



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

**A UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA E O
EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO**

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

Por

Maria da Conceição Dinis Ferreira Moura

Porto – março 2020



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

A UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA E O
EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO
THE PUBLIC HEALTH UNIT AND COMMUNITY EMPOWERMENT

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

Por

Maria da Conceição Dinis Ferreira Moura

Sob a orientação de Doutor Pedro Melo

Porto – março 2020

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, inserida no plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, do Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto. Tem como principal finalidade descrever e analisar as experiências vivenciadas ao longo do referido estágio.

Como problemática central escolheu-se o empoderamento comunitário para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem, tendo como epicentro a Unidade de Saúde Pública e como alvo de cuidados os enfermeiros de um Agrupamento de Centros de Saúde, enquanto comunidade.

A partir da análise do Diagnóstico Local de Saúde e do Plano Local de Saúde, do Agrupamento de Centros de Saúde onde decorreu o estágio, foram identificados os focos de enfermagem prioritários para uma potencial vigilância epidemiológica e analisadas as taxas de documentação dos mesmos por parte dos enfermeiros. Paralelamente, foi avaliado o nível de empoderamento comunitário dos enfermeiros para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem.

Como metodologia, utilizou-se o Planeamento em Saúde, adequando-o ao processo de decisão clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, baseado no Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário. Este modelo é promotor do empoderamento comunitário enquanto processo e resultado das intervenções dos enfermeiros e tem uma matriz de decisão clínica que orienta a abordagem destes, desde a atividade de diagnóstico à avaliação de resultados.

No diagnóstico de situação foi identificado um nível baixo de empoderamento comunitário para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem, assim como o diagnóstico de enfermagem gestão comunitária comprometida, com comprometimento de todas as suas dimensões: liderança comunitária, participação comunitária e processo comunitário. Seguindo-se as fases do Planeamento em Saúde, foram determinadas prioridades, fixados objetivos, determinadas estratégias e intervenções, com vista à obtenção de ganhos no nível de empoderamento comunitário.

Este estágio constituiu-se como um componente relevante no processo de formação contínua, permitindo a construção de um corpo de conhecimentos essencial ao exercício da profissão. Além disso, contribuiu de forma significativa para a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, assim como de Mestre em Enfermagem.

Conclui-se afirmando que o modo de entender e exercer as funções atribuídas, no contexto dos cuidados de saúde primários, sofreu alterações como resultado das competências desenvolvidas ao longo do curso em geral, e do estágio em particular, sendo o aprofundamento contínuo dos conhecimentos e o desenvolvimento de competências, indispensáveis à disciplina e à profissão de enfermagem.

Descritores: Enfermagem de Saúde Comunitária, Enfermagem de Saúde Pública, Empoderamento Comunitário, Planeamento em Saúde.

The present work is part of the Curricular Unit Final Stage and Report, inserted in the curricular plan of the Master's Course in Nursing with Specialization in Community Nursing, in the area of Community Health and Public Health Nursing, of the Institute of Health Sciences of the Universidade Católica do Porto. Its main purpose is to describe and analyze the experiences lived during the referred stage.

Community empowerment was chosen as the central issue for the epidemiological surveillance of nursing diagnoses, with the Public Health Unit as the epicenter and a Group of Health Centers nurses as a target of care.

Based on the analysis of the Local Health Diagnosis and the Local Health Plan, of the Group of Health Centers where the internship took place, the priority nursing phenomena for potential epidemiological surveillance were identified and the documentation rates of patients were analyzed same by the nurses. At the same time, the level of nurses' community empowerment for epidemiological surveillance of nursing diagnoses was assessed.

As a methodology, Health Planning was used, adapting it to the clinical decision process of the Specialist Nurse in Community Health and Public Health Nursing, based on the Evaluation, Intervention and Community Empowerment Model. This model promotes community empowerment as a process and as a result of nurses' interventions and has a clinical decision matrix that guides their approach, from the diagnostic activity to the evaluation of results.

In the diagnosis of the situation, a low level of community empowerment was identified for the epidemiological surveillance of nursing diagnoses, as well as the nursing diagnosis of committed community management, with the compromise of all its dimensions: community leadership, community participation and the community process. Following the stages of Health Planning, priorities were determined, objectives were set, certain strategies and interventions were taken, with a view to obtaining gains in the level of community empowerment.

This internship was a relevant component in the continuous training process, allowing the construction of a body of knowledge essential to the exercise of the profession. In addition, it contributed significantly to the acquisition of common and specific skills of the Specialist Nurse in Community Nursing, as well as Master of Nursing.

It concludes by stating that the way of understanding and exercising the assigned functions, in the context of primary health care, has undergone changes as a result of the competences developed throughout the course in general, and the internship in particular, being the deepening knowledge and skills development, indispensable to the discipline and the nursing profession.

Keywords: Community Health Nursing, Public Health Nursing, Community Empowerment, Health Planning

*“Diz-me de que conhecimentos te serves para
prestar cuidados, e como te serves deles, e
dir-te-ei que cuidados prestas.”*

(Collière)

DEDICATÓRIA

Aos três **HOMENS** que fazem a minha vida ter mais sentido, que iluminam o meu caminho e que doam muito do seu tempo, sem dúvidas, em benefício das minhas causas, sem os quais elas não teriam qualquer significado.

Aos meus filhos, **ZÉ** e **TIAGO**, e ao meu marido **AGOSTINHO**, pela paciência, pelo apoio demonstrado e pelo amor incondicional.

AGRADECIMENTOS

Quando olho para trás reparo que esta caminhada que agora termina não foi fácil, teve obstáculos e dificuldades que me levaram mesmo a pensar em desistir da mesma. Mas consegui chegar à meta, com a energia alimentada por todos os que comigo partilharam os dias de chuva sem arco-íris, os dias de sol com largos horizontes, os de tristeza, ansiedade e desânimo, mas também os de alegria. A eles quero deixar aqui os meus mais sinceros agradecimentos, pois todos foram importantes para conseguir ver mais longe e continuar a caminhada.

Ao Professor Pedro Melo, pela oportunidade da sua orientação, pela valia das suas sugestões, mas acima de tudo, por estar sempre presente, dando incentivo e promovendo a coragem para continuar. A sua ajuda e apoio foram importantes e essenciais para conseguir chegar ao fim.

Ao Tiago e à Sónia, tutores do estágio, pela disponibilidade demonstrada, pela ajuda e pelo incentivo durante todo o período em que o mesmo decorreu.

À Fernanda, que me ensinou que “esta é a melhor especialidade do mundo”, que esteve ao meu lado nas horas em que chorei e nas horas em que me ri, nas horas em que me lamentei e nas horas em que demonstrei alegria. Acima de tudo, pelo companheirismo, pela amizade e por poder contar sempre com a sua disponibilidade, incentivo e ajuda nos momentos mais difíceis.

Aos colegas e amigos do “T2”, que na altura das maiores dificuldades demonstraram compreensão, estenderam a mão e facilitaram a caminhada. Foi um privilégio poder contar com o seu apoio incondicional, com as suas palavras calorosas e encorajadoras, com o seu sorriso amigo e com o seu abraço reconfortante. Jamais conseguirei retribuir tudo aquilo que me ofereceram num momento em que tanto precisei.

A toda a minha família pelo amor, paciência, apoio e incentivo transmitidos durante todo o tempo em que decorreu esta caminhada.

Por último, a todos aqueles que dos bastidores acompanharam os momentos de derrotas e vitórias, más e boas notícias, nesta tarefa de viver e sonhar, mostrando solidariedade e incentivando a descobrir a beleza da vida e a grandeza da enfermagem.

Não existem palavras suficientes e significativas que me permitam agradecer-lhes com justiça e merecimento. Mas com a maior das gratidões, a todos digo:

MUITO OBRIGADA.

LISTA DE SIGLAS

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CIIS	Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSP	Cuidados de Saúde Primários
EAvEC	Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário
MAIEC	Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário
SIARS	Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCP	Universidade Católica Portuguesa
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UF	Unidade funcional
USP	Unidade de Saúde Pública
VEDE	Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	11
ÍNDICE DE TABELAS	11
INTRODUÇÃO.....	13
1. A UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	17
1.1. COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E DE MESTRE EM ENFERMAGEM	19
1.2. UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA: UM CONTEXTO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	25
2. O PROJETO DE ESTÁGIO	31
2.1. A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.....	32
2.2. O PLANEAMENTO EM SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO	36
2.2.1. Diagnóstico de situação	37
2.2.2. Determinação de prioridades	47
2.2.3. Fixação de objetivos	49
2.2.4. Determinação de estratégias e intervenções realizadas	53
2.2.5. Avaliação de Resultados.....	56
3. IMPLICAÇÕES DO ESTÁGIO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	59
3.1. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	60
3.2. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA.....	62
3.3. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	66
3.4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL.....	67
CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
APÊNDICES	77
APÊNDICE 1 - IDENTIFICAÇÃO DOS FOCOS DE ATENÇÃO EM ENFERMAGEM QUE SERÃO PRIORITÁRIOS PARA POTENCIAL VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	78
APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO UTILIZADO PARA A AVALIAÇÃO DA GESTÃO COMUNITÁRIA..	89

APÊNDICE 3 – DADOS RELATIVOS ÀS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO.....	99
APÊNDICE 4 - CORRESPONDÊNCIA ENTRE AS ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO DO MAIEC E AS PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO	115
APÊNDICE 5 - PRIORIZAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	117
APÊNDICE 6 – APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	119
ANEXOS	125
ANEXO 1 – ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (EAvEC).....	126
ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR NO GRUPO FOCAL PARA AVALIAÇÃO DO EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO	131

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Avaliação do nível de empoderamento comunitário para a VEDE	41
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Domínios das competências comuns, competências de cada domínio e respectivas unidades de competência, do enfermeiro especialista	20
Tabela 2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública	22
Tabela 3. Taxa de documentação dos focos de enfermagem, no ano de 2018	35
Tabela 4. Diagnósticos de enfermagem identificados e a justificação do juízo clínico atribuído.....	44
Tabela 5. Principais diagnósticos de enfermagem identificados relativamente à VEDE...	46
Tabela 6. Ponderação nos critérios de priorização	48
Tabela 7. Indicadores delineados para este projeto	52
Tabela 8. Relação entre os diagnósticos de enfermagem, os objetivos específicos e as intervenções de enfermagem	54
Tabela 9. Resultados obtidos	57

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, surge a Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, que se desenvolve de acordo com o previsto na alínea b) do n.º 1 do artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, constando de um estágio de natureza profissional, objeto de relatório final.

Este estágio decorreu no período compreendido entre 09 de setembro de 2019 e 08 de fevereiro de 2020, numa Unidade de Saúde Pública do Norte do país. De acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, que estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, a Unidade de Saúde Pública funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do agrupamento em que se integra, competindo-lhe, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos. Assim, considerou-se esta unidade funcional como um campo propício para o desenvolvimento das competências previstas para este estágio.

De forma a desenvolver as competências de Mestre em Enfermagem e de Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, integrou-se o projeto “MAIEC – A comunidade como cliente dos enfermeiros”, do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que tem como finalidade avaliar o impacto da implementação do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário em várias comunidades. No entanto, a integração no mesmo não constitui um processo de investigação, mas sim, uma intervenção que contribui para a investigação, ao mesmo tempo que permite o desenvolvimento das competências previstas para o enfermeiro com o título de Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem.

Para além de dar resposta a uma exigência curricular pretende-se, com a elaboração deste relatório, alcançar os seguintes objetivos:

- Analisar criticamente a forma como decorreu o Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem, desenvolvido numa Unidade de Saúde Pública;
- Perceber a importância da Unidade de Saúde Pública enquanto contexto para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública;
- Aprofundar conhecimentos sobre vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem e o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública no desenvolvimento da mesma;
- Descrever o modo como foi implementado o projeto de estágio;
- Desenvolver competências na utilização do processo de Planeamento em Saúde, adequando-o ao processo de decisão clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, baseado no Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário;
- Refletir sobre o processo de aquisição das competências comuns de Enfermeiro Especialista, das competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública e das competências de Mestre em Enfermagem;

Para tal, este documento encontra-se dividido em três partes. Na primeira, descrevem-se as competências comuns de Enfermeiro Especialista, as competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública e as competências de Mestre em Enfermagem e fundamenta-se o contributo da prática clínica na Unidade de Saúde Pública para o desenvolvimento das mesmas. Na segunda parte, destinada à apresentação do projeto de estágio, contextualiza-se a vigilância epidemiológica e especifica-se a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem, assim como se apresentam as etapas percorridas no desenvolvimento do projeto, tendo em conta a Metodologia do Planeamento em Saúde e o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário. Na terceira e última, descrevem-se e analisam-se as implicações do estágio realizado, para o desenvolvimento das competências comuns dos Enfermeiros Especialistas, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública e das

competências de Mestre em Enfermagem, assim como para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Para a elaboração do presente projeto utiliza-se uma metodologia descritiva, assente na revisão aprofundada de literatura atual e pertinente, relacionada com as temáticas abordadas, que possibilite a reflexão e análise.

A forma de referenciação das citações no texto, e a elaboração das referências bibliográficas no final do documento, seguem as normas da American Psychological Association.

1. A UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

A profissão de enfermagem, apresentando um carácter de importante mobilização entre o saber da disciplina e a prática clínica, vê os seus saberes serem alterados constantemente, de tal forma que os profissionais se veem permanentemente confrontados com a necessidade de atualizar e renovar os seus conhecimentos, de maneira a promoverem a qualidade dos cuidados prestados, de forma autónoma, responsável e competente. Assim, a aquisição e o desenvolvimento de competências são essenciais em todas as etapas do percurso profissional, de forma a produzir mudança e aperfeiçoamento no desempenho.

Le Boterf (citado em Oliveira, 2010) ao definir competência como um saber agir em situação, de modo pertinente e no momento oportuno, fala de um saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos adquiridos não só através da formação, como também, de todos os conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida e que se manifestam nos contextos de trabalho específicos. Desta forma, a competência não se circunscreve unicamente “a um saber”, nem é o somatório de saberes, mas sim, o saber agir, enquanto saber fazer em situação, que abarca três elementos basilares: 1 – Um saber mobilizar, numa situação concreta, os conhecimentos ou capacidades adquiridas através da formação; 2 – Um saber integrar, tendo em consideração os múltiplos conhecimentos e os múltiplos saber-fazer; 3 – Um saber transferir, pois toda a competência deverá poder-se transferir e adaptar, não ficando presa à execução de uma única atividade (Le Boterf, citado em Oliveira, 2010).

