (6th ed. ed.). SAGE.
- Fonseca, C., & Oliveira, S. (2021). Determinantes no acesso a cuidados continuados em contexto domiciliar. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, *4*(1), 19-33. <https://doi.org/10.37914/riis.v4i1.144>
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Ghebreyesus, T. A., Fore, H., Birtanov, Y., & Jakab, Z. (2018). Primary health care for the 21st century, universal health coverage, and the Sustainable Development Goals. *Lancet*, *392*(10156), 1371-1372. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)32556-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32556-x)
- Hadian, S. A., Rezayatmand, R., Shaarbafchizadeh, N., Ketabi, S., & Pourghaderi, A. R. (2024). Hospital performance evaluation indicators: a scoping review. *BMC Health Serv Res*, *24*(1), 561. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10940-1>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2018). *Multivariate data analysis* (8th ed. ed.). Cengage Learning.

- INE. (2023). *Despesa corrente em saúde em 2022* ([https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=594883237&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=594883237&DESTAQUESmodo=2))
- INE. (2024). *Indicadores demográficos: população residente e estrutura etária* (Instituto Nacional de Estatística, I.P. [https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores](https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores))
- Jacobs, D. C. W. (2023). *Secondary Data in Mixed Methods Research* (1 ed.). SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781071938997>
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39(1), 31-36. <https://doi.org/10.1007/BF02291575>
- Kantarevic, J., & Kralj, B. (2015). Physician Payment Contracts in the Presence of Moral Hazard and Adverse Selection: The Theory and Its Application to Ontario. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2655091>
- Kasper, M. S., Santos, F. L. D., Oliveira, P. S., Silva, J. P. D., Santos, K. D. S., Araujo, P. N., Souza, G. C., Quintão, C. B. S., Viana, A. L., Matumoto, S., Mishima, S. M., Fermino, T. Z., Abrahão, A. L., Righi, L. B., Monceau, G., & Fortuna, C. M. (2023). The Work of Nurses in Primary Health Care: Crossings of the New Public Management. *Healthcare (Basel)*, 11(11). <https://doi.org/10.3390/healthcare11111562>
- Kickbusch, I., & Gleicher, D. (2012). Governance for health in the 21st century.
- Lapão, L. V., & Pisco, L. (2019). A reforma da atenção primária à saúde em Portugal, 2005-2018: o futuro e os desafios da maturidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(suppl 2). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00042418>

- Lee, M. A. (2021). COVID Pandemic as an Incubator for a Renewed Vision of Pediatric Value-Based Healthcare. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 51(8), 101064. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2021.101064>
- Lindaas, N. A., Anthun, K. S., & Magnussen, J. (2024). New Public Management and hospital efficiency: the case of Norwegian public hospital trusts. *BMC Health Serv Res*, 24(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10479-7>
- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (ReportNumber, Ed.; Vol. 18).
- McBride, M., Kilgore, C., & Oozageer Gunowa, N. (2024). The role of community and district nurses. *Clinics in Integrated Care*, 27, 100231. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.intcar.2024.100231>
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública* (1st edition ed.). Lidel.
- Melo, P. (2022). Um olhar atento sobre o momento atual das unidades de cuidados na comunidade. *Just News*. <https://justnews.pt/artigos/um-olhar-atento-sobre-o-momento-atual-das-unidades-de-cuidados-na-comunidade>
- Nunes, A. M., & Harfouche, A. P. (2015). A Reforma da Administração Pública Aplicada ao Setor da Saúde: A Experiência Portuguesa. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 4(2), 1-8. <https://doi.org/10.5585/rgss.v4i2.145>
- Nunnally, J. C. (1994). *Psychometric Theory 3E*. Tata McGraw-Hill Education. [https://books.google.pt/books?id=\\_6R\\_f3G58JsC](https://books.google.pt/books?id=_6R_f3G58JsC)
- OE. (2018). *Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e na área de enfermagem de saúde familiar*. (Regulamento n.º 428/2018). Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

- OE. (2019). *Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista.* (Regulamento n.º 140/2019). Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- OE. (2021). *Aviso n.º 6702/2021, de 13 de abril: Programa formativo do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.* (Aviso n.º 6702/2021). Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/aviso/6702-2021-161291944>
- OE. (2025). *Regulamento n.º 395/2025, de 24 de março: Regulamento das especialidades e competências acrescidas da Ordem dos Enfermeiros* (Regulamento n.º 395/2025). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/37757/regulamento-395-2025.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2026). *Regulamento n.º 454/2026: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista.* Diário da República, 2.ª série, n.º 83, 29 de abril de 2026. <https://diariodarepublica.pt/>
- OECD. (2020). *Health at a glance: Europe 2020: State of health in the EU cycle.*
- Regulamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, (2016). <https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>
- Peerbhay, F., Mash, R., & Khan, S. (2025). Effectiveness of oral health promotion in children and adolescents through behaviour change interventions: A scoping review. *PLoS One*, 20(1), e0316702. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0316702>
- Pestana, H., & Gageiro, J. (2014). *ANÁLISE DE DADOS PARA CIÊNCIAS SOCIAIS A Complementaridade do SPSS 6ª EDIÇÃO Revista, Atualizada e Aumentada MARIA HELENA PESTANA JOÃO NUNES GAGEIRO.* <https://doi.org/10.13140/2.1.2491.7284>

- Pisco, L. (2007). A reforma dos cuidados de saúde primários. [https://scholar.google.com/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=pt-PT&user=eiHGJ5sAAAAJ&citation\\_for\\_view=eiHGJ5sAAAAJ:d1gkVwhDpl0C](https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=pt-PT&user=eiHGJ5sAAAAJ&citation_for_view=eiHGJ5sAAAAJ:d1gkVwhDpl0C)
- Pisco, L. A. C., Silva, V. P. d., & Monteiro, B. R. (2024). A evolução da legislação da saúde em Portugal e os novos desafios para a gestão a partir de 2024. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(11). <https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.01242024>
- PORDATA. (2024). *População residente: total e por grandes grupos etários* (<https://www.pordata.pt/municipios/populacao+residente+total+e+por+grandes+grupos+etarios-390>)
- Pronk, N., Kleinman, D. V., Goekler, S. F., Ochiai, E., Blakey, C., & Brewer, K. H. (2021). Promoting Health and Well-being in Healthy People 2030. *Journal of Public Health Management and Practice*, 27(Supplement 6), S242-S248. <https://doi.org/10.1097/phh.0000000000001254>
- Rangachari, P. (2023). Does Healthcare Consumerism Serve as a Barrier or Facilitator to the Implementation of Value-Based Primary Care? Strategies to Promote Synergy and Success. *Frontiers in Medicine*, 10. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1269796>
- Saldaña, J. (2021). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. SAGE.
- Semlitsch, T., Paier-Abuzahra, M., Stigler, F., Jeitler, K., Posch, N., & Siebenhofer, A. (2017). Qualitätsindikatoren Für Primary-Health-Care-Einrichtungen in Österreich. *Das Gesundheitswesen*, 81(07), 527-538. <https://doi.org/10.1055/s-0043-112745>
- Simões, J., Augusto, G. F., Fronteira, I., & Hernández-Quevedo, C. (2017). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(2), 1-184. <http://ihmtweb.ihmt.unl.pt/PublicacoesFB/HiT-Portugal->

[EN/files/assets/common/downloads/Health%20Systems%20in%20Transition%20-%20Portugal.pdf](#)

SNS. (2024). *Contratualização interna dos cuidados de saúde primários 2024*.

<https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/03/Contratualizacao-Interna-CSP-2024.pdf>

Stange, K. C., Nutting, P. A., Miller, W. L., Jaén, C. R., Crabtree, B. F., Flocke, S. A., & Gill,

J. M. (2010). Defining and Measuring the Patient-Centered Medical Home. *Journal of General Internal Medicine*, 25(6), 601-612. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1291-3>

UCC Moimenta da Beira Saudável. (2025). *Regulamento interno da UCC Moimenta da Beira Saudável* [Documento institucional].

ULSTMAD. (2024). *Regulamento interno da Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro*. <https://www.ulstmad.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/25/2024/10/Regulamento-Interno-da-ULSTMAD.pdf>

ULSVDL. (2024). *Regulamento interno da Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões (versão em consulta pública)* [Documento institucional]. [https://www.ulsvdl.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/24/2024/11/Consulta-P%C3%BAblica\\_Regulamento-Interno-ULSVDL\\_2024.pdf](https://www.ulsvdl.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/24/2024/11/Consulta-P%C3%BAblica_Regulamento-Interno-ULSVDL_2024.pdf)

USP Viseu Dão-Lafões. (n.d.). *Missão, visão e valores da Unidade de Saúde Pública Viseu Dão-Lafões*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/925/20022/2090183/Pages/default.aspx>

Welton, J., & Longyear, R. (2024). Emerging Nurse Billing and Reimbursement Models. *Jona the Journal of Nursing Administration*, 54(9), 465-472. <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000001456>

- WHO. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a4b7c7f8-9084-4d76-b512-fa5a7597ec06/content>
- WHO. (2018). *Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan, 25–26 October 2018* (WHO/HIS/SDS/2018.61). <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>
- WHO, & UNICEF. (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>
- Yabroff, K. R., Gansler, T., Wender, R. C., Cullen, K. J., & Brawley, O. W. (2019). Minimizing the Burden of Cancer in the United States: Goals for a High-performing Health Care System. *Ca a Cancer Journal for Clinicians*, 69(3), 166-183. <https://doi.org/10.3322/caac.21556>

## APÊNDICES



## Apêndice I – Diagnóstico de Situação sobre campilobacteriose



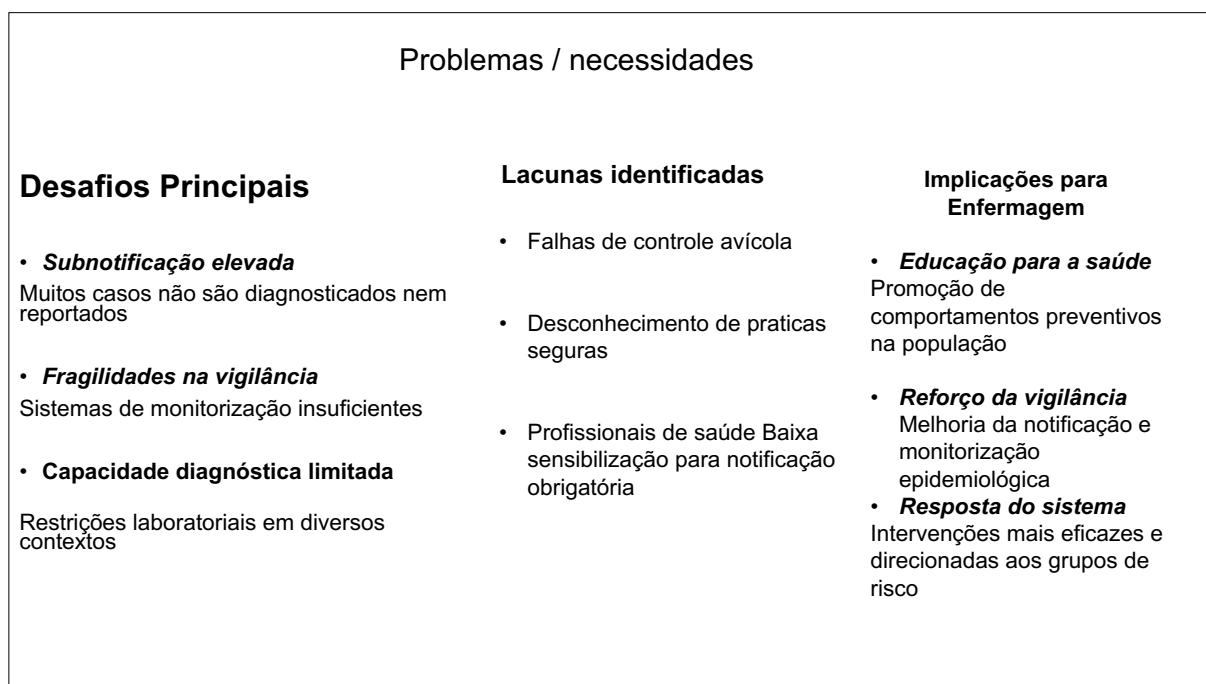
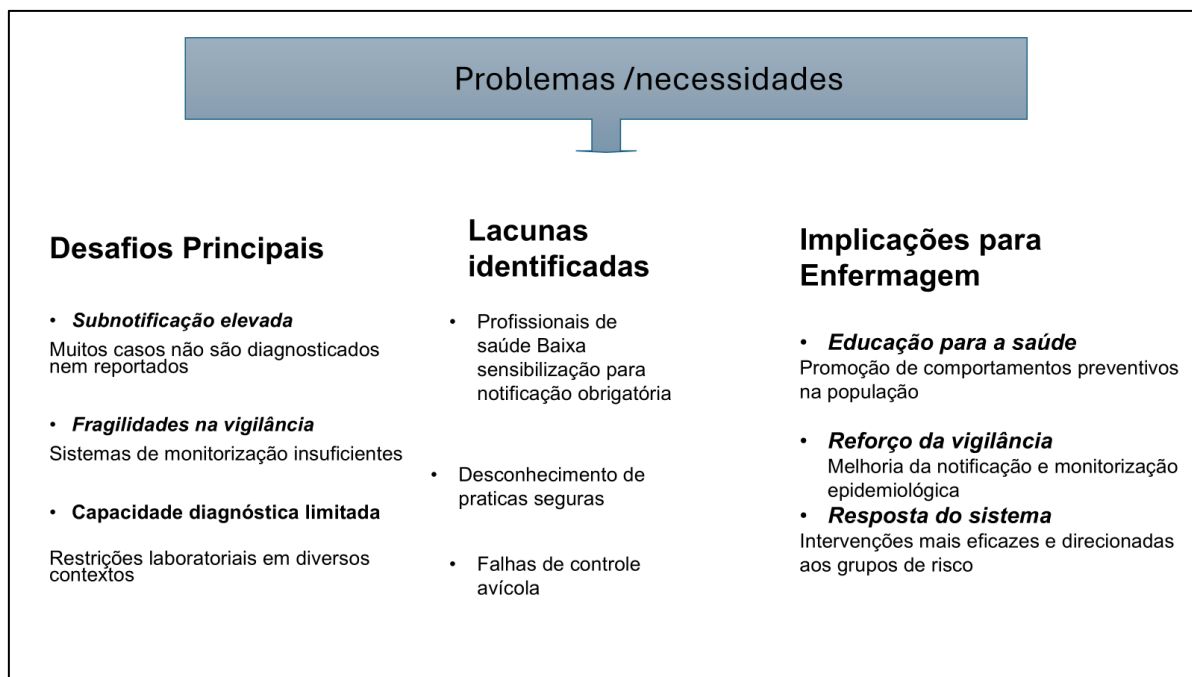
---

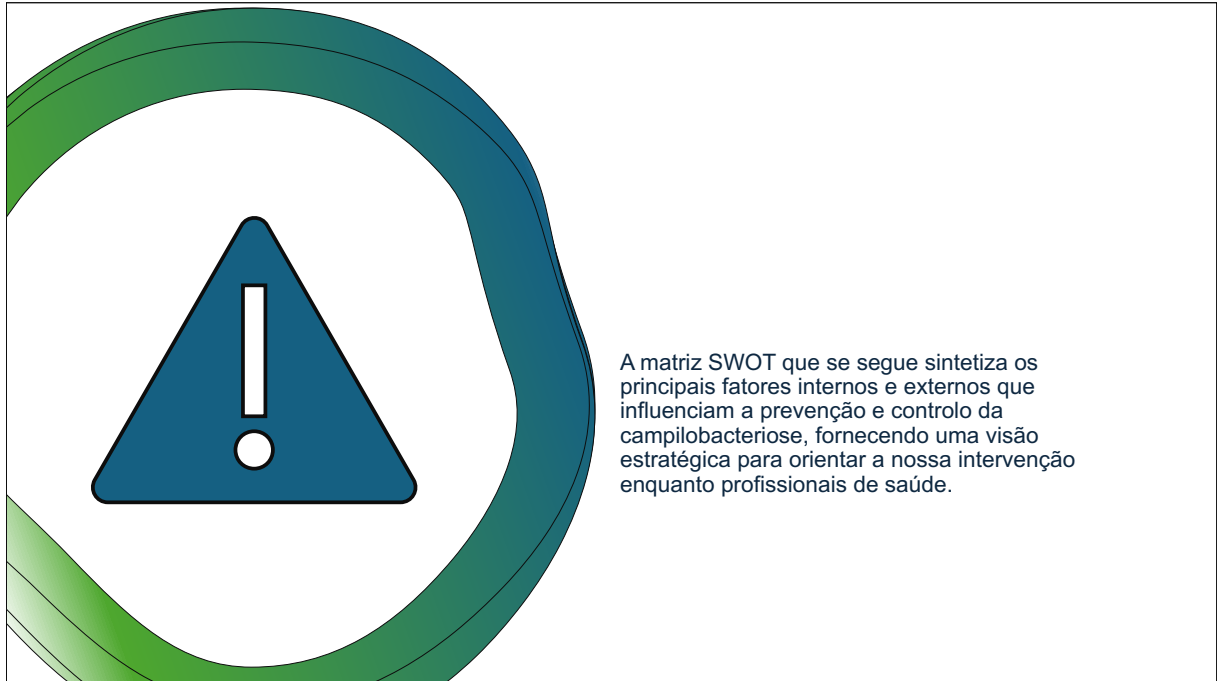
A campilobacteriose, causada pela bactéria *Campylobacter*, é a principal causa de infeções intestinais de origem alimentar em Portugal, afetando a saúde de muitas pessoas.

---

Surgem...

Problemas/ necessidades





#### Análise SOWT –Forças

Título: Pontos fortes na gestão da campilobacteriose

- Grupo de trabalho nacional coordenado pelo INSA.
- Colaboração com laboratórios hospitalares e boa cobertura geográfica.
- Metodologias laboratoriais para identificação e caracterização de *Campylobacter*.
- Vigilância da resistência aos antibióticos em estirpes isoladas.

Análise SOWT-Fraqueza  
Título:Limitações Atuais

- Subnotificação devido à natureza autolimitada da doença.
- Falhas nas práticas de higiene alimentar (doméstica e industrial).
- Ausência de campanhas sistemáticas de educação para segurança alimentar.
- Barreiras organizacionais na vigilância epidemiológica e reporte laboratorial.

Análise SOWT-Oportunidades  
Título:Possibilidades de melhorias

- Campanhas de educação alimentar para a comunidade.
- Reforço da regulamentação e monitorização na produção avícola.
- Integração entre saúde pública, laboratórios e inspeção alimentar.
- Políticas para notificação obrigatória e reporte sistemático.

Análise SOWT-Ameaças  
Título:riscos persistentes

- Práticas de risco em meios rurais (ex.: consumo de leite cru, água não tratada).
- Contaminação persistente na cadeia alimentar (carne de aves).
- Resistência crescente aos antibióticos, dificultando tratamento.
- Baixa sensibilização pública devido à percepção de doença “ligeira”.



**Apêndice II – Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho**

# Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho (LMERT)

Um Desafio para a Saúde Pública: Prevenção e Intervenção para Enfermeiros



30 de setembro de 2025

## Introdução

### O que são as LMERT?

Lesões ou doenças que afetam o sistema musculoesquelético, causadas ou agravadas principalmente pelo trabalho e pelos efeitos do ambiente onde o trabalho é realizado. Desenvolvem-se ao longo do tempo devido à exposição prolongada a fatores de risco ergonómicos e psicossociais.

### Problema de Saúde Pública

As LMERT representam um dos principais problemas de saúde ocupacional na Europa, com elevados custos sociais e económicos para os trabalhadores, organizações e sistemas de saúde.

### Relevância para Enfermeiros

Os enfermeiros estão entre os profissionais com maior risco de desenvolver LMERT devido às exigências físicas da profissão, como mobilização de doentes, posturas estáticas prolongadas e movimentos repetitivos.



## A Dimensão do Problema

Europa

**60%**

trabalhadores com LMERT

Portugal

**70%**

acidentes relacionados

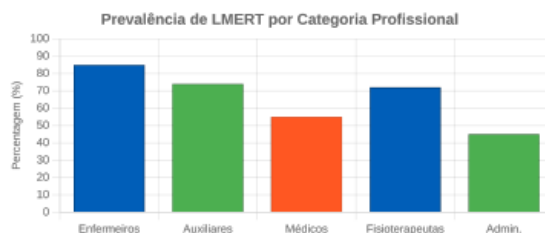
Enfermeiros

**60-98%**

prevalência de LMERT

### Enfermeiros: Grupo de Alto Risco

Os enfermeiros estão entre os profissionais com maior risco de desenvolver LMERT devido à natureza física da profissão, com tarefas que exigem esforço físico significativo e posturas inadequadas.