Neste sentido, a competência aplicada ao domínio de enfermagem, comporta, na opinião de Phaneuf (2005, p. 3), “duas exigências principais: a mobilização das capacidades pessoais da enfermeira e a mobilização dos seus saberes e saber-fazer aplicados aos cuidados de enfermagem”.

Pelo exposto pode dizer-se que a competência não resulta apenas de um acumular de conhecimentos e de habilidades, mas implica a capacidade de utilizar e transferir os mesmos

para contextos específicos da prestação de cuidados. A aquisição de competências é feita ao longo do tempo, através de uma história pessoal e social, ao longo de um percurso feito de experiência, de projetos e de práticas, de estudos e de atividades, por aspetos operativos, afetivos e intelectuais. “Em última análise, inscreve-se num processo de socialização, em que a aquisição dos conhecimentos é feita em situação, não numa perspetiva determinante, mas a partir de uma estrutura de aquisição do próprio indivíduo” (Pires, 1994, p. 9). Desta forma, as competências desenvolvem-se a partir de experiências marcantes do itinerário pessoal e profissional do indivíduo, que podem resultar de atividades de trabalho, de formação ou ligadas à sua vida social e familiar (Pires, 1994).

Na mesma linha de pensamento, Phaneuf (2005) afirma que na formação em enfermagem, a aquisição de competência é um ideal a atingir, a prosseguir e a enriquecer, sendo objeto de uma construção contínua ao longo da vida profissional, já que não se forma instantaneamente. Além disso, a competência não é adquirida para sempre e é preciso mantê-la atualizada. É evidente que a experiência aumenta a bagagem de conhecimentos teóricos e práticos do enfermeiro. No entanto, a passagem do tempo implica algum esquecimento, sendo necessário o refazer dos saberes de forma a enfrentar de forma adequada todas as situações. Por outro lado, os cuidados de enfermagem evoluem e é necessária uma adaptação constante a novas imposições organizacionais, a novas técnicas e a novas regras profissionais. Neste contexto, a abertura à mudança e a formação são as principais vias de sucesso do enfermeiro (Phaneuf, 2005).

A exigência de desenvolver competências no exercício da profissão de enfermagem é uma realidade, que induz no enfermeiro uma necessidade de evoluir, gerindo a sua própria formação e aprendizagem. Tal como refere Nunes (2002), por via do aperfeiçoamento profissional e do desenvolvimento de competências, se faz o caminho para a excelência do exercício profissional dos enfermeiros. É neste sentido que os momentos de avaliação formal, como os decorrentes de um curso de especialização e mestrado, pressupõem a aquisição de determinadas competências por parte do enfermeiro.

Assim, considera-se importante referir quais são as competências comuns do Enfermeiro Especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, as competências do enfermeiro com o grau académico de Mestre em Enfermagem, assim como as atribuições da Unidade de Saúde Pública (USP) e o seu contributo para o desenvolvimento das referidas competências, o que será efetuado ao longo do presente capítulo.

1.1. COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E DE MESTRE EM ENFERMAGEM

A frequência de um curso de especialização provoca mudanças no modo do enfermeiro entender e de exercer as suas funções, por meio da aquisição de novos conhecimentos e competências. Como consequência, aumenta a segurança na tomada de decisão, proporciona uma visão mais crítica em relação à prática profissional e confere capacidades para encarar os desafios que surgem frequentemente na prestação de cuidados (Silva, et al., 2018). Assim, pode afirmar-se que profissionais mais qualificados, com maior capacidade crítica e de resolução de problemas, promovem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Conforme o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei nº 156/2015, de 16 de setembro, no seu artigo 8º, o título de enfermeiro especialista é atribuído ao detentor do título de enfermeiro, após ponderação dos processos formativos e de certificação de competências, numa área clínica de especialização, reconhecendo-lhe competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem reconhecidas pela Ordem.

Para além das competências específicas de cada área de especialização, o detentor do título de especialista deverá demonstrar ainda um conjunto de competências comuns a todas as especialidades, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, descritas no Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 26 de 06 de fevereiro de 2019. De acordo com o referido Regulamento, são competências comuns as que são “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”; e são competências específicas as que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.

Na Tabela 1, apresentam-se os diferentes domínios das competências comuns, as competências de cada domínio e respetivas unidades de competência, do enfermeiro com o título de especialista.

Tabela 1. Domínios das competências comuns, competências de cada domínio e respectivas unidades de competência, do enfermeiro especialista

A — DOMÍNIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL	
<i>COMPETÊNCIAS</i>	<i>UNIDADES DE COMPETÊNCIA</i>
A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.	A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.
	A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.
	A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.
A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.	A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos
	A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.
B — DOMÍNIO DA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE	
<i>COMPETÊNCIAS</i>	<i>UNIDADES DE COMPETÊNCIA</i>
B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.	B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.
	B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade
B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.	B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas
	B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua
	B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua
B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.	B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo.

	B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais
C — DOMÍNIO DA GESTÃO DOS CUIDADOS	
<i>COMPETÊNCIAS</i>	<i>UNIDADES DE COMPETÊNCIA</i>
C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.	C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.
	C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.
C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.	C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.
	C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando -o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.
D — DOMÍNIO DO DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS	
<i>COMPETÊNCIAS</i>	<i>UNIDADES DE COMPETÊNCIA</i>
D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.	D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.
	D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.
D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica	D2.1 — Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.
	D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica
	D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no artigo 40º, identifica seis títulos de enfermeiro especialista passíveis de serem atribuídos:

- Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica;
- Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica;
- Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica;
- Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação;
- Enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica;
- Enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

No caso da especialidade em Enfermagem Comunitária, tal como refere o Regulamento nº 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 135 de 16 de julho de 2018, “considerando as necessidades de cuidados de enfermagem especializados em áreas emergentes e diferenciadas, relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o alvo e contexto de intervenção, identificam-se as áreas de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e a de Enfermagem de Saúde Familiar”.

De acordo com o Regulamento referido, o enfermeiro com o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, para além das competências comuns referidas anteriormente, deve ainda apresentar as competências específicas apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

COMPETÊNCIAS	UNIDADES DE COMPETÊNCIA
1 — Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade	1.1 — Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.
	1.2 — Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade.
	1.3 — Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.
	1.4 — Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

	1.5 — Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.
2 — Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades	2.1 — Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.
	2.2 — Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas.
	2.3 — Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.
3 — Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde	3.1 — Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.
4 — Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfica	4.1 — Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde -doença que ocorrem numa determinada área geodemografia.

A frequência de um curso de pós-licenciatura de especialização em Enfermagem, assegura a aquisição de competência científica, técnica, humana e cultural adequada à prestação de cuidados de enfermagem especializados numa determinada área clínica. Do mesmo modo, o Curso de Mestrado em Enfermagem, visando a formação pós-graduada de enfermeiros em áreas de especialização em enfermagem, permitirá a aquisição do título de enfermeiro especialista e ao mesmo tempo, o grau de mestre.

No Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), o Curso de Mestrado em Enfermagem tem como objetivos gerais (2018):

- Formar enfermeiros especialistas, com uma visão integradora e transformadora da saúde, fundamentada em valores éticos, científicos e culturais;
- Incentivar a intervenção multiprofissional e interdisciplinar em saúde junto de populações específicas, visando a promoção da saúde, a prevenção e tratamento

da doença, e o alívio do sofrimento, face a questões complexas e em contextos de assistência especializada;

- Promover uma cultura científica de inovação e criatividade, pelo desenvolvimento de projetos de intervenção e investigação, junto das famílias, nas comunidades e nas instituições de saúde em geral.

Por força do Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro, no n.º 1 do artigo 15.º, o grau de Mestre em Enfermagem será conferido a quem demonstre:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando-se nos conhecimentos adquiridos no Curso de Licenciatura em Enfermagem, seja capaz de os desenvolver e aprofundar, e que permitam e constituam a base de desenvolvimentos e/ou aplicações originais, em contexto de investigação;
- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em Enfermagem;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
- Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

De acordo com o Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, o Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública (2019), deve integrar uma componente teórica, teórico-prática e prática laboratorial e uma outra componente clínica, a desenvolver em dois contextos obrigatórios: USP e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Tendo em conta que a estudante desenvolveu a sua atividade profissional numa UCC, entre janeiro de 2015 e janeiro de 2020, escolheu-se a USP para desenvolver o Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem.

1.2. Unidade de Saúde Pública: um contexto de desenvolvimento de competências

O conceito de saúde pública evoluiu ao longo dos tempos. Em 1988, o Institute of Medicine publicou um relatório sobre o futuro da saúde pública (citado em Williams & Stanhope, 2011), onde esta foi definida como o que fazemos coletivamente, enquanto sociedade, para assegurar as condições em que as pessoas podem ser saudáveis, consistindo a sua missão em gerar esforços organizados da comunidade para dirigir o interesse público para a saúde, através da aplicação do conhecimento científico e técnico na prevenção da doença e promoção da saúde.

De acordo com Ferreira, saúde pública pode ser entendida como o somatório das várias atuações que são empreendidas para melhorar a saúde e lutar contra as doenças, não apenas com a finalidade de curar os indivíduos doentes, mas também de as eliminar (1990).

A missão da saúde pública pode ser cumprida por diferentes grupos. No entanto, o governo desempenha um papel muito importante, tendo a função especial de garantir que os elementos essenciais estão disponíveis e que a mesma seja cumprida. Aos vários níveis de decisão, são funções centrais da saúde pública (Williams & Stanhope, 2011):

- **A apreciação** – recolha sistemática de dados sobre a população, monitorização do estado de saúde da população e disponibilização da informação relacionada com a saúde da comunidade.
- **O desenvolvimento de políticas** – necessidade de prover liderança no desenvolvimento de políticas que apoiem a saúde da população, tendo em conta os conhecimentos científicos necessários à tomada de decisões.
- **A garantia dos serviços básicos** – papel da função pública na garantia da disponibilidade dos serviços de saúde essenciais e de base comunitária, assim como da existência de profissionais competentes na área.

Concretamente em Portugal, considera-se que face aos desafios atuais, que resultam das alterações climáticas com efeitos na saúde dos cidadãos, das epidemias descontroladas de doenças crónicas, da resistência crescente dos agentes microbiológicos patogénicos aos antimicrobianos e da progressão de desigualdades, iniquidades e desequilíbrios acentuados entre comunidades, o papel esperado dos Serviços de Saúde Pública no quadro do Sistema de Saúde e do Serviço Nacional de Saúde em particular, assume especial importância, sobretudo no que se refere a Unidades Locais (República Portuguesa, 2016).

Esta preocupação já se encontra espelhada no Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, no n.º 3 do artigo 7.º, onde se prevê a existência de uma USP em cada ACeS, constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, que atue em cooperação com todas as unidades funcionais do centro de saúde e do ACeS onde se encontra inserida, assim com os restantes serviços de saúde a outros níveis, nomeadamente os hospitais da sua área geográfica (Coordenação Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, 2011). Posteriormente, o Decreto-Lei n.º 81/2009 de 2 de abril, estabelece as regras e princípios de organização dos serviços e funções de natureza operativa de saúde pública, sedeados a nível nacional, regional e local. As funções operativas do serviço de saúde pública de âmbito local são exercidas na USP de cada ACeS ou unidade local de saúde, integrando-se nas respetivas estruturas orgânicas com as necessárias adaptações (n.º 2 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 81/2009 de 2 de abril), assumindo uma estrutura organizacional flexível, que permita a necessária adequação às especificidades geodemográficas e que privilegie a diferenciação técnica dos recursos nas áreas de diagnóstico e intervenção previstas (alínea a) do n.º 2 do artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 81/2009 de 2 de abril).

Cada USP tem como missão primordial, proteger e elevar o estado de saúde da população residente na área geográfica do ACeS onde está inserida. Como finalidades desta unidade apontam-se as seguintes (Coordenação Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, 2011):

- Promover a recolha, análise e difusão da informação necessária à produção de conhecimentos e à tomada de decisões informadas;
- Promover a investigação operacional e os estudos de impacto em saúde;
- Assegurar a gestão dos Programas Nacionais de Saúde, bem como dos projetos e iniciativas de âmbito regional e local, dirigidos à promoção e à proteção da saúde e à prevenção da doença, no âmbito da intervenção em saúde pública;
- Promover o trabalho em rede com as estruturas locais, incluindo escolas e autarquias;
- Promover a informação e a literacia em saúde dos cidadãos;
- Assegurar as funções de vigilância e investigação epidemiológica e defesa da população em situações de exposição a riscos de saúde.

Para tal, a USP deve contar com a colaboração das restantes unidades funcionais (UF) do ACeS, assim como das estruturas locais, com as quais será necessário promover parcerias e estreitar laços de cooperação. Só assim será possível responder de modo eficiente e com qualidade às necessidades de saúde e expectativas dos cidadãos e das comunidades (Coordenação Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, 2011).

Esta unidade funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACeS em que está inserida, tendo como competências (artigo 12º do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro e artigo 3º do Decreto-Lei nº 81/2009 de 2 de abril):

- Elaborar informação relativa aos problemas de saúde da população e aos determinantes que lhes estão associados, bem como avaliando o impacto das várias intervenções em saúde;
- Proceder à vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis e infecciosas, das doenças crónicas ou das relacionadas com o impacto dos fatores ambientais e desenvolver as intervenções necessárias ao controlo das mesmas;
- Gerir programas e projetos nas áreas de defesa, proteção e promoção da saúde da população em geral ou de grupos específicos, no quadro dos planos nacionais de saúde ou dos respetivos programas ou planos regionais ou locais de saúde, nomeadamente vacinação, saúde ambiental, saúde escolar, saúde ocupacional e saúde oral;
- Elaborar as propostas dos planos locais de saúde e respetivas estratégias para o ACeS;
- Promover e/ou participar em projetos de investigação em saúde;
- Promover e participar na formação pré-graduada e pós-graduada e contínua dos diversos grupos profissionais que integra;
- Colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.