## LMERT na Enfermagem em Portugal

### Estudo Nacional

Serranheira et al., 2012

- 📌 98% dos enfermeiros portugueses reportam queixas musculoesqueléticas
- 📌 49% relatam sintomas na coluna vertebral nos últimos 12 meses
- 📌 5,51% de absentismo relacionado com LMERT

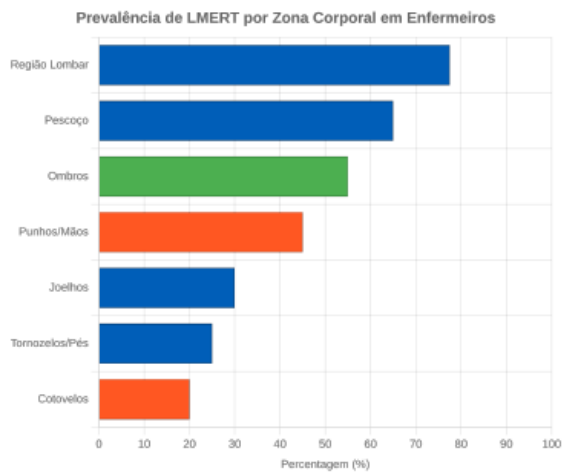
### Estudo Hospital Região Centro

Gonçalves et al., 2025

- 📌 77,5% reportam sintomas na região lombar nos últimos 12 meses
- 📌 55% com limitações nas atividades nos últimos 12 meses
- 📌 Intensidade média da dor: 3,95/10 nos últimos 7 dias



## Zonas Corporais Mais Afetadas



### Costas (região lombar e dorsal)

Principal zona afetada, com 77,5% dos enfermeiros reportando dor lombar nos últimos 12 meses. Relacionada com mobilização de doentes e posturas incorretas.

### Pescoço e Ombros

Segunda zona mais afetada, com prevalência de 55-65%. Associada a posturas estáticas prolongadas e movimentos repetitivos.

### Membros Superiores

Punhos, mãos e cotovelos são frequentemente afetados (30-45%), especialmente durante administração de medicação e higiene no leito.

### Membros Inferiores

Menos frequentes (20-30%), mas significativos devido ao trabalho prolongado em pé e deslocações constantes.

Fonte: Serranheira et al. (2012), Gonçalves et al. (2025)

## Fatores de Risco: Uma Abordagem Multifatorial

### Fatores Físicos e Biomecânicos

- 🏠 Movimentação de cargas pesadas (doentes)
- 🔄 Movimentos repetitivos ou com esforço
- 👤 Posturas incorretas e estáticas
- 💡 Ambientes com má iluminação
- 🌡️ Temperaturas baixas e exposição a vibrações

### Fatores Organizacionais e Psicossociais

- 📅 Elevadas exigências de trabalho e pouca autonomia
- ⌚ Ausência de pausas ou oportunidades para mudar de postura
- ⚡ Trabalho em ritmo acelerado
- 🕒 Longas horas de trabalho ou turnos
- ⚠️ Intimidação, assédio e discriminação

### Fatores Individuais

- 📄 Historial médico pessoal
- 🏃 Capacidade física
- 🚬 Tabagismo
- 🚶 Falta de exercício físico
- 👤 Obesidade

Fonte: Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA)

## Fatores de Risco na Prática de Enfermagem

### 🏠 Mobilização de Doentes

Principal fator de risco para lesões lombares. Envolve movimentos de flexão e rotação da coluna.

### 📄 Administração de Medicação

Associada a sintomas nos punhos e mãos devido a movimentos repetitivos.

### 🏠 Higiene no Leito

Relacionada com sintomas nos ombros, cotovelos e punhos/mãos.

### 👤 Trabalho de Pé Prolongado

Causa fadiga muscular e risco para membros inferiores e coluna.

### Evidência Científica

Estudo nacional (Serranheira et al., 2012) demonstrou relação significativa ( $p < 0,05$ ) entre tarefas específicas e sintomas musculoesqueléticos.



## Consequências das LMERT

### Para o Enfermeiro

Dor crónica, limitação funcional, incapacidade temporária ou permanente, impacto na saúde mental (depressão, ansiedade), diminuição da qualidade de vida e impacto financeiro.

### Para a Organização

Aumento do absentismo (5,51% segundo Serranheira et al., 2012), custos com substituições, perda de produtividade, maior rotatividade de pessoal e impacto na qualidade dos cuidados prestados.

### Para o Sistema de Saúde

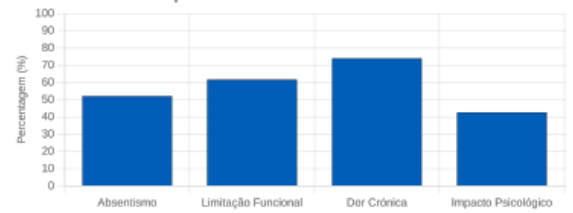
Custos diretos (tratamentos, reabilitação, indemnizações) e indiretos (perda de anos de trabalho saudável, reformas antecipadas), ameaçando a sustentabilidade do sistema.

### Para o Doente

Risco para a segurança durante mobilizações, diminuição da qualidade dos cuidados devido à limitação funcional dos profissionais e potencial aumento de eventos adversos.



Impacto das LMERT em Enfermeiros



## A Prevenção é a Chave

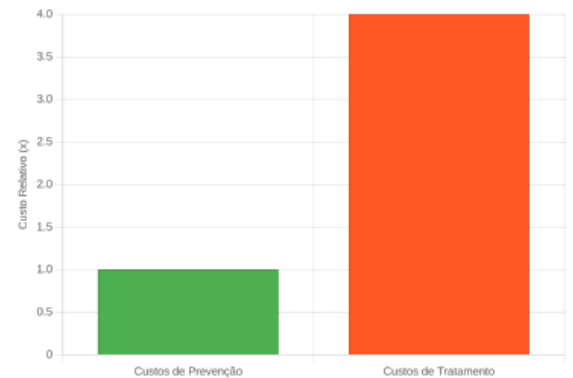
**As LMERT não são "ossos do ofício", são preveníveis!**

- A prevenção é mais eficaz e menos dispendiosa que o tratamento e a reabilitação.
- Requer uma abordagem integrada e participativa, envolvendo todos os níveis da organização.
- Deve ser baseada na avaliação de riscos e adaptada às necessidades específicas do local de trabalho.
- A formação e sensibilização são componentes essenciais de qualquer programa de prevenção.

*"As LMERT em enfermeiros são, em grande parte, preveníveis e, por isso, não devem ser encaradas como «ossos do ofício»."*

Serranheira et al., 2012

Custo-Benefício da Prevenção vs. Tratamento de LMERT



## Estratégias de Prevenção

### Nível Organizacional

- Avaliação de risco ergonómica regular
- Implementação de políticas de prevenção
- Aquisição de equipamentos de ajuda
- Adequação dos espaços de trabalho

### Nível de Equipa

- Rotação de tarefas entre profissionais
- Trabalho em equipa na mobilização de doentes
- Pausas ativas programadas durante o turno
- Comunicação eficaz sobre necessidades de ajuda

### Nível Individual

- Aplicação de técnicas de mobilização seguras
- Realização de exercícios de alongamento
- Manutenção de boa condição física
- Adoção de posturas corretas durante as tarefas

Fonte: Adaptado de EU-OSHA (2021) e Asuquo et al. (2021)



## Medidas Práticas de Prevenção

### Utilizar equipamentos de ajuda

Elevadores, cintos e pranchas deslizantes para reduzir o esforço físico.

### Ajustar altura das camas

Garantir altura adequada para evitar flexão excessiva da coluna.

### Adotar posturas corretas

Costas direitas, joelhos fletidos e pés afastados durante mobilizações.

### Evitar torcer o tronco

Mover os pés para mudar de direção em vez de torcer a coluna.

### Pausas e alongamentos

Fazer pausas curtas e exercícios durante o turno.

### Planear a tarefa

Avaliar espaço, peso do doente e necessidade de ajuda.



## O Papel do Enfermeiro de Saúde Pública

### ➔ Agente de Mudança

Identificar riscos ergonómicos e promover uma cultura de segurança. Liderar iniciativas de prevenção baseadas em evidências.

### 📖 Educação para a Saúde

Capacitar colegas e cuidadores sobre técnicas seguras de mobilização e prevenção de LMERT.

### 🔍 Vigilância da Saúde

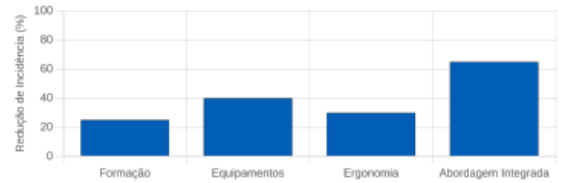
Monitorizar a prevalência de LMERT, identificar precocemente sintomas e fatores de risco.

### 🔬 Investigação

Contribuir para a evidência científica sobre a eficácia das intervenções preventivas.



Eficácia de Intervenções na Redução de LMERT



## Conclusão

### Problema Significativo

As LMERT são um grave problema de saúde ocupacional e de saúde pública, com elevada prevalência entre enfermeiros (60-98%).

### Prevenção é Possível

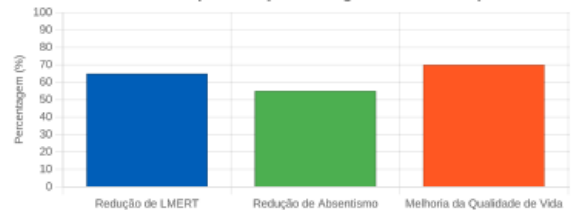
A prevenção é possível, eficaz e economicamente vantajosa, exigindo uma abordagem integrada a nível organizacional, de equipa e individual.

### Papel dos Enfermeiros de Saúde Pública

Os enfermeiros de saúde pública têm um papel fundamental na liderança de iniciativas de prevenção, educação e vigilância da saúde do trabalhador.



Benefícios da Implementação de Programas de Prevenção



### Apelo à Ação

Vamos cuidar de quem cuida!

## Referências

### Estudos Nacionais

- Gonçalves, P., Camarneiro, G., Rodrigues, M., Escada, L., & Petronilho, F. (2025). Prevalência de lesões músculo-esqueléticas nos enfermeiros de um hospital da região centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 8(1), e39834.
- Serranheira, F., Cotrim, T., Rodrigues, V., Nunes, C., & Sousa-Uva, A. (2012). Lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em enfermeiros portugueses: «ossos do ofício» ou doenças relacionadas com o trabalho? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 193-203.
- Ribeiro, T., Serranheira, F., & Loureiro, H. (2017). Work related musculoskeletal disorders in primary health care nurses. *Applied Nursing Research*, 33, 72-77.