A equipa da USP é composta por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental, integrando ainda, em permanência ou em colaboração temporária, outros profissionais que forem considerados necessários na área da saúde pública (artigo 12º do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro). Na sua constituição deve ter-se em conta os recursos humanos disponíveis, assim como as

características geodemográficas da área de intervenção, sendo apontados os seguintes rácios (nº 3 do artigo 8º do Decreto-Lei nº 81/2009 de 2 de abril):

- Um médico com o grau de especialista em saúde pública por cada 25 000 habitantes;
- Um enfermeiro por cada 30 000 habitantes;
- Um técnico de saúde ambiental por cada 15 000 habitantes.

Mais recentemente, o Programa do XXI Governo Constitucional estabelece como prioridade promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública, sublinhando que, para obter ganhos em saúde, tem de se intervir nos vários determinantes de forma sistémica, sistemática e integrada. Neste sentido, através do Despacho n.º 11232/2016, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 180, de 19 de setembro, foi criada uma Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional com vista a promover uma discussão abrangente da reforma da saúde pública com todos os seus atores. Esta Comissão considerou prioritário o trabalho nas áreas da contratualização, dos sistemas de informação, do trabalho em rede e da capacitação dos recursos, reconhecendo o importante contributo da saúde pública para a governança para a saúde e, mais particularmente, para o Planeamento em Saúde. Nesse sentido, foi apresentada a Proposta de Lei nº 49/XIII, que aprova a Lei da Saúde Pública.

Na opinião da Comissão já referida, é “vital que os profissionais de saúde pública estejam capacitados para agir da forma mais adequada possível em termos de eficácia, eficiência e produtividade ao longo de toda a sua carreira” (Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional, 2017, p. 5).

Da equipa de profissionais da USP, importa destacar neste trabalho, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, que de acordo com Williams & Stanhope (2011), atua no sentido de:

- Vigiar o estado de saúde da comunidade para identificar os seus problemas de saúde;
- Diagnosticar e investigar problemas de saúde e riscos na comunidade;
- Informar, educar e capacitar as pessoas relativamente à saúde;
- Mobilizar parcerias na comunidade para identificar e resolver problemas de saúde;

- Desenvolver políticas e planos que apoiem os esforços em saúde dos indivíduos e da comunidade;
- Reforçar leis e regras que protejam a saúde e garantam a segurança;
- Ligar as pessoas com os serviços de saúde necessários e assegurar a prestação de cuidados de saúde que de outro modo não seriam acessíveis;
- Garantir uma equipa competente de prestação de cuidados de saúde pública;
- Avaliar a eficácia, acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde individuais e centrados na população;
- Pesquisar novos pontos de vista e soluções inovadoras para os problemas de saúde.

A USP¹ onde decorreu o presente estágio está integrada num ACeS, cuja área de influência contempla quatro freguesias ou união de freguesias, com uma população residente estimada em 2013, de 127.573 habitantes e dá resposta a 169.155 utentes inscritos (em dezembro de 2015) nas suas várias UF. O ACeS integra, além da USP, da URAP e da UAG, 21 UF, nomeadamente, o Centro de Aconselhamento e Detecção do SIDA, o Centro de Diagnóstico Pneumológico, a Unidade de Saúde Seguros, uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, três UCC, 14 USF e 1 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)².

A USP conta com a seguinte equipa de profissionais:

- Oito médicos de Saúde Pública
- Seis enfermeiros especialistas em Enfermagem Comunitária
- Seis Técnicos de Saúde Ambiental
- Oito internos de Saúde Pública

A USP está organizada nas seguintes áreas funcionais³: planeamento em saúde; promoção da saúde e prevenção da doença; saúde mental; vigilância epidemiológica; saúde ambiental e ocupacional. Cada uma destas áreas funcionais, constituída por programas e projetos, é coordenada por um médico de saúde pública, designado de responsável, que integra, monitoriza e harmoniza o desenvolvimento das atividades da respetiva área funcional. Apresenta como linhas estratégicas:

1. Tornar a promoção da saúde e a prevenção da doença o lema da USP;

¹ Os dados apresentados foram retirados do Plano de Ação da USP 2016-2018

² Conforme sítio da Internet do ACeS

³ Conforme Plano de Ação da USP 2016-2018

2. Implementar a intervenção no âmbito do Plano Local de Saúde

Atendendo ao exposto ao longo deste capítulo, nomeadamente às competências que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, assim como à missão e atividades desenvolvidas pela USP, considerou-se esta como um local adequado ao desenvolvimento do projeto para este estágio.

2. O PROJETO DE ESTÁGIO

O Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro, no nº 1 do artigo 20º, prevê que o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve incluir um curso de especialização, constituído por um conjunto organizado de unidades curriculares, a que corresponde um mínimo de 50 % do total dos créditos do ciclo de estudos e uma dissertação de natureza científica ou um trabalho de projeto, originais e especialmente realizados para este fim, ou um estágio de natureza profissional objeto de relatório final, consoante os objetivos específicos visados, a que corresponde um mínimo de 30 créditos.

Conforme descrito no Guia da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária, pretende-se, com a realização deste estágio, que o estudante atinja os seguintes objetivos gerais:

- Demonstrar conhecimentos adquiridos ao longo da componente teórica do Curso de Mestrado em Enfermagem;
- Aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo da componente teórica do Curso de Mestrado em Enfermagem, em contexto de prática clínica;
- Desenvolver estratégias de intervenção na área da enfermagem comunitária, no contexto de uma Unidade de Saúde Pública;
- Participar na investigação científica relacionada com áreas de intervenção da Unidade de Saúde Pública;
- Desenvolver as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

É neste contexto que surge o presente relatório, com a finalidade de descrever a forma como decorreu o Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem, desenvolvido numa USP de um ACeS do Norte do país. O mesmo foi integrado no projeto “Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC) – A comunidade como

cliente dos enfermeiros”, da Nursing Research Platform, do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) da UCP, que tem como finalidade avaliar o impacto da implementação do MAIEC em várias comunidades, sendo uma delas o ACeS. No contexto da comunidade “ACeS”, o projeto MAIEC tem em curso, desde 2017, um dos seus domínios, centrado na USP, como epicentro para a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem (VEDE), promovendo o empoderamento das comunidades ACeS para o seu desenvolvimento.

Neste capítulo contextualiza-se a vigilância epidemiológica e especifica-se a VEDE, problemática central deste projeto de estágio, assim como se apresentam as etapas percorridas no desenvolvimento do mesmo, tendo em conta a Metodologia do Planeamento em Saúde.

2.1. A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

As definições de epidemiologia evoluíram ao longo do tempo, pelo que se podem encontrar várias na literatura especializada nesta área. As definições mais antigas limitam-se à preocupação exclusiva com as doenças transmissíveis, pelo que afirmam tratar-se de uma ciência ou doutrina médica da epidemia, ou de uma disciplina dedicada à investigação das causas e ao controlo de epidemias. As definições mais recentes incluem também, as doenças não infecciosas, outros problemas de saúde e até os estados pré-patológicos e fisiológicos (Pereira, 1995).

Ruffino-Neto e Passos (2005, p. 31) definem epidemiologia “como um conjunto de conceitos, teorias e métodos que permitam estudar, conhecer e transformar o processo saúde-doença na dimensão coletiva”. Mais recente é a definição apresentada por Porta, Greenland, Hernán e Silva (citados em Melo, 2020), que indica que a epidemiologia é “o estudo da ocorrência e distribuição de eventos, estados e processos relacionados com a saúde em populações específicas, incluindo o estudo dos determinantes que influenciam esses processos e a aplicação desse conhecimento ao controlo dos problemas de saúde relevantes” (p. 121).

Pode afirmar-se que o conceito de epidemiologia evoluiu ao longo do tempo, procurando, na atualidade, abranger um largo campo de atuação, investigando não só as causas das alterações dos processos saúde-doença de uma população, como também as formas de as prevenir e controlar. Também o foco dos estudos da epidemiologia se foi alterando ao

longo do tempo, passando das doenças infecciosas para as doenças não declaradas e, mais tarde, às associadas aos comportamentos (Melo, 2020). Melo (2020) vai mais longe, propondo o desenvolvimento de uma “epidemiologia pós-moderna, na qual será possível desviar o foco dos estudos epidemiológicos para os fenômenos que permitam identificar fatores que orientam a gestão de programas e projetos, orientados para as respostas em Saúde Pública e Comunitária a diagnósticos que ainda não são estudados de uma forma efetiva com os métodos da epidemiologia” (Melo, 2020, p. 113). Neste sentido, a epidemiologia não está centrada nos processos de avaliação de doenças, mas sim na avaliação dos processos intencionais, não intencionais e de interação com o ambiente das pessoas, sendo esta uma abordagem da epidemiologia centrada nas pessoas (Melo, 2020).

A forma tradicional de utilização da epidemiologia nos serviços de saúde é a vigilância epidemiológica, que tem como finalidade detetar variações de tendências, traçar o perfil de doenças e problemas julgados prioritários, e agir em função desse diagnóstico (Pereira, 1995). Sendo uma arma de grande utilidade em saúde pública, pode ser definida como “o processo que abrange a colheita, a análise, a interpretação e o relato dos dados referentes à incidência de mortes, de doenças e de lesões e a prevalência de certas condições, cujo conhecimento é considerado importante para promover a saúde da população” (Jekel, Katz, & Elmore, 2006, p. 54)

No mesmo sentido, Bonita, Beaglehole, e Kjellström (2010) referem que a vigilância epidemiológica consiste na colheita, análise e interpretação sistemática de dados em saúde para o planeamento, implementação e avaliação das atividades em saúde pública, devendo os dados obtidos pela mesma, ser disseminados, permitindo a implementação de ações efetivas para a prevenção da doença.

Se tivermos em conta a abordagem da epidemiologia centrada nas pessoas, a vigilância está centrada na ocorrência dos focos de enfermagem (Melo, 2020). As fontes destes dados, no contexto da Saúde Pública, são os sistemas de informação em saúde, de uma forma geral, e o Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS), em particular. Através do SIARS, é possível analisar o número de registos efetuados pelos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em cada foco de enfermagem, assim como no juízo clínico atribuído ao mesmo, constituindo um Diagnóstico de Enfermagem. É neste contexto que surge a VEDE, sobre a qual têm sido desenvolvidos estudos nos últimos anos, tendo como epicentro a USP. Estes estudos têm sido desenvolvidos no contexto do Mestrado

em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária ((Bastos, 2018; Teixeira, 2019; Santos, 2019) no contexto dos diagnósticos de enfermagem em Saúde Familiar (Melo, Bastos, Figueiredo, Rodrigues, & Pinto, 2018) e no contexto do foco gestão do regime terapêutico na pessoa com Diabetes Mellitus (Melo, Bastos, Rodrigues, Maciel, & Pinto, 2019).

Tendo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, como uma das suas competências centrais “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfica” (Ordem dos Enfermeiros, 2018), encontra no contexto da USP, a comunidade de enfermeiros do ACeS como a sua unidade de cuidados, devendo promover e garantir o seu empoderamento para a VEDE. Pela sua pertinência, escolheu-se a VEDE como problemática central deste projeto de estágio.

Assim, foi necessário decidir quais os focos de enfermagem a estudar do ponto de vista epidemiológico. A tomada de decisão sobre os mesmos partiu da análise do Diagnóstico de Situação de Saúde e do Plano Local de Saúde do ACeS onde decorreu o estágio. A partir da leitura e análise dos referidos documentos, onde se descrevem os principais problemas de saúde e os determinantes de saúde, identificaram-se os focos de enfermagem (de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE), relacionados com os mesmos. Para tal teve-se em conta a reflexão pessoal, a pesquisa bibliográfica sobre o assunto e as sugestões de registo do Grupo SAPE da Administração Regional de Saúde (ARS) Norte, publicadas nas diversas Newsletter do referido grupo. Após vários exercícios de seleção (Apêndice 1) dos focos identificados, consideraram-se como prioritários para a vigilância epidemiológica os seguintes: gestão do regime terapêutico; comportamento de adesão; exercício; uso de tabaco e uso de álcool.

Através do SIARS foram colhidos dados sobre os focos de enfermagem considerados prioritários, de forma a calcular a taxa de documentação de cada um por parte dos enfermeiros do ACeS onde se desenvolveu o projeto. Para calcular a taxa de documentação foi utilizada a seguinte fórmula:

$$\text{Taxa de documentação (TD)} = \frac{\text{Número de vezes que o foco foi ativado (N)}}{\text{Número de utentes inscritos}} \times 100$$

Na Tabela 3 apresentam-se os dados colhidos e a taxa de documentação de cada foco de enfermagem durante o ano de 2018.

Tabela 3. Taxa de documentação dos focos de enfermagem, no ano de 2018

Utentes inscritos	Mês	FOCO DE ENFERMAGEM									
		Exercício		Comportamento de Adesão		Gestão do Regime Terapêutico		Uso de Tabaco		Uso de Álcool	
		N	TD	N	TD	N	TD	N	TD	N	TD
168.088	1	3	0.002	487	0.290	1.834	1.091	660	0.093	348	0.207
168.301	2	1	0.001	327	0.094	1.079	0.641	462	0.275	203	0.121
168.592	3	4	0.002	259	0.154	540	0.320	378	0.224	229	0.136
168.854	4	0	0.000	243	0.144	427	0.253	344	0.204	234	0.139
168.869	5	28	0.017	269	0.159	403	0.239	376	0.223	259	0.153
168.953	6	31	0.018	224	0.133	453	0.268	467	0.276	301	0.178
169.198	7	21	0.012	205	0.121	319	0.189	417	0.246	317	0.187
169.447	8	10	0.006	166	0.098	221	0.130	322	0.190	213	0.126
169.597	9	31	0.018	222	0.131	298	0.176	355	0.209	222	0.131
169.802	10	25	0.015	403	0.237	340	0.200	603	0.355	359	0.211
170.069	11	16	0.009	380	0.223	326	0.192	534	0.314	315	0.185
170.250	12	6	0.003	141	0.083	210	0.123	374	0.220	205	0.120

Pelos dados apresentados, pode verificar-se que as taxas de documentação dos focos de enfermagem selecionados para a vigilância epidemiológica, são baixas, principalmente no que diz respeito ao exercício. Assim, considera-se importante o empoderamento da comunidade enfermeiros do ACeS para a VEDE, de forma a promover o registo de diagnósticos de enfermagem que traduzam ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

2.2. O PLANEAMENTO EM SAÚDE E O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

O termo Planeamento em Saúde pode ser usado para descrever um amplo conjunto de diferentes atividades, desde o planeamento estratégico de longo prazo de um sistema de saúde, ao desenvolvimento, a curto prazo, de um serviço, ou desde o planeamento de recursos humanos e financeiros ao planeamento de intervenções que correspondam às necessidades das populações (Crisp, 2017).

Verifica-se um crescente interesse pelo Planeamento em Saúde, tendo sido determinada a sua importância já na Declaração de Alma-Ata, em 1978, que recomendava que os governos deveriam aperfeiçoar a estrutura administrativa e aplicar, em todos os níveis, métodos apropriados de gestão para planearem e porem em prática os cuidados de saúde primários. De acordo com Imperatori e Giraldes (1986, p. 6), o Planeamento em Saúde define-se como “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos”.

A necessidade do Planeamento em Saúde assenta essencialmente em seis tipos de razões (Imperatori & Giraldes, 1986): a escassez de recursos, a necessidade de intervir nas causas dos problemas, a importância de se definir prioridades, a necessidade de evitar intervenções isoladas, o custo elevado de algumas estruturas e a otimização dos equipamentos existentes.

O processo de Planeamento em Saúde bem construído deverá seguir três grandes fases, cronologicamente ordenadas, tal como é explicitado por Imperatori e Giraldes (1986), nomeadamente elaboração do plano, execução e avaliação. A primeira fase subdivide-se em seis etapas, sendo estas: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação dos objetivos, seleção de estratégias, elaboração dos programas e projetos, preparação da execução e avaliação. Apesar da sua divisão em etapas, o Planeamento em Saúde deve ser entendido como um processo contínuo e dinâmico, passível de ser alterado e reavaliado em qualquer etapa, de acordo com alterações que surjam no decorrer do mesmo (Imperatori & Giraldes, 1986).

De acordo com Melo (2020), antes de considerar o Planeamento *em* Saúde enquanto processo, devemos considerar o planeamento na saúde, nomeadamente na enfermagem,

como etapa da tomada de decisão, sendo o planejamento um processo incorporado na essência da decisão clínica em enfermagem. Em primeiro lugar, o processo de enfermagem, constituído por cinco etapas, tem na sua base, a necessidade de planejar. Em segundo, o planejamento em saúde é uma das quatro competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Tendo por base o exposto, este subcapítulo encontra-se estruturado tendo por base o processo de Planejamento em Saúde e as suas etapas, conforme definido por Imperatori e Giraldes (1986). Além disso, é usado como referencial para a decisão clínica, no contexto do processo de enfermagem, o MAIEC (Melo, 2020)

2.2.1. Diagnóstico de situação

Sendo o diagnóstico de situação o primeiro passo no processo de Planejamento em Saúde, deve atender-se no desenvolvimento do mesmo, que a concordância entre o diagnóstico e as necessidades determinará a pertinência do plano, programa e atividades. Para tal deve ter como principais características, ser suficientemente alargado para permitir identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes, suficientemente aprofundado permitindo explicar as causas desses problemas e essencialmente sucinto e claro de forma a ser facilmente lido e apreendido por todos. O diagnóstico de situação funcionará como justificação das atividades a desenvolver e como termo de comparação no momento da avaliação (Imperatori & Giraldes, 1986).

Neste sentido, deve ter-se presente que o diagnóstico de saúde deve ser isso mesmo, ou seja, o passo de partida para as outras etapas do Planejamento em Saúde, pelo que não devem ser colhidos dados que não sejam critérios de diagnóstico e que permitam identificar necessidades que serão posteriormente alvo de intervenção (Melo, 2020) .

No contexto da profissão de enfermagem, é imprescindível identificar as necessidades da comunidade de forma a ser capaz de dar resposta às mesmas, cumprindo o que é prescrito no Código Deontológica do Enfermeiro, no artigo 101º: o enfermeiro sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido, participar na orientação da comunidade e na busca

de soluções para os problemas de saúde detetados e colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No que diz respeito ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, conforme o Regulamento das competências específicas (Ordem dos Enfermeiros, 2018), procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade. Na opinião de Melo (2020), o Diagnóstico de Enfermagem de Saúde Comunitária e o Diagnóstico de Saúde Pública não são a mesma coisa, mas devem estar articulados. O segundo contribui para o desenvolvimento de Programas Locais de Saúde que respondam às necessidades de saúde da população em cuidados de enfermagem, sendo um olhar macrossistémico em relação aos focos de enfermagem numa determinada população. Já o primeiro exige a identificação do entrecruzado entre as necessidades sentidas pela comunidade, aquelas que são expressas pela mesma e as reais, fazendo a sua articulação com as necessidades identificadas no contexto do Diagnóstico em Saúde Pública. Então, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública deve orientar a sua atividade diagnóstica, tanto para as necessidades da comunidade, no que se refere às áreas em que trabalha nos seus projetos, como para as necessidades da comunidade, no que se refere ao seu empoderamento para responder a essas mesmas áreas de intervenção (Melo, 2020).

Assim, o enfermeiro tendo a comunidade como cliente, deve orientar a sua tomada de decisão para o empoderamento comunitário enquanto processo e enquanto resultado (Melo, 2020), tendo por base o conceito defendido por Laverack. Para este autor, o empoderamento comunitário, baseado no paradigma sistémico, é definido como um processo iterativo e contínuo, em que o promotor de saúde pode intervir em qualquer momento, em qualquer sistema, mas também como resultado, no sentido em que depende do ambiente e de todos os sistemas em interação, indivíduo, grupo ou comunidade, sempre na perspetiva da melhoria da saúde e do bem-estar coletivo (Laverack, Promoção da saúde. Poder e empoderamento, 2008). Para poder avaliar o empoderamento comunitário, Laverack (2001) identificou nove áreas organizacionais que o influenciam: participação, liderança, estruturas organizacionais, avaliação de problemas, mobilização de recursos, ligação aos outros, o papel dos agentes externos, a gestão de programas e a capacidade para questionar.

No âmbito do presente projeto, como já referido anteriormente, é utilizado como referencial o MAIEC (Melo, 2020), que permite integrar o processo de empoderamento comunitário na tomada de decisão clínica dos enfermeiros. Este modelo apresenta os seus conceitos baseados nos conceitos metaparadigmáticos associados à disciplina da Enfermagem e relacionados com a Enfermagem de Saúde Comunitária, sendo eles: Comunidade, Ambiente Comunitário, Saúde Comunitária e Cuidado de Enfermagem à Comunidade.

Considerando a comunidade como unidade de cuidados, os pressupostos deste modelo os cuidados de enfermagem centram-se na comunidade como alvo de intervenção, numa perspetiva sistémica, dando ênfase à abordagem colaborativa e orientada para a autonomia da comunidade, assente na potencialização das suas forças, recursos e competências para a identificação e resolução dos seus problemas, tendo como foco os ganhos em saúde (Melo, 2020). Os princípios enformadores que se constituem como premissas da utilização do modelo são cinco, nomeadamente:

1. Independentemente da sua natureza, todas as comunidades são suscetíveis de avaliação e intervenção;
2. A abordagem da comunidade é desenvolvida quer no contexto da potenciação da saúde comunitária como na perspetiva da potenciação da saúde pública;
3. A avaliação da comunidade determina o planeamento de intervenções ajustadas às suas necessidades, de acordo com o ambiente comunitário em que se integra;
4. A comunidade, enquanto unidade de cuidados, requer intervenções de enfermagem, no sentido de potenciar respostas em empoderamento comunitário como processo e como resultado;
5. As intervenções centram-se no empoderamento comunitário em paralelo com as necessidades específicas da comunidade, identificadas no processo de avaliação específico de cada projeto de intervenção comunitária.

O MAIEC assume como foco central da atenção do enfermeiro a gestão comunitária, definida como a capacidade de a comunidade mobilizar, no contexto dos problemas intencionais e dos processos de interação com o ambiente comunitário, recursos para identificar e resolver os seus problemas. O enquadramento da gestão comunitária, no que se relaciona com a decisão clínica, associa-se a três dimensões de diagnóstico: a participação comunitária, a liderança comunitária e o processo comunitário (Melo, 2020).

Tendo em conta o exposto, o diagnóstico de situação, no contexto do presente projeto, desenvolveu-se em duas etapas, sendo elas a avaliação do empoderamento comunitário e a avaliação da gestão comunitária, que se passa a apresentar.

▪ Avaliação do empoderamento comunitário

No sentido de avaliar o nível de empoderamento da comunidade do ACES para desenvolver a VEDE, foi aplicada a Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EA_vEC). Esta escala foi traduzida para português e validada culturalmente por Melo e colaboradores, no âmbito do projeto MAIEC, a partir da *Empowerment Assessement Rated Scale*, proposta por Laverack (Melo, et al., 2020b). Esta escala apresenta nove domínios de avaliação: participação comunitária, capacidade de avaliação do problema, liderança local, estruturas organizativas, mobilização de recursos, ligações a outros, habilidade para “questionar porquê”, gestão de programas e relação com agentes externos. Cada um dos domínios tem 5 depoimentos relativos ao nível de empoderamento, numerados de 1 a 5 (Anexo 1), sendo o 1 o depoimento que caracteriza o nível menor de empoderamento e o 5 o que caracteriza o nível maior.

A avaliação destes domínios deve ser feita num contexto de envolvimento dos membros da comunidade, utilizando como técnica o Grupo Focal. Os cinco depoimentos que a escala prevê para cada domínio devem ser apresentados, de forma aleatória, pelo agente externo à comunidade. Analisando os depoimentos, os membros da comunidade devem chegar a consenso sobre qual o depoimento que melhor a enquadra no momento da avaliação (Melo, 2020).

Para a avaliação do nível de empoderamento comunitário, foram selecionados os Enfermeiros que integram a gestão das diferentes UF do ACeS (Conselhos Técnicos das USF, Responsáveis das UCSP, Coordenadores das UCC), a Diretora Executiva do ACeS, a vogal de Enfermagem do Conselho Clínico e da Saúde do ACeS, os enfermeiros da USP nomeados para o efeito e a Coordenadora da USP. O contacto dos potenciais participantes ficou a cargo da direção de enfermagem do ACeS. De forma a garantir o respeito pela autonomia dos participantes, foi-lhes solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2). De forma a garantir o anonimato dos mesmos, não serão revelados dados que permitam identificar os participantes.

A colheita de dados foi efetuada conforme o descrito anteriormente, tendo-se registado os depoimentos escolhidos em consenso, pelos membros da comunidade presentes, para cada um dos nove domínios da EAvEC. Estes foram analisados à luz da sua pontuação na escala e posteriormente transformados num gráfico de radar (Figura 1), que permite ver de forma global o nível de empoderamento comunitário da comunidade de enfermeiros do ACeS onde decorreu o estágio, em cada um dos domínios, relativamente à VEDE.

Figura 1. Avaliação do nível de empoderamento comunitário para a VEDE



Pela imagem gráfica resultante desta avaliação conclui-se que o nível de empoderamento comunitário da comunidade de enfermeiros do ACeS, relativamente à VEDE é baixo. No nível 1 encontram-se os domínios: capacidade de avaliação do problema, liderança local, estruturas organizacionais, mobilização de recursos e gestão do programa. No nível 2 encontram-se os domínios: participação comunitária, relação com agentes externos, habilidade para questionar e ligações a outros.

▪ Avaliação da gestão comunitária

Para desenvolver o diagnóstico de enfermagem face ao foco gestão comunitária, tendo a comunidade do ACES como cliente, foi construído um questionário, na plataforma Google Docs, tendo por base a matriz de decisão clínica do MAIEC (Apêndice 2). Este é constituído por duas partes: a primeira com questões que permitiram a caracterização socio-demográfica dos elementos da amostra; a segunda com questões sobre a opinião/perceção dos participantes face a diferentes questões relacionadas com a VEDE, considerando em particular os focos de enfermagem seleccionados anteriormente. O questionário foi depois enviado por correio eletrónico, pela Direção de Enfermagem do ACeS.

De forma a garantir o respeito pela autonomia dos participantes, o questionário possui como primeira questão, de resposta obrigatória: “Aceito participar neste estudo, sabendo que a qualquer momento posso decidir não continuar a participar sem que tenha qualquer prejuízo”. De forma a garantir o anonimato dos mesmos, não serão revelados dados que permitam identificar os participantes.

Para a avaliação da gestão comunitária foi considerada como população todos os enfermeiros a desempenhar funções no ACeS onde decorreu o estágio, na altura da colheita de dados. Assim, a população alvo era constituída por 160 enfermeiros (conforme Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários – BI-CSP). De forma a obter dados válidos e robustos, pretendia-se obter uma amostra constituída por 50% da população. A amostra foi seleccionada por conveniência, sendo constituída por 57 enfermeiros que responderam ao questionário, correspondendo a 35,6% da população.

Em relação à caracterização sociodemográfica da amostra, apresentam-se alguns resultados mais significativos (no Apêndice 3 encontram-se todos os dados pormenorizados):

- Não foram obtidas respostas de quatro UF. Das restantes, foram obtidas entre 1 e 6 respostas por UF.
- Relativamente às habilitações, 41 (71,9%) dos enfermeiros possuem licenciatura, 15 (26,3%) mestrado e 1 (1,8%) bacharelato. Dos 15 enfermeiros com mestrado, apenas 14 referiram a área de estudo, sendo 10 Mestres em Enfermagem, 2 Mestres em Qualidade, 1 Mestre em Bioética e 1 Mestre em Educação para a Saúde.