### Estudos Internacionais e Diretrizes

- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA). (2021). Lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho: prevalência, custos e demografia na UE. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Asuquo, E. G., Tighe, S. M., & Bradshaw, C. (2021). Interventions to reduce work-related musculoskeletal disorders among healthcare workers: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3, 100022.
- Sun, J., He, Z., & Wang, G. (2023). Global prevalence of work-related musculoskeletal disorders among nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 138, 104426.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). E se os nossos doentes tivessem pegas? Guia de boas práticas para a prevenção de lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho em enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

*Para aceder a estas referências e recursos adicionais, contacte o Serviço de Saúde Ocupacional ou o Enfermeiro de Saúde Pública da sua instituição.*

## Perguntas e Respostas



### Dúvidas? Comentários? Sugestões?

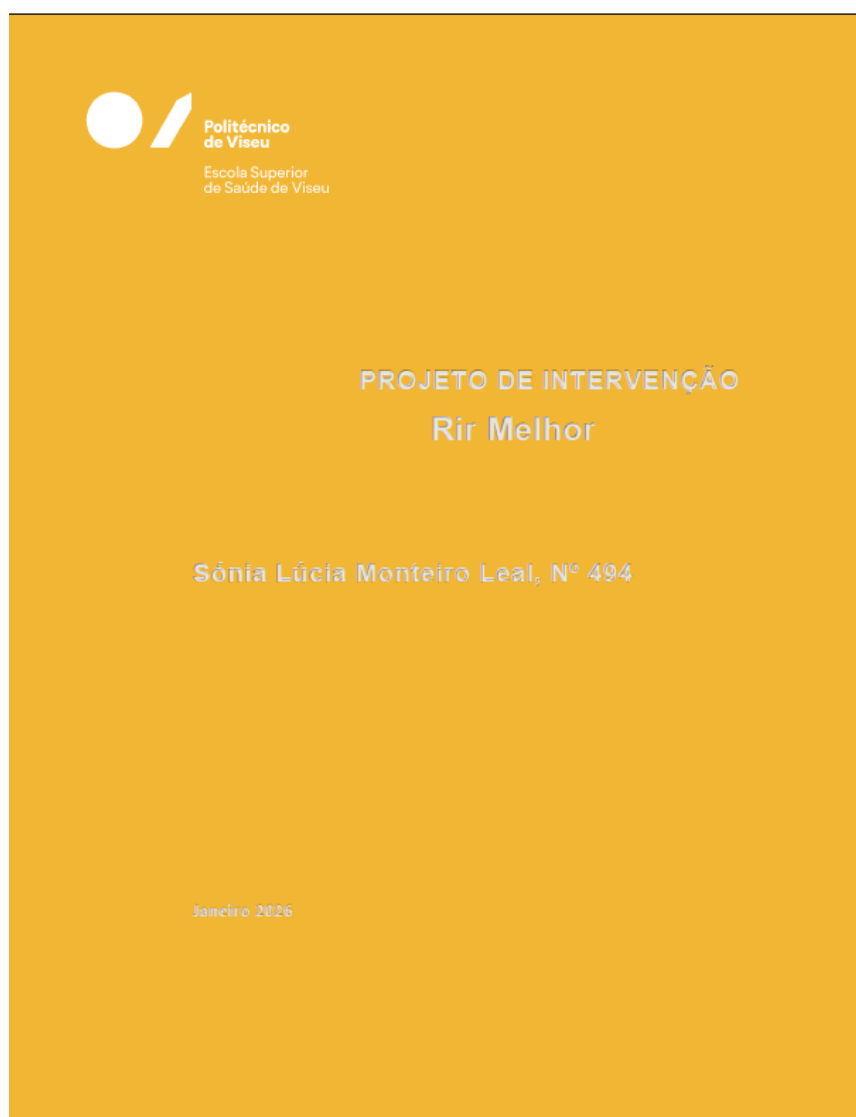
Este é o momento para esclarecer questões sobre LMERT e discutir estratégias de prevenção específicas para o seu contexto de trabalho.

#### Para mais informações ou apoio:

Serviço de Saúde Ocupacional / Enfermeiro de Saúde Pública

✉ [saude.ocupacional@hospital.pt](mailto:saude.ocupacional@hospital.pt) ☎ Ext. 1234

## Apêndice III – Projeto de Intervenção “Rir Melhor”





## PROJETO DE INTERVENÇÃO

### **RIR MELHOR**

Sónia Lúcia Monteiro Leal

#### **Trabalho Projeto**

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária- área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

Trabalho efetuado sob a orientação pedagógica  
Professora Doutora Ana Ribeiro

Trabalho realizado sob orientação tutorial de  
Enfermeira Especialista Mestre Stéfanie Costa  
Enfermeira Especialista Cristina Requeijo

Janeiro 2026

	5
<b>Índice</b>	
<i>Lista de Tabelas</i>	<b>8</b>
<i>Lista de Abreviatura, Siglas e Acrónimos</i>	<b>11</b>
<i>Introdução</i>	<b>13</b>
<i>1. Justificação do Projeto</i>	<b>14</b>
<i>2. Enquadramento Teórico</i>	<b>16</b>
<i>3. Estrutura do projeto “Rir Melhor”</i>	<b>17</b>
Objetivos	<b>17</b>
3.1. Objetivo geral	<b>17</b>
3.2. Objetivos específicos	<b>17</b>
3.3. Entidades Promotoras e Parcerias	<b>18</b>
<i>4 .METAS</i>	<b>19</b>
4.1. Meta Geral	<b>19</b>
4.2. Metas Específicas	<b>19</b>
<i>5. A população alvo do projeto</i>	<b>21</b>
<i>6. Atividades /tarefas e recursos</i>	<b>21</b>
<i>7. Cronograma de Atividades</i>	<b>23</b>
<i>8 .Monitorização e Avaliação do Projeto</i>	<b>25</b>
<i>Referências Bibliográficas</i>	<b>26</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>28</b>

**Lista de Tabelas**

Tabela 1- Resumo: atividades/tarefas e recurso.....21

Tabela 2- Cronograma Atividades.....23

---

### Lista de Abreviatura, Siglas e Acrónimos

AMAI-Associação Moimentense de Apoio á Infância

DGS-Direção Geral de Saúde

OMS-Organização Mundial de saúde

PNPSO- Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

### Introdução

O presente projeto de intervenção, intitulado “Rir Melhor”, foi concebido e desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. A sua concretização resultou de um estágio realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Moimenta da Beira Saudável, entre 5 de dezembro e 30 de janeiro de 2026, sob a orientação da Professora Doutora Ana Ribeiro, da Enfermeira Mestre Stéfanie Costa e da Enfermeira Especialista Cristina Requeijo.

A Enfermagem de Saúde Comunitária caracteriza-se por uma prática continuada e globalizante, direcionada a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida, desenvolvendo-se em diversos contextos comunitários onde a intervenção se revele necessária. Esta abordagem respeita e encoraja a autonomia e o direito dos utentes e famílias a tomarem decisões informadas e a assumirem responsabilidades em questões de saúde. Conforme a Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista adquire competências que lhe permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão relativos aos principais problemas de saúde pública, bem como no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção que visam a capacitação e o empowerment das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e no exercício da cidadania (Ordem dos Enfermeiros, 2011). A aposta na formação de enfermeiros em áreas como a Especialização e Mestrado em Enfermagem Comunitária é, portanto, fundamental para o desenvolvimento de competências avançadas na assistência a grupos, famílias e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2018). A saúde oral, longe de ser um aspeto isolado, constitui um pilar fundamental da saúde geral e do bem-estar, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2016, 2022). A promoção da saúde oral na infância representa uma prioridade de saúde pública, dado o impacto direto que os hábitos adquiridos precocemente exercem ao longo do ciclo vital (Sheiham & Watt, 2000). A cárie dentária, por exemplo, permanece como uma das doenças crónicas mais prevalentes na população pediátrica, apesar de ser amplamente prevenível através de medidas simples de educação para a saúde, higiene oral adequada e redução do consumo de açúcares (Tinanoff & Reisine, 2009). No contexto da educação infantil, especialmente na pré-escola, observa-se que muitas crianças ainda não possuem hábitos adequados de escovagem dos dentes e cuidados com a boca, seja por falta de orientação, acompanhamento familiar ou desconhecimento da importância desses cuidados desde cedo. Esta realidade tem gerado uma crescente preocupação entre enfermeiros e educadores, que identificam sinais de negligência nos cuidados diários e a necessidade premente de ações preventivas e educativas (Petersen & Ogawa, 2012).

A idade pré-escolar, compreendida entre os 3 e os 6 anos, representa uma fase determinante para o desenvolvimento de competências de autocuidado, sendo o contexto escolar um espaço privilegiado para intervenções estruturadas e sistemáticas de promoção da saúde. Nesta fase, a criança encontra-se particularmente receptiva a aprendizagens baseadas no jogo, na música e na interação simbólica, o que justifica a utilização de metodologias lúdico-pedagógicas adaptadas ao seu estágio de desenvolvimento (Sheiham & Watt, 2000).

### 1. Justificação do Projeto

Assim, este projeto justifica-se pela necessidade de conscientizar as crianças, as suas famílias e a comunidade escolar sobre a importância da higiene oral, contribuindo para a prevenção de problemas de saúde, a melhoria da qualidade de vida e o desenvolvimento integral dos alunos. Ao integrar ações educativas e práticas orientadas, o projeto busca fortalecer hábitos saudáveis que poderão acompanhar as crianças ao longo de toda a vida.

Em consonância com o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), coordenado pela Direção-Geral da Saúde (DGS), que preconiza intervenções precoces, contínuas e integradas (Direção-Geral da Saúde, 2019, 2021).

O presente projeto de intervenção em enfermagem de saúde comunitária visa promover hábitos corretos de higiene oral em crianças em idade pré-escolar, através de uma abordagem educativa inovadora, recorrendo a fantoches, música e diálogo, alinhada com as orientações normativas da DGS e com as competências do enfermeiro especialista. A saúde oral é reconhecida como um componente essencial da saúde geral, do bem-estar e da qualidade de vida, influenciando diretamente a alimentação, a comunicação, a autoestima e o desenvolvimento global do indivíduo (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2016, 2022). Apesar dos avanços científicos e da disponibilidade de medidas preventivas eficazes, as doenças orais continuam a representar um problema de saúde pública significativo, sobretudo na infância. A cárie dentária é a doença crónica mais prevalente em crianças a nível mundial, afetando aproximadamente 514 milhões de crianças com dentes decíduos (OMS, 2022). Estima-se que, em muitos países europeus, entre 40% e 60% das crianças em idade pré-escolar apresentem pelo menos uma lesão de cárie, sendo a maioria destas evitável através de práticas adequadas de higiene oral, uso de flúor e redução do consumo de açúcares (Petersen & Ogawa, 2012; Tinanoff & Reisine, 2009). A Organização Mundial da Saúde (2022) sublinha ainda que as doenças orais partilham fatores de risco comuns com outras doenças crónicas não transmissíveis, como dietas ricas em açúcares, estilos de vida pouco saudáveis e desigualdades no acesso à educação para a saúde. Em Portugal, apesar da implementação

de políticas públicas de promoção da saúde oral, como o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), persistem assimetrias regionais e sociais no acesso aos cuidados e na adoção de comportamentos preventivos (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2019, 2021). Dados da Direção-Geral da Saúde indicam que uma proporção significativa de crianças em idade pré-escolar apresenta hábitos de escovagem irregulares e inicia tardiamente a utilização de dentífrico fluoretado, fatores associados a maior risco de desenvolvimento de cárie precoce da infância (DGS, 2021). Esta realidade é particularmente preocupante em contextos rurais e em populações com menor literacia em saúde, onde se observam maiores dificuldades no acesso a informação e acompanhamento preventivo. A literatura evidencia que os hábitos de saúde oral são maioritariamente adquiridos nos primeiros anos de vida, sendo a idade pré-escolar (3–6 anos) uma fase crítica para a construção de comportamentos de autocuidado (Sheiham & Watt, 2000). Intervenções educativas precoces, contínuas e adaptadas ao estágio de desenvolvimento da criança demonstram impacto positivo na melhoria da higiene oral, na redução da incidência de cárie e na promoção de atitudes favoráveis à saúde ao longo do ciclo vital (Tinanoff & Reisine, 2009). O contexto escolar constitui, assim, um espaço privilegiado para a implementação de estratégias de promoção da saúde, uma vez que permite alcançar um grande número de crianças de forma sistemática e equitativa, envolvendo simultaneamente educadores e famílias.

No âmbito da Enfermagem de Saúde Comunitária, o enfermeiro especialista detém competências para a avaliação multicausal dos problemas de saúde, planeamento de intervenções e desenvolvimento de projetos de capacitação e empowerment das comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2011). A promoção da saúde oral enquadra-se plenamente nestas competências, uma vez que implica educação para a saúde, intervenção preventiva e mobilização de recursos comunitários. A aposta em projetos estruturados e baseados em metodologias pedagógicas adequadas à infância — como o recurso ao jogo, à música e à dramatização — favorece a aprendizagem significativa e a consolidação de comportamentos saudáveis (Sheiham & Watt, 2000).

Deste modo, o projeto “Rir Melhor” justifica-se pela elevada prevalência das doenças orais na infância, pelo caráter prevenível da maioria destas patologias e pela necessidade de reforçar a literacia em saúde oral em idade precoce. Em consonância com as orientações da Direção-Geral da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, este projeto visa promover hábitos corretos de higiene oral em crianças em idade pré-escolar, envolvendo a comunidade educativa e as famílias, contribuindo para a redução das desigualdades em saúde, para a prevenção da cárie dentária e para a melhoria da qualidade de vida ao longo do ciclo vital.

## 2. Enquadramento Teórico

A saúde oral é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um componente essencial da saúde geral, influenciando o bem-estar físico, psicológico e social do indivíduo (OMS, 2017). A ausência de hábitos adequados de higiene oral na infância está associada a maior prevalência de cárie dentária, dor, infeções e impacto negativo na qualidade de vida da criança e da família.

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde, através do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, estabelece orientações claras para a prevenção das doenças orais desde a primeira infância. De acordo com a DGS (2020), a escovagem dentária deve ser realizada duas vezes por dia, com pasta dentífrica fluoretada, sendo a escovagem noturna considerada fundamental. A supervisão por um adulto é recomendada até, pelo menos, aos 6–7 anos de idade.

A intervenção em meio escolar é amplamente sustentada pela evidência científica, uma vez que permite alcançar grupos populacionais vulneráveis, promover equidade em saúde e reforçar a literacia em saúde desde idades precoces (OMS, 2016). O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária assume, neste âmbito, um papel central na identificação de necessidades, planeamento, implementação e avaliação de projetos de promoção da saúde, conforme definido no Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista.

Assim, este projeto fundamenta-se nas recomendações da DGS, nos princípios da promoção da saúde e na abordagem comunitária, integrando estratégias educativas adequadas ao desenvolvimento infantil e ao contexto escolar.

A OMS define a saúde oral como um estado livre de dor e desconforto orofacial, cancro oral, infeções e lesões, doenças periodontais, perda dentária e outras doenças e distúrbios que afetam a boca e a região orofacial (WHO, 2025). Esta perspetiva holística sublinha que as doenças orais, embora amplamente preveníveis, representam um fardo significativo para a saúde pública, afetando biliões de pessoas globalmente (WHO, 2025).

A cárie dentária é a condição de saúde mais comum não tratada em dentes permanentes e a principal preocupação na faixa etária pré-escolar. Resulta da interação de múltiplos fatores, sendo o consumo elevado de açúcares livres e a higiene oral deficiente os principais fatores de risco modificáveis (WHO, 2025). A idade pré-escolar é particularmente vulnerável, tornando a educação e a intervenção preventivas essenciais (Kato et al., 2020).

A dentição decídua, ou "dentes de leite", desempenha um papel de extrema importância que transcende a mera função estética. Estes dentes são cruciais para o desenvolvimento harmonioso da criança, influenciando diretamente a fonação, a mastigação adequada e,

consequentemente, a nutrição, e a manutenção do espaço para a correta erupção dos dentes permanentes (Guedes-Pinto, 2013).

A perda precoce de dentes decíduos devido à cárie pode levar a problemas de oclusão e ao desalinhamento da dentição sucessora (Guedes-Pinto, 2013). Por esta razão, a manutenção da integridade da dentição decídua através de uma higiene oral rigorosa é uma prioridade na odontopediatria (Narvai & Frazão, 2008).

A fase pré-escolar é reconhecida como um momento fundamental para a construção de hábitos e a aquisição de autonomia nos cuidados de saúde (Almeida et al., 2020). A promoção da saúde oral deve ser iniciada precocemente, com a Direção-Geral da Saúde (DGS) a recomendar o início dos cuidados de higiene oral logo após o nascimento (Duarte, 2022). No entanto, a escovagem eficaz requer a supervisão e o apoio dos pais e educadores, uma vez que a criança só adquire a destreza motora fina necessária para uma escovagem totalmente autónoma por volta dos 7 ou 8 anos de idade (Tavares, 2017). A intervenção dos adultos é, portanto, indispensável para garantir a remoção da placa bacteriana, sendo a escovagem duas vezes por dia com dentífrico fluoretado (1000-1500 ppm) a medida preventiva mais eficaz (WHO, 2025; Duarte, 2022).

O contexto escolar, nomeadamente o jardim de infância, assume-se como um local privilegiado para a promoção da saúde oral, permitindo o acesso equitativo a ações de educação para a saúde (Silva, 2022). Para que a educação em saúde oral seja eficaz nesta faixa etária, é essencial a utilização de métodos lúdicos e pedagógicos (Maia, 2022).

A utilização de modelos de boca gigantes, canções e histórias, por exemplo, demonstrou ser uma estratégia bem-sucedida para envolver as crianças e promover a adoção de comportamentos de higiene oral corretos (Sigaud et al., 2017). A literacia em saúde oral, dirigida não só às crianças, mas também aos pais e educadores, é um fator determinante para o sucesso das intervenções preventivas (Martins et al., 2016).

### **3. Estrutura do projeto “Rir Melhor”**

#### **Objetivos**

##### **3.1. Objetivo geral**

Capacitar as crianças dos 3 aos 6 anos, a adotar e manter práticas de higiene oral eficazes, contribuindo para a prevenção de doenças e a melhoria da qualidade de vida.

##### **3.2. Objetivos específicos**

- Sensibilizar as crianças para a importância dos dentes e do sorriso saudável;
- Ensinar, de forma lúdica, quando e como escovar os dentes;

- Demonstrar a técnica correta de escovagem dentária;
- Incentivar a redução do consumo de alimentos açucarados;
- Envolver educadores e famílias na promoção da saúde oral;

### 3.3. Entidades Promotoras e Parcerias

O projeto "RIR Melhor" tem como entidades promotoras a camara de Moimenta da Beira e UCC Moimenta da Beira Saudavél, apoio e parcerias com estabelecimentos do pré escolar -Centro Escolar de Moimenta da Beira (Moimenta da Beira, Alvite e Leomil) e AMAI.

#### 4 .METAS

O projeto "Rir Melhor" tem como finalidade promover a saúde oral em crianças em idade pré-escolar, através de intervenções educativas lúdico-pedagógicas, envolvendo a comunidade escolar. Para garantir a monitorização e avaliação da sua eficácia, foram definidas metas gerais e específicas, operacionalizadas por indicadores quantitativos.

##### 4.1. Meta Geral

Promover hábitos adequados de higiene oral em crianças em idade pré-escolar da UCC Moimenta da Beira Saudável, contribuindo para a prevenção da cárie dentária e para o aumento da literacia em saúde oral da comunidade educativa.

Indicador de avaliação:

- Percentagem de crianças que demonstram técnicas corretas de escovagem após a intervenção.

Meta quantificada:

- Pelo menos 80% das crianças participantes demonstram corretamente a técnica básica de escovagem no final do projeto.

##### 4.2. Metas Específicas

*Meta 2.1 – Aumentar o conhecimento das crianças sobre higiene oral*

Descrição:

Sensibilizar as crianças para a importância da escovagem dentária, da utilização de dentífrico fluoretado e da redução do consumo de açúcares.

Indicadores:

- Percentagem de crianças que identificam a escovagem como prática diária essencial.
- Percentagem de crianças que reconhecem alimentos prejudiciais para os dentes.

Metas quantificadas:

- Aumentar em pelo menos 30% o número de crianças que identificam corretamente a escovagem como um hábito diário indispensável.

- Alcançar que  $\geq 70\%$  das crianças reconheçam pelo menos dois alimentos prejudiciais para a saúde oral no final da intervenção.

*Meta 2.2 – Desenvolver competências práticas de escovagem*

**Descrição:**

Ensinar e treinar a técnica correta de escovagem dentária adaptada à idade.

**Indicadores:**

- Percentagem de crianças que executam corretamente os movimentos básicos de escovagem.
- Número médio de passos corretos realizados durante a escovagem supervisionada.

**Metas quantificadas:**

- Garantir que  $\geq 80\%$  das crianças executem corretamente os principais movimentos de escovagem.
- Aumentar em 40% o número médio de passos corretos realizados por criança entre o início e o final do projeto.

*Meta 2.3 – Promover a adesão à escovagem regular*

**Descrição:**

Estimular a prática da escovagem dos dentes pelo menos duas vezes por dia.

**Indicadores:**

- Percentagem de crianças que referem (ou cujos encarregados de educação referem) escovar os dentes  $\geq 2$  vezes/dia.

**Meta quantificada:**

- Aumentar em pelo menos 25% a proporção de crianças que realizam escovagem duas vezes por dia ao final do projeto.