- Quanto à especialização em enfermagem, 20 dos participantes não têm especialização em enfermagem. Nos restantes 37 enfermeiros, que possuem especialidade, todas as áreas de especialidade estão representadas, sendo a Especialidade de Enfermagem Comunitária aquela que apresenta maior número de enfermeiros.
- Da amostra, 18 enfermeiros possuem outro tipo de formação.
- Relativamente ao tempo de experiência profissional como enfermeiro/a, a maior parte (52,6%), encontra-se no intervalo de 11 a 19 anos.
- Quanto ao tempo de serviço na UF do ACeS em que exercem funções, a maioria encontra-se no intervalo dos 6 aos 19 anos, sendo 38,6% no intervalo dos 6 aos 10 anos e 36,8% dos 11 aos 19 anos.

Tal como referido anteriormente, o MAIEC assume como foco central da atenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, a gestão comunitária, à qual estão associadas três dimensões de diagnóstico: a participação comunitária, a liderança comunitária e o processo comunitário. Neste sentido, a atividade diagnóstica relacionada com o foco gestão comunitária e as suas três dimensões, foi efetuada tendo em conta as respostas à segunda parte do questionário, estando cada pergunta associada a uma atividade diagnóstica (Apêndice 4).

Na Tabela 4 apresentam-se os diagnósticos de enfermagem identificados através da análise das respostas ao questionário e a justificação do juízo clínico atribuído.

Tabela 4. Diagnósticos de enfermagem identificados e a justificação do juízo clínico atribuído

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		JUSTIFICAÇÃO DO JUÍZO ATRIBUÍDO	
Foco central	Dimensões do foco central		
Gestão comunitária comprometida	Liderança comprometida por:	Conhecimento não demonstrado	82,5% considera não ter conhecimento adequado sobre a VEDE
			Apenas 33,3% conhece as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do Plano Local de Saúde do ACeS.
			29,8% não conhece nenhum dos documentos (Necessidades de Saúde, Problemas de Saúde identificados, Objetivos de Saúde do Plano Local de Saúde)
			36,9% conhece apenas 1 dos documentos (Necessidades de Saúde, Problemas de Saúde identificados, Objetivos de Saúde do Plano Local de Saúde)
			61,4% não tem formação sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo.
			82,5% considera ter necessidades formativas sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo.
		Crenças comprometidas	15,8% considera que a sua documentação não tem um contributo importante para o Diagnóstico de Saúde do ACeS
	Volição não demonstrada	12,3% não se sente motivado/a para participar num projeto do seu ACeS que promova a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem	

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		JUSTIFICAÇÃO DO JUÍZO ATRIBUÍDO	
Foco central	Dimensões do foco central		
Gestão comunitária comprometida	Participação comunitária comprometida por:	Comunicação não eficaz	61,4% considera que o circuito de informação entre a sua UF e o ACeS não é eficaz para compreender a importância da documentação dos cuidados de enfermagem para o diagnóstico local de saúde.
			59,6% considera que não há circuito de informação sobre VEDE; 24,6% dos que consideram que há circuito de informação sobre VEDE, acham que esta não é clara.
			24,6% considera que a informação transmitida não é clara.
			71,9% considera que não são analisadas/discutidas as questões relacionadas com a documentação e a VEDE.
	Inexistência de parcerias comunitárias		93% considera que a sua UF não tem parcerias formais que promovam a melhoria da documentação dos focos de enfermagem e da vigilância epidemiológica dos mesmos
			47,4% Considera que a sua unidade funcional não tem recursos suficientes para a documentação dos diagnósticos nos focos de enfermagem em estudo
	Inexistência de estruturas organizativas		89,5% considera que não existem estruturas organizativas que envolvam a sua UF no diagnóstico de saúde do ACeS tendo em conta os diagnósticos de enfermagem.
	Processo comunitário comprometido por:	Coping comunitário não efetivo	
			84,2% considera que não existe na sua UF um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem.

Pela análise das respostas ao questionário e tendo em conta as justificações para o juízo clínico atribuído a cada foco, foi possível identificar os principais diagnósticos de enfermagem que a comunidade em estudo apresenta, relativamente à VEDE. Os mesmos encontram-se descritos na Tabela 5.

Tabela 5. Principais diagnósticos de enfermagem identificados relativamente à VEDE

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
D1	Conhecimento sobre VEDE, não demonstrado em 82,5% dos participantes
D2	Conhecimento sobre as Necessidades de Saúde, ou os Problemas de Saúde identificados ou os Objetivos de Saúde do Plano Local de Saúde do ACeS, não demonstrado em 36,9% dos elementos da amostra.
D3	Conhecimento sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo, não demonstrado em 82,5% dos elementos da amostra.
D4	Crenças sobre o contributo da sua documentação para o Diagnóstico de Saúde do ACeS, comprometidas em 15,8% dos participantes.
D5	Volição para participar num projeto do seu ACeS que promova a VEDE, não demonstrada 12,3% dos elementos da amostra.
D6	Comunicação entre a UF e o ACeS, para compreender a importância da documentação dos cuidados de enfermagem para o Diagnóstico Local de Saúde, não eficaz percebida em 61,4% dos participantes
D7	Comunicação entre os membros da comunidade e os seus líderes sobre VEDE, não eficaz percebida em 59,6% dos participantes.
D8	Comunicação não eficaz por falta de clareza na informação transmitida, percebida por 24,6% dos participantes.
D9	Comunicação sobre questões relacionadas com a documentação e a VEDE, não eficaz, percebida em 71,9% dos participantes.
D10	Inexistência de parcerias formais que promovam a melhoria da documentação dos focos de enfermagem e da VEDE na UF onde desempenham funções, percebida por 93% dos participantes.
D11	Inexistência de estruturas organizativas que envolvam a UF no diagnóstico de saúde do ACeS tendo em conta os diagnósticos de enfermagem, percebida em 89,5% dos participantes.
D12	Coping comunitário não efetivo (por ausência de avaliação dos focos em estudo) percebido em 8,8% dos elementos da amostra.
D13	Coping comunitário não efetivo (pela ausência de um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem na UF), percebido em 84,2% dos participantes.

Terminado que está o diagnóstico de situação, nomeadamente a identificação dos principais diagnósticos de enfermagem da comunidade em estudo, no âmbito do estágio realizado, passa-se à seguinte fase do Planeamento em Saúde, ou seja, à determinação de prioridades.

2.2.2. Determinação de prioridades

A definição, escolha ou seleção de prioridades é a segunda fase do Planejamento em Saúde e consiste na hierarquização dos problemas identificados no diagnóstico de situação (Imperatori & Giraldes, 1986). É necessário determinar quais os problemas que exigem intervenção prioritária num determinado momento, já que raramente, existem recursos suficientes para intervenções dirigidas a todas as necessidades numa determinada comunidade (Sousa, et al., 2017). No mesmo sentido, mas no contexto da enfermagem, Melo (2020) afirma que normalmente são encontrados múltiplos diagnósticos de enfermagem na mesma comunidade e, nem sempre, os recursos são suficientes para responder a todos no tempo disponível. Apesar da dificuldade em escolher por onde começar e quais os diagnósticos que requerem uma intervenção mais urgente, a priorização deve ser desenvolvida com muito critério e rigor.

De acordo com Imperatori e Giraldes (1986) a determinação de prioridades a nível local, não deve ultrapassar os quatro ou cinco campos de intervenção, devidamente hierarquizados, sob pena de se aumentarem as possibilidades de se dispersarem os esforços ou de os problemas não serem suficientemente hierarquizados.

Assim, para hierarquizar os problemas identificados recorre-se à utilização de critérios, que suportem cientificamente o processo de tomada de decisão e orientem a intervenção comunitária. Existem, descritos na literatura, vários métodos que podem ser utilizados neste processo, cuja aplicação pode ocorrer de forma isolada ou combinada. Cabe às equipas de intervenção comunitária a definição de um processo próprio, que incorpore critérios e procedimentos que possibilitem a identificação e intervenção em necessidades prioritárias da comunidade (Sousa, et al., 2017).

No contexto do estágio realizado, utilizou-se para a determinação de prioridades dos diagnósticos identificados, o método proposto por Melo (2020). De acordo com esta metodologia, é construída uma Grelha de Ponderação de Critérios, atribuindo-se a cada um uma ponderação de 0 a 3. Os critérios utilizados são:

- **A magnitude** – relacionada com a dimensão do diagnóstico na comunidade ou população em análise;
- **A transcendência** – relacionada com a forma como a intervenção nesse diagnóstico influencia a melhoria dos outros;

- **A vulnerabilidade** – relacionada com a possibilidade de um efeito efetivo na melhoria desse diagnóstico com a intervenção.

Assim, a priorização dos diagnósticos de enfermagem identificados, teve por base o descrito na Tabela 6.

Tabela 6. Ponderação nos critérios de priorização

Magnitude		Transcendência		Vulnerabilidade	
De 0% a 50%	0	A intervenção no diagnóstico não influencia a melhoria dos outros problemas	0	A melhoria do diagnóstico não depende da nossa intervenção	0
De 50% a 65%	1	A intervenção no diagnóstico influencia pouco a melhoria dos outros problemas	1	A melhoria do diagnóstico depende pouco da nossa intervenção	1
De 65% a 75%	2	A intervenção no diagnóstico influencia a melhoria dos outros problemas	2	A melhoria do diagnóstico depende da nossa intervenção	2
Acima de 75%	3	A intervenção no diagnóstico influencia muito a melhoria dos outros problemas	3	A melhoria do diagnóstico depende muito da nossa intervenção	3

Fonte: Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Efetuada o processo de priorização dos diagnósticos de enfermagem identificados (Apêndice 5), foram considerados prioritários os seguintes:

- Conhecimento sobre VEDE, não demonstrado em 82,5% dos participantes;
- Inexistência de parcerias formais que promovam a melhoria da documentação dos focos de enfermagem e da VEDE na UF onde desempenham funções, percebida por 93% dos participantes;

- Inexistência de estruturas organizativas que envolvam a UF no diagnóstico de saúde do ACeS tendo em conta os diagnósticos de enfermagem, percecionada em 89,5% dos participantes;
- Coping comunitário não efetivo (pela ausência de um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem na UF), percecionada em 84,2% dos participantes.

2.2.3. Fixação de objetivos

Tendo realizado o diagnóstico de situação e determinados os problemas prioritários, procede-se à fixação de objetivos a atingir em relação a cada um deles, num determinado período de tempo. Esta é uma etapa fundamental do Planeamento em Saúde, “na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa” (Imperatori & Giraldes, 1986, p. 77).

Concordando com Melo (2020), através de “uma adequada definição de objetivos, é possível traçar o caminho das estratégias de intervenção de uma forma muito clara, pois passamos a identificar, a partir do estado atual de determinada comunidade, que estado pretendemos atingir, onde e até quando. Esta determinação dos vários parâmetros que constituem o nível mais minucioso da definição de um objetivo (que é a indicação das metas) permite alocar os recursos e organizar as intervenções de uma forma mais efetiva e eficaz” (p. 23).

Segundo Tavares (1992), um objetivo deve ser:

- Pertinentes - adequando-se às situações que suscitam a intervenção;
- Preciso - contendo em si a exatidão do percurso a efetuar e definido o novo estado pretendido
- Realizável - não sendo um objetivo demasiadamente ambicioso, sem hipóteses de ser alcançado
- Mensurável - fornecendo a possibilidade de uma correta avaliação posterior.

Para a sua formulação, deve ter-se em conta cinco elementos: a natureza da situação desejada, os critérios de sucesso ou de fracasso, a população alvo do projeto, a zona de aplicação do projeto e o tempo em que deverá ser atingido (Tavares, 1992).

Contudo, definir objetivos não é uma tarefa fácil, pois exige grande rigor, que se não for cumprido, poderá comprometer a validade e a viabilidade do projeto. Por esse motivo, é importante que a etapa da determinação dos objetivos seja realizada depois do enfermeiro ter uma noção clara dos focos de atenção que está a avaliar, dos diagnósticos a eles alocados e compreendido que dimensões de diagnóstico se constituem como subdiagnósticos de enfermagem. Para que o projeto de intervenção comunitária seja alicerçado no Processo de Enfermagem e no processo de Planeamento em Saúde, é necessário que o enfermeiro estruture bem a relação entre o foco e o diagnóstico principal, entre as dimensões de diagnóstico e os subdiagnósticos com os objetivos (Melo, 2020).

Neste projeto, para a definição de objetivos, teve-se em conta as categorias dos mesmos, apontadas por Melo (2020): finalidade, objetivos gerais, objetivos específicos e metas.

Assim, é **finalidade** deste projeto:

- Promover a VEDE nos enfermeiros do ACeS

Como **objetivo geral**, foi definido o seguinte:

- Melhorar a gestão comunitária dos enfermeiros do ACeS para a VEDE

Definiram-se os seguintes **objetivos específicos**:

- Diminuir a proporção de enfermeiros com conhecimento sobre VEDE não demonstrado de 82,5% para 50%;
- Diminuir a proporção de enfermeiros com a perceção da inexistência de parcerias formais que promovam a melhoria da documentação dos focos de enfermagem e da VEDE na UF onde desempenham funções, de 93% para 70%;
- Diminuir a proporção de enfermeiros com a perceção da inexistência de estruturas organizativas que envolvam a UF no diagnóstico de saúde do ACeS tendo em conta os diagnósticos de enfermagem, de 89,5% para 70%;
- Diminuir a proporção de enfermeiro com a perceção de coping comunitário não efetivo (pela ausência de um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem na UF), de 84,2% para 70%.
- Aumentar a taxa de documentação dos focos de enfermagem em estudo para 2%;
- Aumentar o nível de empoderamento da comunidade para a VEDE, para o nível 3 em todas as suas dimensões.

Partindo dos objetivos específicos, foram estabelecidas as seguintes **metas**:

- Diminuir a proporção de enfermeiros com conhecimento sobre VEDE não demonstrado de 82,5% para 50%, até 4 de janeiro de 2020.
- Diminuir a proporção de enfermeiros com a percepção da inexistência de parcerias formais que promovam a melhoria da documentação dos focos de enfermagem e da VEDE na UF onde desempenham funções, de 93% para 70% até 4 de janeiro de 2020;
- Diminuir a proporção de enfermeiros com a percepção da inexistência de estruturas organizativas que envolvam a UF no diagnóstico de saúde do ACeS tendo em conta os diagnósticos de enfermagem, de 89,5% para 70%, até 4 de janeiro de 2020;
- Diminuir a proporção de enfermeiro com a percepção de coping comunitário não efetivo (pela ausência de um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem na UF), de 84,2% para 70%, até 4 de janeiro de 2020;
- Aumentar a taxa de documentação dos focos de enfermagem em estudo para 2%, até junho de 2020;
- Aumentar o nível de empoderamento da comunidade para a VEDE, para o nível 3 em todas as suas dimensões, até setembro de 2020.

Para medir os objetivos devem ser estabelecidos indicadores. Estes correspondem às fórmulas que se utilizam para determinar os diagnósticos, ou seja, a relação entre o Diagnóstico de Enfermagem e a população avaliada, traduzida em percentagem. Melo (2020), baseado em Donabedian, refere três tipos de indicadores na avaliação da qualidade de cuidados de saúde:

- **Indicadores de processo:** relacionados com a prestação dos cuidados de saúde;
- **Indicadores de resultado:** relacionados com o impacto dos cuidados de saúde nos clientes;
- **Indicadores de estrutura:** dizem respeito aos fatores que influenciam a prestação dos cuidados de saúde, como sejam, os recursos humanos, financeiro, logísticos, entre outros.

Apresentam-se de seguida, os indicadores delineados para este projeto, assim como a fórmula de cálculo dos mesmos (Tabela 7):

Tabela 7. Indicadores delineados para este projeto

TIPO DE INDICADOR	NOME DO INDICADOR	CONSTRUÇÃO DO INDICADOR
Processo	Percentagem de enfermeiros que participaram no grupo focal para avaliação do empoderamento comunitário	Número de enfermeiros participantes grupo focal para avaliação do empoderamento comunitário / Número de enfermeiros convocados para o grupo focal X 100
Processo	Percentagem de enfermeiros que participaram na sessão de formação	Número de enfermeiros participantes na sessão / Número de enfermeiros convocados para a sessão X 100
Resultado	Percentagem de enfermeiros com conhecimento sobre VEDE demonstrado	Número de enfermeiros do ACeS que demonstram conhecimento sobre VEDE / Número de enfermeiros do ACeS X 100
Resultado	Percentagem de enfermeiros com percepção da existência de parcerias formais que promovam a melhoria da documentação dos focos de enfermagem e da VEDE na UF onde desempenham funções	Número de enfermeiros com percepção da existência de parcerias formais que promovam a melhoria da documentação dos focos de enfermagem e da VEDE na UF onde desempenham funções / Número de enfermeiros do ACeS X 100
Resultado	Percentagem de enfermeiros com percepção da existência de estruturas organizativas que envolvam a UF no diagnóstico de saúde do ACeS tendo em conta os diagnósticos de enfermagem	Número de enfermeiros com percepção da existência de estruturas organizativas que envolvam a UF no diagnóstico de saúde do ACeS tendo em conta os diagnósticos de enfermagem / Número de enfermeiros do ACeS X 100

TIPO DE INDICADOR	NOME DO INDICADOR	CONSTRUÇÃO DO INDICADOR
Resultado	Porcentagem de enfermeiros com a percepção de coping comunitário efetivo (pela ausência de um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem na UF)	Número de enfermeiros com a percepção de coping comunitário efetivo (pela ausência de um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem na UF) / Número de enfermeiros do ACeS X 100
Resultado	Taxa de documentação dos focos de enfermagem em estudo	Número de vezes que o foco foi ativado / Número de utentes inscritos X 100

2.2.4. Determinação de estratégias e intervenções realizadas

A seleção de estratégias é uma das etapas mais importante num processo de planeamento, pois com ela, pretende-se conceber o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários. Nesta etapa pretende-se propor novas formas de atuação que permitam alcançar os objetivos fixados e infletar a tendência de evolução natural dos problemas (Imperatori & Giraldes, 1986). De acordo com Imperatori e Giraldes (1986), pode definir-se uma estratégia de saúde como um conjunto de técnicas específicas, organizadas de modo a atingir um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde.

Os mesmos autores (Imperatori & Giraldes, 1986), consideram as seguintes fases, na elaboração de estratégias de saúde:

- Estabelecer os critérios de conceção das estratégias;
- Enumerar as modificações necessárias;
- Esboçar estratégias potenciais;
- Escolher as estratégias mais realizáveis;
- Descrever de forma detalhada as estratégias escolhidas;
- Estimar os custos das estratégias;
- Avaliar a adequação dos recursos futuros;

- Rever as estratégias e os objetivos (se necessário)

No domínio da saúde, Melo (2020) sugere uma estrutura do processo de planeamento de estratégias assente na relação entre a técnica, a(s) tarefa(s) e os instrumentos ou recursos, à qual se acrescenta a sua relação com os objetivos específicos do projeto (relacionados com os subdiagnósticos de enfermagem) e com as intervenções de enfermagem, de acordo com a CIPE, que lhes permitem dar resposta.

Atendendo ao exposto, tendo em conta os diagnósticos de enfermagem prioritários e os objetivos fixados, foram definidas as intervenções de enfermagem que lhes dão resposta (Tabela 8).

Tabela 8. Relação entre os diagnósticos de enfermagem, os objetivos específicos e as intervenções de enfermagem

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Conhecimento sobre VEDE, não demonstrado em 82,5% dos participantes	Diminuir a proporção de enfermeiros com conhecimento sobre VEDE não demonstrado de 82,5% para 50%	Ensinar os membros da comunidade sobre VEDE
Inexistência de parcerias formais que promovam a melhoria da documentação dos focos de enfermagem e da VEDE na UF onde desempenham funções, percecionada por 93% dos participantes	Diminuir a proporção de enfermeiros com a perceção da inexistência de parcerias formais que promovam a melhoria da documentação dos focos de enfermagem e da VEDE na UF onde desempenham funções, de 93% para 70%	Promover parcerias formais que promovam a melhoria da documentação dos focos de enfermagem e da VEDE
Inexistência de estruturas organizativas que envolvam a UF no diagnóstico de saúde do ACeS tendo em conta os diagnósticos de enfermagem, percecionada em 89,5% dos participantes	Diminuir a proporção de enfermeiros com a perceção da inexistência de estruturas organizativas que envolvam a UF no diagnóstico de saúde do ACeS tendo em conta os diagnósticos de enfermagem, de 89,5% para 70%	Promover a criação de estruturas organizativas que envolvam a UF no diagnóstico de saúde do ACeS tendo em conta os diagnósticos de enfermagem

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Coping comunitário não efetivo (pela ausência de um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem na UF), percebido em 84,2% dos participantes	Diminuir a proporção de enfermeiro com a percepção de coping comunitário não efetivo (pela ausência de um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem na UF), de 84,2% para 70%	Promover o coping comunitário; Advogar nos membros da comunidade a capacidade de avaliação do problema; Advogar aos membros da comunidade estratégias de adaptação ao problema

Como estratégia, para dar resposta aos diagnósticos identificados, foi planeada e desenvolvida uma sessão de formação, tendo como título “Contributo dos Enfermeiros para a Saúde Pública: Evidências e Caminhos” (Apêndice 4), destinada aos enfermeiros da USP, membros da Direção de Enfermagem do ACES e enfermeiros dos Conselhos Técnicos das várias UF do ACeS (ou alguém em quem delegassem a participação na sessão), que teve a duração de duas horas, com os seguintes **objetivos**:

- Identificar o Plano Local de Saúde e o Diagnóstico Local de Saúde do ACeS;
- Identificar os focos de enfermagem prioritários no ACeS;
- Conhecer a proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS;
- Identificar as estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no Diagnóstico Local de Saúde;
- Identificar os processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem nas diferentes UF.

Para tal, foram abordados os seguintes **conteúdos**:

- O Plano Local de Saúde e o Diagnóstico de Saúde do ACeS;
- Os focos de Enfermagem prioritários no ACeS; Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS;
- Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no Diagnóstico Local de Saúde;
- Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem.

Os **recursos** utilizados foram os seguintes:

- Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem;

- Computador portátil;
- Projetor multimédia.

2.2.5. Avaliação de Resultados

Avaliar consiste em comparar algo com um padrão ou modelo, considerado um valor de referência, e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar. No caso do Planeamento em Saúde, os valores de referência podem ser o diagnóstico de situação elaborado no início do processo, assim como os objetivos ou metas definidas. Neste sentido, a avaliação utiliza de maneira sistemática, a experiência para melhorar a atividade em curso e planear mais eficazmente, devendo basear-se em informações pertinentes, sensíveis e fáceis de obter (Imperatori & Giraldes, 1986)

No mesmo sentido, Tavares (1992) afirma que a avaliação deve ser precisa e pertinente, determinando o grau de sucesso na consecução de um objetivo. Uma avaliação correta permite comparar o estado inicial e final do processo de planeamento, relacionando as estratégias selecionadas e a pertinência dos objetivos estabelecidos com as necessidades identificadas.

Na opinião de Melo (2020), quando se concretiza a avaliação dos resultados, completa-se o ciclo do Planeamento em Saúde. “Depois de avaliados os resultados, comparam-se com as metas estabelecidas e analisa-se se foram atingidas as metas, se não foram atingidas ou se foram superadas e o processo de Planeamento em Saúde reinicia-se para a continuidade dos cuidados à comunidade, com uma resposta contínua, dinâmica e cíclica, mas em espiral, porque nada é igual ao que fora antes, dado a experiência modificar sempre o estado da comunidade” (Melo, 2020, p. 32).

Relativamente ao projeto desenvolvido ao longo deste estágio, considera-se que o caminho percorrido foi difícil, tendo-se verificado pouca motivação por parte dos elementos da comunidade para o desenvolvimento do mesmo. Por um lado, o número de enfermeiros que participaram no grupo focal para a avaliação do empoderamento comunitário foi inferior ao que era esperado. Do mesmo modo, a adesão ao preenchimento do questionário para a avaliação da gestão comunitária foi baixa, tendo sido necessário várias solicitações junto da Direção de Enfermagem, para promover o seu preenchimento. Para se conseguir um número

de respostas adequadas de forma a ser possível retirar dados válidos, o questionário esteve disponível mais tempo do que o pretendido, restando pouco tempo até ao final do estágio para se implementar mais estratégias, que permitissem atingir os objetivos inicialmente delineados, assim como a avaliação dos indicadores definidos.

Assim, apenas foi possível avaliar os indicadores de processo, conforme apresentado na Tabela 9:

Tabela 9. Resultados obtidos

INDICADOR	META	RESULTADO	CLASSIFICAÇÃO DO RESULTADO
Percentagem de enfermeiros que participaram no grupo focal para avaliação do empoderamento comunitário	100%	69,2%	Não atingido
Percentagem de enfermeiros que participaram na sessão de formação	100%	53,8%	Não atingido
Percentagem de enfermeiros que responderam ao questionário para avaliação da Gestão Comunitária	50%	35.6%	Não atingido

Apesar de todo o processo contínuo de planeamento estratégico para melhorar os indicadores de processo, já descritos acima, nenhuma das metas foi atingida. Considera-se que há fatores externos que não são possíveis controlar e condicionam os resultados e por isso no futuro, a partir desta primeira experiência, podem ajustar-se as metas tornando-as mais próximas dos resultados atingidos.

Como referido no início deste relatório, este estágio final integrou-se no projeto “MAIEC – A comunidade como cliente dos enfermeiros”, do CIIS da UCP. No entanto, a integração no mesmo não constituiu um processo de investigação, mas sim, uma intervenção que contribuiu para a investigação. Neste sentido, a continuação deste projeto será da responsabilidade dos enfermeiros da USP, contando com o apoio contínuo da aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, assim como do responsável pelo projeto MAIEC, esperando-se que, de futuro se consiga efetuar uma avaliação dos indicadores delineados, verificando-

se impacto da aplicação do modelo no aumento do empoderamento comunitário dos enfermeiros do ACeS para a VEDE.

3. IMPLICAÇÕES DO ESTÁGIO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O estágio, sendo um momento de aproximação à vida profissional, constitui-se como um componente relevante no processo de formação. É designado como um tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação, destinando-se a complementar a formação teórico-prática, nas condições concretas do posto de trabalho de uma organização que se compromete a facultar a informação nas condições necessárias para tal (Silva & Silva, 2004). Na opinião de Alarcão e Rua, entende-se por estágio, o momento de observação e intervenção em contexto de serviços de saúde ou outros, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências (Alarcão & Rua, 2005).

Neste ambiente formativo é suposto que o aluno desenvolva atitudes e processos de autorregulação e integre, mobilize e estimule os conhecimentos adquiridos na componente teórica e teórico-prática, através da interação com situações reais em contextos diferenciados. A importância desta componente de formação é essencial para o desenvolvimento de competências, pois oferece um contexto de aprendizagem que favorece (Alarcão & Rua, 2005):

- O contacto com a prática (na sua previsibilidade e imprevisibilidade);
- A mobilização, integrada e contextualizada, de diferentes saberes (selecionados em função da sua pertinência);
- A caminhada para a identidade profissional.

O estudante tem o papel principal em todo este processo, pois ninguém pode aprender por ele. No processo de aprendizagem, em contexto de estágio, compete-lhe fazer uma leitura compreensiva da realidade, que é possibilitada pelo referencial disciplinar de que dispõe e pelas relações interdisciplinares que estabelece. Para essa compreensão, são fundamentais, a capacidade de observar e a capacidade de interpretar. Além disso, o estudante deve envolver-se progressivamente nas atividades e desenvolver competências, o que envolve, aprender

rotinas e técnicas, desenvolver capacidades de comunicação e construir atitudes deontológicas (Alarcão & Rua, 2005).

De facto, concordando com Alarcão e Rua (2005), o processo de desenvolvimento implica que o estudante seja capaz de avaliar as suas capacidades e competências, identificar aspetos fortes e fracos, analisar as suas possibilidades, buscar melhorias, desenvolver o autoconhecimento e a autorregulação e tomar decisões relativas à profissão.

Tendo em conta o referido anteriormente, importa descrever e analisar as implicações do estágio realizado, para o desenvolvimento de competências. Assim, neste capítulo, são apresentados os contributos do mesmo para o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, para o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária, na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, para o desenvolvimento das competências de Mestre em Enfermagem e para o desenvolvimento profissional.