*Meta 2.4 – Avaliar o impacto educativo do projeto*

**Descrição:**

Avaliar a eficácia da metodologia lúdico-pedagógica (fantoques, música e diálogo).

**Indicadores:**

- Grau de satisfação das crianças e educadores.
- Percentagem de crianças que participam ativamente nas atividades.

**Metas quantificadas:**

- Obter um nível de satisfação  $\geq 85\%$  entre educadores.
- Garantir a participação ativa de  $\geq 90\%$  das crianças nas atividades propostas.

Um projeto de intervenção comunitária é uma metodologia de pesquisa essencialmente prática e aplicada, que se distingue pela sua natureza cíclica e participativa. O seu propósito é gerar conhecimento e, simultaneamente, induzir uma mudança positiva no contexto de intervenção. A Metodologia de Formação num projeto de higiene oral refere-se ao conjunto de abordagens, técnicas e recursos didáticos sistematicamente aplicados para promover a aquisição de conhecimentos, o desenvolvimento de competências e a mudança de atitudes e comportamentos relacionados com a saúde oral.

**5. A população alvo do projeto**

O projeto destina-se à comunidade pré-escolar, abrangendo crianças, educadores, auxiliares e, indiretamente, os pais ou encarregados de educação.

**6. Atividades /tarefas e recursos**

As atividades, tarefas e recursos previstos no projeto "Rir Melhor", evidencia a sequência lógica entre as fases de preparação, implementação e avaliação. O planeamento institucional assegura a coordenação com a equipa educativa e a organização das ações. A avaliação inicial permite caracterizar os hábitos de higiene oral e orientar a intervenção. As atividades educativas de caráter lúdico facilitam a aquisição de conhecimentos, enquanto as sessões práticas de escovagem promovem a aprendizagem de técnicas adequadas e o reforço do autocuidado. A fase final, dedicada à análise dos dados e elaboração do relatório, possibilita a verificação dos resultados e a apreciação do impacto da intervenção.

1.Tabela - Resumo: Atividades/ Tarefas / Recursos

Atividade	Tarefas Principais	Recursos Humanos	Recursos Materiais
1.Planeamento e articulação institucional/ pré -escolar	Reunião	Enfermeiro(a), educadores	Computador
2. Avaliação diagnóstica (pré-intervenção)	observação de hábitos	Enfermeiro(a), educadores	Computador
3. Sessões educativas lúdico-pedagógicas	observação de hábitos	Enfermeiro(a), educadores	Fantoches; meios audio visuais
4. Sessões práticas de escovagem	Demonstração	Enfermeiro(a), educadores	Escovas (218); pasta dentífrica
5. Tratamento de dados e relatório	Análise de resultados; elaboração do relatório final	Enfermeiro(a),	computador

## Fontes de financiamento:

- UCC Moimenta da Beira Saudável;
- Agrupamento de Escolas;

### 7. Cronograma de Atividades

O cronograma de atividades para este projeto de intervenção foi planejado para decorrer entre 5 dezembro e 30 de janeiro 2026. As atividades foram distribuídas de forma a garantir uma progressão lógica e eficaz, desde o planejamento inicial até à execução e avaliação do projeto.

Tabela 2- Cronograma de Atividades

Semana/atividade	dezembro				Janeiro			
	9-14	15-21	22-28	28-04	5-11	12-18	19-25	26-31
Diagnóstico e planejamento								
Pesquisa bibliográfica e organização das informações								
Desenvolvimento do projeto								
Apresentação do projeto								
Ação de formação "Rir Melhor"								

### 8 .Monitorização e Avaliação do Projeto

A monitorização e avaliação do projeto “Rir Melhor” constituem etapas fundamentais para garantir a qualidade da intervenção, a adequação das estratégias utilizadas e a verificação do alcance dos objetivos propostos. O processo avaliativo foi concebido de forma contínua, sistemática e participativa, permitindo a recolha de dados ao longo da implementação e a análise do impacto das atividades desenvolvidas junto das crianças, educadores e funcionárias. O projeto foi implementado no Agrupamento de Escolas de Moimenta da Beira, abrangendo os estabelecimentos de Leomil, Alvite e AMAI, envolvendo um total de 218 crianças em idade pré-escolar (3 a 6 anos). A avaliação teve como finalidade determinar se as atividades educativas contribuíram para a melhoria dos conhecimentos, atitudes e práticas de higiene oral das crianças, bem como para o reforço da literacia em saúde oral da comunidade educativa.

## Referências Bibliográficas

---

Almeida, L. E., Souza Lucas, M., et al. (2020). Dialogando sobre higiene bucal com pré-escolares: Percurso político-pedagógico para o planejamento estratégico de uma ação de educação em saúde. *Educação, Ciência e Saúde*, 7(2), 123–135. [http://periodicos.ces.ufcg.edu.br/periodicos/index.php/99cienciaeducacaosaude25/artic/e/download/247/pdf\\_82](http://periodicos.ces.ufcg.edu.br/periodicos/index.php/99cienciaeducacaosaude25/artic/e/download/247/pdf_82)

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral: Orientações técnicas*. DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Guia prático de saúde oral para a infância*. DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021–2025*. [https://criancaefamilia.spp.pt/media/5mbf2kih/programa-nacional-saude-oral-2021\\_2025.pdf](https://criancaefamilia.spp.pt/media/5mbf2kih/programa-nacional-saude-oral-2021_2025.pdf)

Duarte, C. M. (2022). *Promoção da saúde oral nas crianças do 1.º ciclo de um concelho do Algarve* (Dissertação de mestrado, Universidade de Évora). Repositório Digital de Publicações Científicas da Universidade de Évora. [https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/32545/1/Mestrado-Enfermagem Comunitaria e de Saude Publica-Celine Matos Duarte.pdf](https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/32545/1/Mestrado-Enfermagem%20Comunitaria%20e%20de%20Saude%20Publica-Celine%20Matos%20Duarte.pdf)

Guedes-Pinto, A. C. (2013). *Odontopediatria* (8.ª ed.). Santos.

Kato, S. E. C., et al. (2020). Projeto Oásis Infantil: Educação em saúde oral. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 6(8), 1032–1045. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7673092.pdf>

Maia, J. I. F. (2022). *Jogos e brincadeiras como recursos pedagógicos para a promoção da higiene: Um estudo com crianças da educação pré-escolar e 1.º ciclo do ensino básico* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo).

Martins, C. L. C., et al. (2016). Conhecimento dos pais sobre saúde bucal na infância e a relação com o motivo que os levou a procurar atendimento odontológico. *Jornal Odontológico Integrado*, 1(1), 1–10. <http://seer.atitus.edu.br/index.php/JOI/article/view/1024/912>

Narvai, P. C., & Frazão, P. (2008). *Saúde bucal no Brasil: Muito além do céu da boca*. Editora Fiocruz.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública* (Regulamento n.º 428/2011). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 181, 37915–37918.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde. (2016). *Oral health: Fact sheet*. World Health Organization.

Organização Mundial da Saúde. (2022). *Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030*. World Health Organization.

Petersen, P. E., & Ogawa, H. (2012). The global burden of periodontal disease: Towards integration with chronic disease prevention and control. *Periodontology 2000*, 60(1), 15–39. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2011.00425.x>

Sheiham, A., & Watt, R. G. (2000). The common risk factor approach: A rational basis for promoting oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28(6), 399–406. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2000.028006399.x>

Sigaud, C. H. S., et al. (2017). Promoção da higiene bucal de pré-escolares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1085–1090. <https://www.scielo.br/rben/a/KD68FQZmXxnPSPHYvFcDbfk?format=pdf&lang=pt>

Silva, A. (2022). Escovagem dentária e outras atividades de promoção da saúde oral na educação pré-escolar em Portugal. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 63(2), 101–108. [http://administracao.spemd.pt/app/assets/imagens/files\\_img/1\\_19\\_62bf1f369a6ba.pdf](http://administracao.spemd.pt/app/assets/imagens/files_img/1_19_62bf1f369a6ba.pdf)

Tavares, L. H. G. (2017). *Conhecimentos e comportamentos de saúde oral em crianças do pré-escolar da Ilha Terceira: Perceção dos encarregados de educação* (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt>

World Health Organization. (2025). *Oral health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

## ANEXOS

## História de Fantoches: "O Sorriso do Pequeno Maria"

Personagens: Mãe /Maria /Enf. Clara

**Maria:** Ai, Ai, ai ... A minha boca... Ai ai.

**Mãe:** Que se passa? Porque estás tão triste?

**Maria:** Hoje não me apetece brincar, tenho uma dor num dente!

**Mãe:** Oh não! Uma dor num dente?

Que andaste a comer?

Tens lavado os dentes?

**Maria:** Eu comi rebuçados...depois o chocolate e bebi sumo com muito açúcar... acho que me esqueci de uma coisa!

**Mãe:** Esqueceste-te! De quê?

**Maria:** Esqueci-me de lavar os dentes...

**Mãe:** Vamos resolver a situação de imediato!

**Enfermeira Clara:** Então Maria, o que se passa?

**Maria:** Tenho uma dor num dente!

**Enfermeira Clara:** Então vamos resolver isso!

**Maria:** Vamos... Como?

**Enfermeira Clara:** Vamos colocar um super-herói na tua boca!

**Maria:** Um super-herói?

**Enfermeira Clara:** Sim! Uma super escova e um bocadinho de pasta de dentes!

**Enfermeira Clara:** A escova é como uma vassoura mágica que barre todos os bichinhos para fora! E a pasta de dentes dá-lhes um banho de espuma fresca. Queres ver?

**Música!**



dentes  
escovados.mp4

**Maria:** Uau sinto a minha boca tão fresca, e já não me dói tanto!

Obrigada, Enfermeira Clara.