3.1. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Durante 24 anos de serviço, como enfermeira, a busca pela formação contínua, que permitisse a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, esteve sempre presente. Ao passar de uma prática clínica em contexto hospitalar, para uma prática clínica em contexto de CSP, surgiram várias necessidades formativas que dessem resposta às dificuldades encontradas no dia a dia da profissão.

No momento atual da profissão de enfermagem, em geral, e no contexto dos CSP em particular, várias situações exigem do enfermeiro uma procura constante pela aquisição de novos conhecimentos, novas habilidades e novas capacidades, que têm como finalidade dar resposta às necessidades de cuidados de saúde das populações e que o capacitem para uma intervenção fundamentada na evidência científica e direcionada para um contexto situacional de saúde no cuidado à pessoa, à família e à comunidade. Além disso, é hoje uma verdade inquestionável, que os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem, assumem cada vez mais importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Foram estas necessidades que trouxeram a estudante até aqui. Ciente de que a formação especializada permite a aptidão para prestar melhores cuidados de enfermagem, num contexto de prática clínica novo, decidiu-se pela frequência de um curso de especialização.

Como apresentado anteriormente, a frequência de um curso de especialização em enfermagem, qualquer que seja a área, prevê a aquisição de competências comuns a todos os enfermeiros especialistas. Estas devem dar resposta às constantes mudanças da sociedade em que vivemos, reflexo da evolução da ciência, construção de conhecimento e desenvolvimento de técnicas inovadoras na área da saúde (Silva, et al., 2018).

A realização deste estágio permitiu o desenvolvimento dessas competências, que envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No que diz respeito às competências comuns do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, durante o estágio a estudante desenvolveu uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo uma prática de cuidados assente nos direitos humanos e nas responsabilidades profissionais. Estas competências assentam num corpo de conhecimentos no domínio ético e deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas, no respeito pelas preferências da pessoa, família ou comunidade, no respeito pelos direitos humanos e na análise e interpretação de situações específicas de cuidados, potenciadoras de gerar situações comprometedoras (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Neste domínio de competências, o facto de a estudante ser Mestre em Bioética, permite afirmar que as mesmas já se encontravam desenvolvidas, tendo havido a oportunidade para as melhorar.

A melhoria contínua da qualidade considera-se uma necessidade permanente na prática de cuidados de saúde em geral, e na prática de cuidados de enfermagem em particular, pois só procurando constantemente a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, o enfermeiro evolui e contribui para os ganhos em saúde das pessoas, famílias e comunidades. Neste estágio, em que se desenvolveu um projeto de empoderamento comunitário para a VEDE, teve-se a oportunidade de orientar a prática para a melhoria contínua da qualidade, já que, melhores registos de enfermagem promovem melhores cuidados. Além disso, acre-

dita-se que ao desenvolver o referido projeto se garantiu um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. De forma a obter os melhores resultados com o projeto desenvolvido, foi necessária uma permanente avaliação da qualidade da prática clínica, baseada na melhor evidência científica. Pela natureza do projeto desenvolvido, que envolveu o acesso a vários dados relacionados com a comunidade em estudo, e considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa ou comunidade, como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, ao longo do estágio foi necessário adotar medidas para garantir a segurança dos dados recolhidos, no sentido de manter o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados.

Relativamente ao domínio da gestão dos cuidados, enquanto gestora do projeto desenvolvido, foi possível perceber a necessidade de otimizar a resposta da equipa envolvida no mesmo, e melhorar a articulação entre os vários elementos, de forma a gerir os recursos disponíveis e a obter os melhores resultados.

Para o desenvolvimento de um projeto numa área nova da disciplina e da profissão de enfermagem, como é a VEDE, foi necessário reconhecer os limites do conhecimento e das habilidades detidas até ao momento, de forma a procurar o desenvolvimento e aprofundamento dos mesmos. Para tal, aproveitaram-se todas as oportunidades de aprendizagem que surgiram ao longo do estágio. A tomada de decisão e as intervenções implementadas, foram sempre alicerçadas em conhecimento válido, atual e pertinente, pelo que se pode afirmar que a prática clínica foi suportada em evidência científica, assumindo-se, a estudante, como facilitadora nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

3.2. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA

Já foi referido anteriormente, a frequência de um curso de especialização em Enfermagem, assegura a aquisição de competência científica, técnica, humana e cultural, adequada à prestação de cuidados de enfermagem especializados numa determinada área clínica, provocando mudanças no modo como o enfermeiro entende e exerce as suas funções.

Neste sentido, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, é o profissional que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de

decisão na identificação e controlo dos determinantes sociais e de saúde das comunidades, através (Ordem dos Enfermeiros, 2015b):

- Da promoção da responsabilidade social para com a saúde;
- Do incremento dos investimentos para aumentar a saúde;
- Da consolidação e expansão das parcerias em prol da saúde;
- Do aumento da capacidade comunitária e de “dar voz” ao cidadão;
- De assegurar infraestruturas para a promoção da saúde

Tal como definido pela Ordem dos Enfermeiros para a Especialidade de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), ao longo deste estágio, teve-se como alvo de intervenção a comunidade, e os cuidados de enfermagem tiveram por foco da sua atenção as respostas humanas aos processos e aos problemas de uma comunidade, designadamente através do desenvolvimento de um projeto de intervenção com vista à capacitação e empoderamento da mesma.

Desta forma, foi possível desenvolver durante a realização do estágio, tal como descrito no enquadramento conceptual dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Ordem dos Enfermeiros, 2015b), as capacidades para:

- Entender os determinantes dos problemas de saúde de grupos ou de uma comunidade na conceção do diagnóstico de saúde de uma comunidade;
- Identificar as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade;
- Conceber, planear e implementar projetos de intervenção com vista à consecução de projetos de saúde de grupos e/ou comunidades;
- Intervir em grupos e/ou comunidades;
- Coordenar e dinamizar programas de intervenção;
- Mobilizar os parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os seus problemas;
- Monitorizar a eficácia dos Programas e Projetos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade.
- Participar na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica;
- Utilizar a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública.

Das sete categorias de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, destacam-se a organização dos cuidados de enfermagem e o planeamento em saúde e vigilância epidemiológica, por terem sido as áreas que mais se desenvolveram ao longo do estágio.

Assim, na procura permanente da excelência no exercício profissional, procurou-se contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, nomeadamente através dos seguintes elementos:

- Fundamentando e assentando as práticas num modelo de intervenção ratificado e apropriado pela equipa, onde o foco dos cuidados é a comunidade.
- Definindo, implementando e monitorizando estratégias de melhoria contínua da qualidade no âmbito da gestão de saúde da população, avaliando e analisando o impacto das intervenções em saúde.
- Utilizando um sistema de informação que incorpore a CIPE e toda a informação que permite a gestão de saúde da comunidade
- Utilizando metodologias de organização dos cuidados de enfermagem com vista à maximização da satisfação da comunidade e do seu capital humano, social e cultural.

Ainda na procura permanente da excelência no exercício profissional, procurou-se contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem na área de intervenção da comunidade num contexto geodemográfico, nomeadamente através dos seguintes elementos (Ordem dos Enfermeiros, 2015b):

- Utilização da metodologia do planeamento em saúde;
- Elaboração do diagnóstico de situação de uma comunidade;
- Estabelecimento de prioridades nos diagnósticos de enfermagem identificados numa comunidade;
- Definição de estratégias para o processo de capacitação e empoderamento da comunidade;
- O estabelecimento de programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos diagnósticos de enfermagem identificados;
- Integração na gestão de programas de saúde e respetiva avaliação;
- Realização e cooperação na vigilância epidemiológica, nomeadamente na VEDE.

Tendo em conta o atrás exposto, acredita-se que este estágio contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento das competências específicas previstas para o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, já apresentadas no Capítulo 1 deste relatório.

Foi utilizada a metodologia do Planejamento em Saúde, adequando-o ao processo de decisão clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, baseado no MAIEC, promotor do empoderamento comunitário e que orienta a abordagem deste, desde a atividade de diagnóstico à avaliação de resultados. Desta forma, foi possível efetuar um diagnóstico de situação da comunidade alvo do projeto – enfermeiros de um ACeS – quanto ao nível de empoderamento da comunidade para a VEDE e quanto ao comprometimento do foco de atenção central do enfermeiro especialista nesta área, a gestão comunitária, seguindo-se a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a determinação de estratégias e intervenções e a avaliação de resultados.

Tendo como problemática central do projeto desenvolvido, a VEDE, que tem em conta uma abordagem da epidemiologia centrada nas pessoas e a vigilância na ocorrência dos focos de enfermagem, tendo como epicentro a USP, conseguiu-se desenvolver a competência “realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfica”. Partindo da análise do Diagnóstico de Situação de Saúde e do Plano Local de Saúde do ACeS onde decorreu o estágio, foi possível identificar os focos de enfermagem prioritários para a vigilância epidemiológica. Através dos dados colhidos no SIARS, sobre esses focos de enfermagem, foi possível calcular a taxa de documentação de cada um por parte dos enfermeiros do ACeS.

Verificou-se que as taxas de documentação dos focos de enfermagem selecionados para a vigilância epidemiológica, são baixas, pelo que se considerou importante promover o empoderamento da comunidade enfermeiros do ACeS para a VEDE, de forma a promover o registo de diagnósticos de enfermagem que traduzam ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Desta forma foi possível desenvolver a competência “contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”, liderando o projeto de estágio, com vista à capacitação da comunidade, integrando nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas e procedendo à gestão da informação sobre a VEDE. Esta mobilização de conhecimentos foi importante para a concretização da

ação formativa, realizada com a comunidade de líderes, que procurou investir na sensibilização e capacitação do grupo, no sentido da importância dos registos de enfermagem, nomeadamente dos diagnósticos de enfermagem, e potencialidades associadas à sua vigilância epidemiológica.

A participação na coordenação, promoção, implementação e monitorização das estratégias e intervenções selecionadas, contribuiu para o desenvolvimento da competência “íntegra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde”. Para o mesmo contribuiu a consulta de documentos estratégicos, como o Plano Nacional de Saúde Extensão 2020, o Diagnóstico de Situação de Saúde e o Plano Local de Saúde do ACeS, que permitiu conhecer a população do ACeS e compreender de que forma é que as recomendações nacionais eram articuladas e operacionalizadas a nível local.

3.3. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Tal como previsto no plano de estudos, para além das competências relacionadas com a especialização em enfermagem, o estágio realizado também permitiu o desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem, já descritas no Capítulo 1.

Partindo de conhecimentos já adquiridos e consolidados, quer no âmbito da Licenciatura em Enfermagem, quer no âmbito de outros processos formativos realizados, foi possível desenvolver e aprofundar novos conhecimentos, nomeadamente em contexto de investigação. A oportunidade de colaborar no projeto MAIEC, integrado na Nursing Research Platform, do CIIS da UCP, tornou-se uma mais-valia para o percurso académico e profissional. Apesar de ter constituído um grande desafio, proporcionou o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos científicos, indispensáveis para uma prática fundamentada e capaz de responder às reais necessidades das populações e das comunidades. Atendendo ao contributo que a investigação pode dar à prática clínica de enfermagem, esta deve ser desenvolvida de forma sistemática pelos enfermeiros, de forma a produzir e renovar continuamente o corpo de conhecimentos próprios da disciplina. Foi o que se procurou durante este percurso. No caso particular da Enfermagem Comunitária e da Saúde Pública, a investigação apresenta o potencial de favorecer o valor social e económico da enfermagem enquanto disciplina e

profissão, potenciando o reconhecimento do papel dos enfermeiros e o impacto dos cuidados que prestam na saúde dos indivíduos, das famílias, dos grupos, das comunidades e das populações (Melo, 2020).

A necessidade de dar resposta às dificuldades que foram surgindo ao longo deste estágio, obrigou à autoformação e à busca constante de conhecimentos sólidos e válidos, de forma a saber lidar com situações novas e complexas, tomando decisões baseadas na melhor evidência científica. Assim, a capacidade de comunicar e transmitir os conhecimentos e raciocínios subjacentes à tomada de decisões, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, também foi desenvolvida.

Depois de terminar este percurso formativo, as várias competências adquiridas permitem a aprendizagem ao longo da vida, de um modo autónomo e auto-orientado. Esta aprendizagem irá reforçar a autonomia profissional, baseada em critérios de qualidade dos cuidados de enfermagem.

3.4. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Numa sociedade em constante evolução, em que os conhecimentos adquiridos rapidamente se tornam obsoletos, a formação contínua dos profissionais reveste-se de primordial importância. Esta, além de se basear na aquisição de informação e de conhecimentos, deve proporcionar transformações profundas e globais, das quais resultam o desenvolvimento de competências e o enriquecimento pessoal e profissional. Só desta forma se potencia a mudança na prestação de cuidados e a conseqüente qualidade dos mesmos.

É neste contexto que a formação ao longo da vida assume relevância, sendo entendida como um processo, formal ou informal, de aquisição de conhecimentos, atitudes e comportamentos, de grande importância para a atividade exercida e para o desenvolvimento pessoal e organizacional, englobando a atualização de conhecimentos anteriormente adquiridos, assim como o reforço de atitudes e comportamentos desejáveis no contexto organizacional (Silva, 2012).

No caso específico do sector da saúde, verificam-se constantes avanços tecnológicos e organizacionais. A complexidade e a rápida difusão de tecnologias e reformas políticas,

apresentam novos contextos e desafios para as organizações de saúde. Tal como refere Carnário (2003, p. 119), “à semelhança do que acontece nos restantes domínios da atividade social e profissional, o campo da saúde vive mutações importantes, decorrentes da revolução tecnológica e informacional, acelerada, que marca a segunda metade deste século”.

Nesta perspetiva, a formação deve abranger não só a atualização permanente de conhecimentos, mas também implicar um processo de mudança que leve a um crescimento pessoal e profissional. É importante, neste sentido, que a formação seja vista como um processo que associa um percurso pessoal e uma trajetória profissional, e não se pode confundir com uma simples acumulação de cursos, diplomas ou certificados, mas sim concretizar-se através da reflexão crítica constante sobre as práticas e de construção permanente de uma identidade pessoal.