**Enfermeira Clara:** De nada! E lembra-te para teres uns dentes fortes tens de comer comida saudável e lavares bem os teus dentes!



videoplayback.m.p4

**Vamos cantar outra música? Querem?**

**Apêndice IV – Apresentação no âmbito do Projeto de Intervenção “Economizar e não Desperdiçar”**

**Economizar e  
Não  
Desperdiçar**

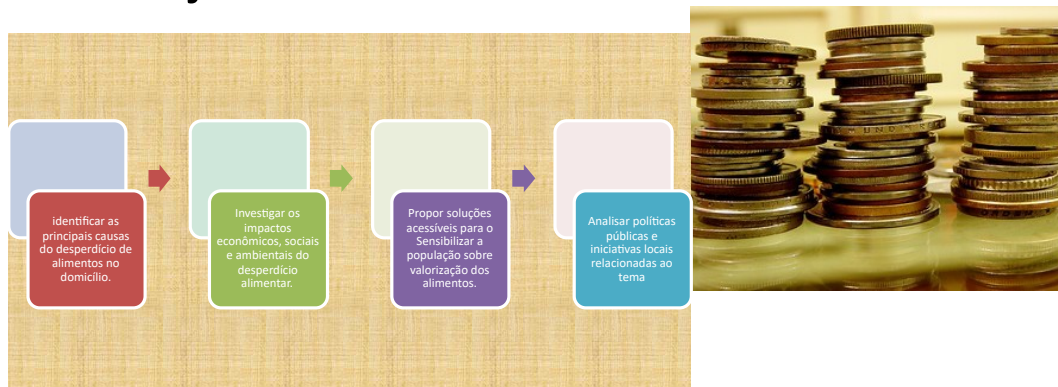
 **UCC**  
*Moimenta da  
Beira Saudável*

2 Julho 2025

 **Sónia Leal**



## Objetivos :



## PLANEAR com Antecedência

- Crie refeições com base no que já tem em casa;
- Evite comprar ingredientes desnecessários;
- Inclua quantidades na sua lista;
- Reduza o desperdício planejando as refeições da semana;



## Estratégias Inteligentes de Compra



Vá às compras com frequência e leve sua lista;



Evite compras por impulso;



Dê preferência a produtos frescos e da época;



Verifique o prazo de validade.



## Frutas e Legumes “Feios”? Sim!

- Alimentos fora do “padrão estético” também são bons;
- Ajudam a reduzir o desperdício;
- Muitas vezes, mais baratos e igualmente nutritivos.



## ORGANIZAR DESPENSA

- Organize a despensa por datas de validade;
- Armazene em locais adequados: secos, frescos e longe do sol;
- Leia os rótulos e siga as orientações de conservação;
- Evite que as frutas acelerem o apodrecimento de outros produtos.



## Organize para Economizar FRIGORIFICO

- Porta: condimentos e bebidas;
- Prateleira superior: sobras e laticínios;
- Intermediárias: carnes, ovos, peixes;
- Gavetas: legumes e frutas (separados);
- Use recipientes herméticos;
- Faça limpeza regular.



## Reutilize com Criatividade

- Priorize alimentos que se estragam mais rápido;
- Ajuste porções à necessidade;
- Aproveite cascas e talos
- Transforme sobras em novas receitas;
- Congele alimentos em excesso;
- “um só tacho”.



## Decifre o Rótulo

- “Consumir de preferência antes de...” = **pode** ser consumido após a data, com cuidado!
- “Consumir até...” = **não** consuma após a data!
- Confie nos seus sentidos: cor, cheiro e sabor.





**AS DATAS DE VALIDADE NÃO SÃO TODAS IGUAIS**

**Consumir até:**  
Consumir de preferência antes de:

**SABER A DIFERENÇA, FAZ A DIFERENÇA**  
Dê um prazo ao desperdício alimentar.

aped  
ASAP

## Menos Desperdício, Mais Sustentabilidade

-  Pequenas escolhas fazem uma grande diferença
-  Compre com consciência
-  Aproveite melhor os alimentos
-  Reduza o desperdício e economize.



### 1. Atenção às Promoções

Veja folhetos antes de sair de casa.  
Compre apenas o que for necessário.  
Aproveite promoções antes de épocas festivas.

### 2. Não Gaste Só Porque Tem Cupões

Cupões não justificam compras desnecessárias.

### 3. Defina o Seu Orçamento

Estabeleça um limite semanal/mensal.  
Ajuste o orçamento com base em boas promoções.

### 4. Siga a Lista das Compras

Planeie antes de sair.

### 5. Vá Sozinho

Menos tempo na loja = menos tentações.  
Ideal para seguir a lista com foco.

### 6. Use o Carrinho/Cesto Mais Pequeno

Menos espaço, menos tentações.  
Ideal para compras rápidas e objetivas.





**7. Evite Processados e Pré-Cortados**

Alimentos cortados custam mais (até 50%).

Compre inteiros e prepare em casa.

**8. Compare Preços**

Diferentes lojas, diferentes preços.

Avalie o que compensa comprar em cada uma.

Não se fidelize a uma só loja.

**9 Compre de Marcas Brancas**

Mais baratas, com qualidade.

Experimente e peça recomendações.

**10. Aproveite Vantagens do Cartão de Cliente**

Descontos exclusivos.

Pontos acumuláveis.

Verifique etiquetas com atenção.

**11. Vá às Compras Sem Pressa**

Analise produtos com calma.

Veja prateleiras superiores e inferiores.

Tempo = melhores escolhas

**12. Não Vá às Compras com Fome**

Fome = compras por impulso

Faça uma refeição leve antes de sair.


obrigada!



FIM



## Apêndice V – Questionário

	<b>Instituto Politécnico de Viseu</b>				
<b>Escola Superior de Saúde de Viseu</b>					
<b>Departamento: Enfermagem</b>					
<b>Investigadores Principais: Sónia Leal, Ana Almeida Ribeiro</b>	<b>Codificação</b> <b>(A preencher pelo investigador)</b> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
<b>Ano: 2025</b>					
<b>Estudo: "Perceção dos enfermeiros das Unidades de Cuidados na Comunidade sobre os indicadores contratualizados: adequabilidade, exequibilidade e potencial de melhoria"</b>					
<b>Ex.mo(a) Senhor(a),</b> No âmbito do estudo acima referido, solicita-se a sua colaboração para o preenchimento deste questionário. O mesmo é de carácter anónimo e participação voluntária. As respostas são confidenciais e destinam-se exclusivamente a fins de investigação científica. A sua opinião é fundamental para compreender a perceção dos enfermeiros relativamente aos indicadores contratualizados nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e para identificar estratégias que contribuam para a melhoria dos processos de contratualização e avaliação de desempenho. Pedimos-lhe que responda a todas as questões, assinalando a opção que melhor traduz a sua perceção ou escrevendo de forma clara e legível quando aplicável. Nas afirmações onde existir uma quadricula <input type="checkbox"/> deve assinalar com uma cruz (X) a(s) opção(ões) que considera correta(s). Nas questões onde encontrar um espaço em branco (____), deve responder claramente, e de forma legível, ao que lhe é pedido. Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pedimos que não deixe nenhuma questão por responder. Agradecemos a sua colaboração nesta investigação.					
<b>INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS</b>					
<b>I PARTE - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL</b>					
<b>Q1 – Idade: ____ anos</b>	<b>Q2 – Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Prefiro não responder				
<b>Q3 – Habilitações Literárias/Académicas:</b> <input type="checkbox"/> Licenciatura em Enfermagem <input type="checkbox"/> Pós-licenciatura de Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutoramento					
<b>Q4 – Especialidade em Enfermagem (se aplicável)</b>					
<input type="checkbox"/> Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica <input type="checkbox"/> Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica <input type="checkbox"/> Enfermagem de Reabilitação <input type="checkbox"/> Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica <input type="checkbox"/> Enfermagem Paliativa	<input type="checkbox"/> Enfermagem à Pessoa com Doença Crónica <input type="checkbox"/> Enfermagem Perioperatória <input type="checkbox"/> Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública <input type="checkbox"/> Enfermagem de Saúde Familiar <input type="checkbox"/> Enfermagem Médico-Cirúrgica <input type="checkbox"/> Enfermagem Comunitária				
<b>Q5 – Tempo total de exercício profissional como enfermeiro: ____ anos</b>					
<b>Q6 – Tempo de exercício na UCC atual: ____ anos</b>					
<b>Q7 – Tipo de vínculo laboral:</b> <input type="checkbox"/> Contrato de trabalho em funções públicas (CITFP) <input type="checkbox"/> Contrato individual de trabalho (CIT) <input type="checkbox"/> Contrato a termo <input type="checkbox"/> Prestação de serviços <input type="checkbox"/> Outros _____					
<b>Q8 – Utentes abrangidos pela UCC (aproximadamente):</b> <input type="checkbox"/> Menos de 10.000 utentes <input type="checkbox"/> 10 000 – 29 999 utentes <input type="checkbox"/> 30 000 – 49 999 utentes <input type="checkbox"/> Entre 50 000 – 99 999 utentes <input type="checkbox"/> 100 000 ou mais utentes					

---

**II PARTE – Conhecimento sobre Indicadores contratualizados**


---

Q9 – Como classifica o seu conhecimento sobre os indicadores contratualizados da sua UCC?

- Muito bom  
 Bom  
 Razoável  
 Insuficiente  
 Muito insuficiente

Q10 – Recebeu formação específica sobre indicadores contratualizados?

- Sim, formação formal da instituição  
 Sim, formação externa  
 Sim, autoformação  
 Não, mas gostaria de receber  
 Não, e não considero necessário

---

**III PARTE – Avaliação dos Indicadores Contratualizados**


---

Instruções:

Para cada indicador apresentado, assinale o grau de adequabilidade à prática clínica na sua UCC, utilizando a seguinte escala:

1 = Nada adequado | 2 = Pouco adequado | 3 = Razoavelmente adequado | 4 = Adequado | 5 = Muito adequado

(Segue-se a tabela organizada por áreas – Acesso, Distribuição da Atividade, Gestão da Doença, etc., conforme já formatada.)

Área e indicadores	1	2	3	4	5
<b>Acesso</b>					
<b>Cobertura ou Utilização</b>					
282 - Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar					
292 - Taxa de ocupação da ECCI					
366 - Proporção de grávidas com intervenção da UCC					
368 - Proporção de crianças e jovens com interv. da UCC					
373 - Prop. utentes c/ asma/DPOC e intervenção na UCC					
<b>Distribuição da Atividade</b>					
279 - Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado					
281 - Número médio visitas domic. por utente, por mês					
369 - Proporção de consultas não presenciais na UCC					
<b>Tempos Máximos de Resposta Garantidos</b>					
280 - Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h					
<b>Gestão da Doença</b>					
<b>Abordagem Paliativa</b>					
367 - Proporção utentes c/ ganhos controlo dor - palia.					
388 - Prop. utentes c/ melhoria no controlo de sintomas					
<b>Doença Crónica</b>					
329 - Taxa de resolução da insuficiência/compromisso na GRT					
<b>ECCI</b>					
284 - Propor. uten. c/ alta ECCI c/ objet. atingidos					
285 - Taxa de efetivid. na prevenção de úlceras pressão					
287 - Taxa incidência de úlcera pressão na ECCI					
289 - Proporção utentes c/ ganhos controlo dor - UCC					
290 - Propor. utentes c/ melhoria "depend. autocuid."					
291 - Proporção utentes integrados ECCI c/ intern. hosp.					
293 - Tempo médio de permanência em ECCI					

377 - Proporção úlceras pressão melhoradas					
<b>Reabilitação</b>					
374 - Taxa intern. asma/DPOC entre doentes c/ asma/DPOC					
387 - Proporção de utentes com melhorias funcionais					
<b>Saúde Mental</b>					
376 - Prop. utentes c/ ganho gestão stress prest. cuid.					
<b>Gestão da Saúde</b>					
<b>Saúde do Idoso</b>					
372 - Taxa de intern. por fratura do colo do fémur					
<b>Saúde Reprodutiva</b>					
62 - Propor. crianças IA, c/ aleit. mat. exclus. até 4M					
370 - Proporção de crianças com amamentação exclusiva 6M					
371 - Proporção de grávidas com parto por cesariana					
375 - Proporção de RN de termo, de baixo peso					
<b>Intervenção Comunitária</b>					
<b>Saúde Escolar</b>					
283 - Proporção crian./jov. c/ NSE c/ interv. S. Escolar					
431 - Prop. comunid. educat. c/ mais conhec. saúde oral					
432 - Prop. comunid. educ. c/ mais conhec. alimentação					
433 - Prop. comunid. educ. c/ mais conhec. ativ. física					
<b>Formação Profissional / Formação Interna</b>					
<b>Formação da Equipa Multiprofissional</b>					
393 - Score dimensão "formação equipa multiprofis."					
<b>Formação de Internos e Alunos</b>					
394 - Score dimensão "formação internos e alunos"					
<b>Qualidade Organizacional</b>					
<b>Centralidade no Cidadão</b>					
<b>Participação do Cidadão</b>					
430 - Score dimensão "participação do cidadão"					
<b>Satisfação de Utentes</b>					
482 - Avaliação da Satisfação dos Utentes					
<b>Melhoria Contínua da Qualidade</b>					
<b>Programas de Melhoria Contínua de Qualidade e Processos Assistenciais Integrados</b>					
392 - IDS da dimensão "melhoria cont. qualid. e PAI"					
<b>Satisfação Profissionais</b>					
<b>Satisfação Profissionais</b>					
483 - Monitorização da avaliação da Sat. Profissionais					
<b>Segurança</b>					
<b>Segurança de utentes</b>					
428 - Score dimensão "segurança de utentes"					
<b>Serviços</b>					
<b>Serviços de Carácter Assistencial</b>					
<b>Serviços de Carácter Assistencial</b>					
389 - Score dimensão "serviços de caráter assistencial"					
<b>Serviços de Carácter não Assistencial</b>					
<b>Atividades de Governação Clínica no ACES</b>					
390 - Score dimensão "serv. não assis. gov. clín. ACES"					

---

**IV PARTE – PERCEÇÃO GLOBAL E EXEQUIBILIDADE DOS INDICADORES**


---

**Q51** – Na sua opinião, os indicadores contratualizados contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados?

- Sim, de forma significativa
- Sim, moderadamente
- Sim, ligeiramente
- Não
- Não sei

**Q52** – Considera que os enfermeiros deveriam ter maior participação na definição dos indicadores?

- Sim, muito maior
- Sim, maior
- A participação atual é adequada
- Não é necessário
- Não sei

**Q53** – Quais os aspetos mais importantes para melhorar o sistema de indicadores? *(pode seleccionar até três opções)*

- Maior envolvimento dos enfermeiros
- Indicadores mais centrados na qualidade dos cuidados
- Melhor formação sobre contratualização e indicadores
- Sistemas de informação mais eficazes
- Feedback regular sobre resultados
- Indicadores ajustados à realidade das UCC
- Redução do número de indicadores
- Outros: \_\_\_\_\_

**Q54** – Na sua opinião, os indicadores atualmente contratualizados são pertinentes para avaliar a qualidade e os resultados dos cuidados prestados pelas UCC?

- Muito pertinentes
- Pertinentes
- Pouco pertinentes
- Não pertinentes
- Não sei / Não tenho opinião

**Q55** – Considera exequível a monitorização e recolha dos dados necessários para os indicadores contratualizados na sua UCC?

- Totalmente exequível
- Parcialmente exequível
- Pouco exequível
- Inexequível
- Não sei / Não tenho opinião

**Q55.1** – Se respondeu “parcialmente” ou “pouco exequível”, indique as principais dificuldades encontradas:

---



---



---



---

**Q56** – Na sua perspectiva, os indicadores existentes abrangem todas as áreas de atuação das UCC?

- Sim, abrangem de forma suficiente  
 Abrangem parcialmente  
 Não abrangem

**Q56.1** – Se respondeu “abrangem parcialmente” ou “não abrangem”, indique quais as áreas não contempladas:

---



---



---



---

**Q57** – Classifique, numa escala de 1 a 5, a importância global dos indicadores de contratualização para as seguintes dimensões:

1 = Nada importante | 2 = Pouco importante | 3 = Razoavelmente importante | 4 = importante | 5 = Muito importante

Dimensão	1	2	3	4	5
Planeamento e gestão da atividade da UCC					
Melhoria contínua da qualidade					
Valorização profissional da equipa de enfermagem					
Evidência de ganhos em saúde					

**Q58** – Indique outros indicadores que considere relevantes e a respetiva área de atuação onde deveriam ser integrados:

---



---



---



---



---



---



---



---

**Q59** – Tem alguma sugestão ou comentário adicional que considere relevante para a melhoria dos processos de contratualização, avaliação de desempenho ou funcionamento das UCC?

---



---



---



---



---



---



---



---

Agradecemos sinceramente a sua colaboração.  
 A sua participação é essencial para compreender melhor a adequabilidade dos indicadores às práticas das Unidades de Cuidados na Comunidade e para promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.



**ANEXOS**



## Anexo I – Autorização da Comissão de Ética

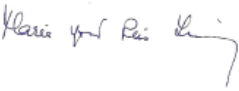


Comissão de Ética  
Politécnico  
de Viseu

(parecer\_versão004.19.02.21)

COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)  
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS

### Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Titulo do projeto	Perceção dos enfermeiros das Unidades de Cuidados na Comunidade sobre os indicadores contratualizados: adequabilidade, exequibilidade e potencial de melhoria
Proponentes do projeto	Sónia Lúcia Monteiro Leal
Investigador responsável	Prof.ª Doutora Ana Ribeiro
Data de submissão	16/10/2025
Data da aprovação do parecer	30/10/2025
A presidente da CE do IPV	 Maria João Reis Lima

PARECER N.º 50/SUB/2025

<input checked="" type="checkbox"/> <b>PARECER ÉTICO FAVORÁVEL</b> (a proposta é eticamente aceitável)	<b>Motivos</b>
<input type="checkbox"/> <b>PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES</b> (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	<b>Motivos</b>
<input type="checkbox"/> <b>PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL</b>	<b>Motivos</b> Com possibilidade de resubmissão após consideração das recomendações



## Anexo II – Certificado de Palestrante no “VII Congresso Nacional da AUCC”



### DECLARAÇÃO DE PRESENÇA

Para os devidos efeitos, declara-se que Enfermeiro(a) Sónia Lúcia Monteiro leal participou como PALESTRANTE no “VII Congresso Nacional da AUCC”, realizado no Multiusos de Gondomar, nos dias 26 e 27 de março de 2026, num total de 16H.

27 de março de 2026

Presidente da AUCC



José Barbosa Lima



# VII CONGRESSO NACIONAL AUCC

## INVESTIGAÇÃO EM CONTEXTO COMUNITÁRIO



26 E 27 DE MARÇO DE 2026 MULTIUSOS DE GONDOMAR – SALA D'OURO

### QUINTA-FEIRA, 26 DE MARÇO

08H30 ABERTURA DO SECRETARIADO

09H00 CONFERÊNCIA INAUGURAL

Prática Baseada na Evidência nas UCC  
 • Manuel Brás (Instituto Politécnico de Bragança)

09H30 MESA TEMÁTICA

Diabetes em Foco  
 Moderação por Elsa Maia  
 • Diabetes Tipo 1 na criança: Caminhos para um acompanhamento integrado: Leonel Lusquinhas  
 • Literacia em Saúde da Pessoa com Diabetes e Família: Lídia Soares  
 • "Diabetes em Movimento": Amélia Ferreira

11H00 COFFEE BREAK

11H30 MESA TEMÁTICA

Promoção da Saúde Mental  
 Moderação por Jacinto Gomes  
 • Intervenções comunitárias para a prevenção do suicídio: José Carlos Santos  
 • Saúde Mental e cuidados de proximidade: Equipa Comunitária ULSTMAD  
 • Saúde Mental Positiva: Sónia Rocha

13H00 ALMOÇO LIVRE

14H30 DEBATE CIENTÍFICO

Qual o valor acrescentado das UCC na investigação em contexto comunitário?  
 Moderação por Pedro Melo  
 • Miguel Vasconcelos (Ordem dos Enfermeiros), Dina Oliveira (DGS) e Hélder Sousa (DE-SNS)

16H45 MESA DE HONRA

• Participações previstas: Ministra da Saúde, Presidente da Câmara Municipal de Gondomar, Direção Executiva do SNS, Presidente do Conselho de Administração da ULS Santo António e Presidente da AUCC

INSCREVE-TE NO NOSSO WEBSITE

ASSUCC.BLOGSPOT.COM

### SEXTA-FEIRA, 27 DE MARÇO

09H30 MESA TEMÁTICA

Tecnologias Emergentes no Controlo da Dor e na Cicatrização de Úlceras por Pressão  
 Moderação por Alice Martins  
 • Avaliação e controlo da dor: Daniel Cruz  
 • Algoritmos para a gestão das úlceras por pressão para profissionais de saúde: Paulo Alves  
 • Algoritmo de autoavaliação do risco de úlceras por pressão para pacientes e cuidadores: Paulo Ramos

11H00 COFFEE BREAK

11H30 MESA TEMÁTICA

Desafios do Envelhecimento Demográfico  
 Moderação por Fernanda Pombal  
 • Isolamento social, solidão e abandono: PSP  
 • Intervenção comunitária e prevenção da dependência em pessoas idosas (PreDisc - ULSBM): Ana Morais  
 • Desafios nutricionais na pessoa idosa: Ivo Ribeiro

13H00 ALMOÇO LIVRE

14H30 MESA TEMÁTICA

Qualidade, Evidência e Desenvolvimento Profissional nas UCC  
 Moderação por Alexandra Pereira  
 • Perceção dos enfermeiros das UCC sobre os indicadores contratualizados: Sónia Leal  
 • Idoneidade Formativa nas UCC: Eva Salgado

16H00 CONFERÊNCIA

O Futuro das UCC no ecossistema integrado de cuidados  
 • Alexandre Tomás

16H30 SESSÃO DE ENCERRAMENTO

• Participações previstas: Vereador da Saúde da Câmara Municipal de Gondomar, Secretária de Estado da Saúde e Chief Nursing Officer

Entrega de Prémios

• Melhores Pósteres e Comunicações Livres  
 • Prémio de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Escolar Pedro Melo