Na opinião de Hesbeen (2001), a formação do enfermeiro é um processo global de educação permanente, que além da formação inicial, inclui a formação contínua, que deve permitir o acompanhamento durante o seu longo e paciente percurso interior iniciado na escola e que nunca tem fim. Além de proporcionar a aquisição de conhecimentos e o domínio de determinadas técnicas, a principal função da formação contínua “reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, a conceptualizá-la e a ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática refletida mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido” (Hesbeen, 2001, p. 67).

Esta valorização pessoal e profissional é exigida aos enfermeiros por força do descrito no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, no seu Artigo 97º, que determina que os membros efetivos estão obrigados a “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos (...)”. No mesmo sentido, o Código Deontológico do Enfermeiro, no seu Artigo 99º, identifica como valores universais na relação profissional, a competência e o aperfeiçoamento profissional, e como princípio orientador da sua atividade, a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais, pelo que o enfermeiro assume o dever de “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (alínea e) do artigo 100º do Código Deontológico do Enfermeiro).

Pelo exposto, fica claro que qualquer processo formativo contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro. Apesar de, na atualidade, a frequência de cursos de especialização nem sempre proporcionar uma progressão na carreira de enfermagem,

nem mesmo uma alteração nas funções desempenhadas, é inegável o seu contributo para ampliar o conhecimento, alterar a forma de prestar cuidados, e como consequência, a competência profissional (Silva, et al., 2018).

A frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, contribuiu para a construção de um corpo de conhecimentos, essencial ao exercício da profissão, no âmbito dos CSP. O modo de entender e exercer as funções atribuídas, no contexto do local de trabalho, sofreu alterações como resultado das competências desenvolvidas ao longo do curso em geral, e do estágio em particular. Acredita-se que o aprofundamento contínuo dos conhecimentos e o desenvolvimento de competências, são essenciais ao exercício da profissão de enfermagem. Só assim é possível, de forma segura e eficaz, dar resposta às necessidades que a pessoa, grupo ou comunidade apresenta, com a garantia da melhoria na tomada de decisões e da qualidade dos cuidados prestados.

CONCLUSÃO

A prática reflexiva constitui-se, na área da enfermagem, como um importante meio de capacitação dos profissionais, para a aquisição de conhecimentos e competências, já que, através dela, se toma consciência daquilo que se faz e da forma como se faz. A reflexão implica a ação voluntária e intencional de quem se propõe refletir, o que leva a que a pessoa que reflete, mantenha em aberto a possibilidade de mudar, tanto a nível pessoal como profissional. Aquele que reflete, procura a evidência para apoiar a nova forma de pensar e apela à racionalidade para desenvolver uma perspectiva concetual dos cuidados que presta (Santos & Fernandes, 2004).

Ao longo deste relatório de estágio, praticou-se este exercício de perceber, descrever e fundamentar o caminho percorrido. Este foi um percurso bastante exigente, mas também enriquecedor e valioso, já que foi um tempo de aprendizagem, de crescimento pessoal e profissional, através da consolidação de conhecimentos e da aquisição de competências, na área da Enfermagem Comunitária.

Partindo da necessidade de efetuar uma análise reflexiva à forma como decorreu o Estágio Final do Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, desenvolvido numa Unidade de Saúde Pública, começou por se expor a importância deste tipo de UF, enquanto contexto para o desenvolvimento das competências previstas para o mesmo.

Sendo a USP o local de eleição para a vigilância epidemiológica, a realização deste estágio permitiu aprofundar conhecimentos sobre vigilância epidemiológica, em geral, e sobre a VEDE, em particular, assim como o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária no desenvolvimento da mesma.

A implementação do projeto de estágio, tendo em vista o empoderamento comunitário para a VEDE, permitiu o desenvolvimento de competências na utilização da metodologia

de Planejamento em Saúde, adequando-o ao processo de decisão clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, baseado no Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário;

A reflexão sobre a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, revelou-se bastante construtiva e enriquecedora, permitindo a consciencialização do processo de mudança que levou a um crescimento pessoal e profissional, que permitirá a prestação de cuidados qualidade à comunidade, enquanto alvo da nossa intervenção.

Ao terminar este documento, importa referir que, considerando todo o caminho percorrido, este permitiu fazer uma síntese e reflexão do mesmo, analisando as competências adquiridas, essenciais para o crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, que o Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária pressupõe.

Tal como todos os percursos formativos, também este não foi isento de dificuldades, as quais exigiram empenho, determinação e capacidade de superação. No final do mesmo, a necessidade de formação contínua e a procura de qualificação profissional tornou-se ainda mais evidente, sendo essencial para atingir a excelência na prestação de cuidados de Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), pp. 373-382.
- Bastos, J. (2018). *Vigilância epidemiológica dos focos de enfermagem. Projeto de empoderamento comunitário num ACeS*. Relatório de estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia básica* (2ª ed.). São Paulo: Santos.
- Canário, R. (2003). Formação e mudança no campo da saúde. Em R. Canário, *Formação e situações de trabalho* (2ª ed., pp. 119-146). Porto: Porto Editora.
- Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária . (2019). *Programa formativo 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*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (M. L. Abecasis, Trad.) Lisboa: Lidel - edições técnicas.
- Comissão para a Reforma da Saúde Pública Nacional. (2017). *Capacitação dos Serviços de Saúde Pública*. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde.
- Coordenação Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. (2011). *Orientações para a organização e funcionamento das Unidades de Saúde Pública*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Crisp, N. (2017). Health planning – a global perspective. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 16 (suplemento nº 1), pp. S9-S15.

- Ferreira, F. (1990). *Moderna saúde pública*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1986). *Metodologia do planeamento da saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (2ª ed.). Algueirão: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. (2018). *Enfermagem: competência e responsabilidade no cuidados humano. Mestrado em Enfermagem 2018/2019*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Jekel, J., Katz, D., & Elmore, J. (2006). *Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva* (2ª ed.). São Paulo: Artmed.
- Laverack, G. (2008). *Promoção da saúde. Poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Laverack, G., & Wallerstein, N. (2001). Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promotion International*, 16(2), pp. 179-185.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Melo, P., Bastos, J., Figueiredo, M. H., Rodrigues, J., & Pinto, D. (2018). Vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem na família: um estudo num ACeS do grande Porto. *Livro de Atas do I Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar*. Arcos de Valdevez: SPESF.
- Melo, P., Bastos, J., Rodrigues, J., Maciel, C., & Pinto, D. (2019). O diagnóstico da Gestão do Regime Terapêutico no contexto de Saúde Pública: da investigação ao resultado. *Revista da SPEDM*, 14(supl. 2), pp. 276-284.
- Melo, P., Teixeira, A., Fernandes, C., Ferreira, L., Santos, S., Sousa, I., . . . Dimande, M. (2020b). Tradução para português e validação cultural da Empowerment Assessment Rating Scale. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*, 43(1), pp. 441-446.
- Nunes, L. (2002). A referência ético-deontológica na base da excelência. *Ordem dos Enfermeiros*, nº 5, pp. 23-25.

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento n.º 348/2015 - Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República, 2.ª série — N.º 118 — 19 de junho de 2015*. Lisboa: República Portuguesa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 428/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. *Diário da República, 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06*. Lisboa: República Portuguesa.
- Pereira, M. (1995). *Epidemiologia. Teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. (N. Salgueiro, & R. P. Salgueiro, Trads.) Loures: Lusciência.
- Pires, A. L. (1994). As novas competências profissionais. *Formar - Revista para Formadores, n.º 10, pp. 4-19*, Consultado em http://www.iefp.pt/iefp/publicacoes/Formar/Documents/Formar%201994/FORMA_R_10.pdf.
- República Portuguesa. (2016). *Nova ambição para a saúde pública focada em serviços locais*. Lisboa: República Portuguesa.
- Ruffino-Neto, A., & Passos, A. (2005). Epidemiologia: conceitos e usos. Em L. Franco, & A. Passos, *Fundamentos de epidemiologia* (pp. 29-46). São Paulo: Editora Manole Ltda.
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Revista Referência, 11*, pp. 59-62.
- Santos, S. (2019). *O empoderamento comunitário para a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem*. Relatório de estágio para obtenção do grau de Mestre

- em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto.
- Silva, A. J. (2012). A formação e o desenvolvimento organizacional. *Sinais Vitais*, 100, pp. 57-60.
- Silva, D., & Silva, E. (2004). O ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium*, 30, pp. 103-119.
- Silva, R., Luz, M. D., Fernandes, J., Silva, L., Cordeiro, A. L., & Mota, L. (2018). Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV n° 16*, pp. 147-154.
- Sousa, F., Goulart, M. J., Braga, A., Medeiros, C., Rego, D., Vieira, F., . . . Loura, M. (2017). Estabelecimento de prioridades em saúde numa comunidade: análise de um percurso. *Revista de Saúde Pública*, 51:11.
- Tavares, A. (1992). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde* (2ª ed.). Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Teixeira, M. A. (2019). *A vigilância epidemiológica de diagnósticos de enfermagem*. Relatório de estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto.
- Williams, C., & Stanhope, M. (2011). Prática focada na população: o fundamento da especialização em enfermagem de saúde pública. Em M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem de saúde pública. Cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (7ª ed., pp. 2-21). Loures: Lusodidacta.

APÊNDICES

**APÊNDICE 1 - IDENTIFICAÇÃO DOS FOCOS DE ATENÇÃO EM ENFERMAGEM QUE SERÃO
PRIORITÁRIOS PARA POTENCIAL VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Após a leitura e análise do Plano Local de Saúde e do Diagnóstico de Situação de Saúde do ACeS, onde se descrevem os problemas de saúde e os determinantes de saúde prioritários, identificaram-se os focos de enfermagem (de acordo com a CIPE), relacionados com os mesmos. Para tal teve-se em conta a reflexão pessoal, a pesquisa bibliográfica sobre o assunto e as sugestões de registo do Grupo SAPE da ARS Norte, publicadas nas diversas Newsletter do referido grupo.

Exercício 1 – Seleção exaustiva dos focos de enfermagem com afinidade para os problemas e determinantes de saúde prioritários.

Tabela 1: Focos de enfermagem relacionados com cada problema de saúde prioritário

PROBLEMAS DE SAÚDE	FOCOS DE ENFERMAGEM
Diabetes Mellitus	Uso de tabaco Uso de álcool Auto-vigilância Gestão do regime terapêutico Metabolismo energético Auto-administração de medicação Comportamento de adesão Excesso de peso/Obesidade Úlcera Papel de prestador de cuidados Comportamento de procura de saúde Aceitação do estado de saúde
Doença cerebrovascular	Excesso de peso/Obesidade Uso de tabaco Uso de álcool Comportamento de adesão Comportamento de procura de saúde Gestão do regime terapêutico Exercício Auto-vigilância Intolerância à atividade Dor Suporte Autocuidado Papel de prestador de cuidados
Depressão	Ansiedade Insónia Força de vontade (volição) Coping Adaptação Comportamento de procura de saúde Autoestima Humor Tristeza Vontade de viver Comportamento autodestrutivo Aceitação do estado de saúde

PROBLEMAS DE SAÚDE	FOCOS DE ENFERMAGEM
Tumor maligno do pulmão	Uso de tabaco Uso de álcool Comportamento de procura de saúde Comportamento de adesão Gestão do regime terapêutico Ventilação Limpeza das vias aéreas Tossir Expetorar Dispneia Intolerância à atividade Dor Suporte Autocuidado Papel de prestador de cuidados Aceitação do estado de saúde
Tumor maligno do cólon e reto	Eliminação intestinal Comportamento de adesão Comportamento de procura de saúde Gestão do regime terapêutico Intolerância à atividade Dor Suporte Autocuidado Papel de prestador de cuidados Aceitação do estado de saúde

Tabela 2: Focos de enfermagem relacionados com cada determinante de saúde

DETERMINANTES DE SAÚDE	FOCOS DE ENFERMAGEM
Consumo do tabaco	Uso do tabaco Gestão do regime terapêutico Comportamento de adesão Comportamento de procura de saúde Força de vontade (volição) Coping Adaptação
HTA	Uso do tabaco Uso de álcool Exercício Excesso de peso/Obesidade Gestão do regime terapêutico Comportamento de adesão Comportamento de procura de saúde Aceitação do estado de saúde
Obesidade	Excesso de peso/Obesidade Apetite Uso de álcool Exercício Autocuidado: Atividade física Gestão do regime terapêutico Comportamento de adesão Comportamento de procura de saúde Estado nutricional

DETERMINANTES DE SAÚDE	FOCOS DE ENFERMAGEM
Inatividade física	Comportamento de adesão Comportamento de procura de saúde Força de vontade (volição) Intolerância à atividade Exercício
Alterações da personalidade, stress e ausência de suporte social	Ansiedade Confusão Interação social Orientação Cognição Processo de pensamento Solidão Suporte Comportamento de procura de saúde

Exercício 2 – Eliminação das repetições nos focos de enfermagem selecionados no exercício anterior

Tabela 3: Focos de enfermagem relacionados com os problemas e os determinantes de saúde

PROBLEMAS DE SAÚDE DETERMINANTES DE SAÚDE	FENÓMENOS DE ENFERMAGEM
<p>Diabetes Mellitus Doença cerebrovascular Depressão Tumor maligno do pulmão Tumor maligno do cólon e reto Consumo do tabaco HTA Obesidade Inatividade física Alterações da personalidade, stress e ausência de suporte social</p>	<p>Aceitação do estado de saúde Adaptação Ansiedade Apetite Auto-administração de medicação Autocuidado Autocuidado: Atividade física Autoestima Auto-vigilância Cognição Comportamento autodestrutivo Comportamento de adesão Comportamento de procura de saúde Confusão Coping Dispneia Dor Eliminação intestinal Estado nutricional Excesso de peso/Obesidade Exercício Expertorar Força de vontade (volição) Humor Gestão do regime terapêutico Insónia Interação social Intolerância à atividade Limpeza das vias aéreas Metabolismo energético Orientação Papel de prestador de cuidados Processo de pensamento Solidão Suporte Tossir Tristeza Úlcera Uso de álcool Uso de tabaco Ventilação Vontade de viver</p>

Exercício 3 – Identificação da relevância dos focos de enfermagem com base na frequência com que aparecem associados aos problemas e determinantes de saúde

Tabela 4: Relação dos focos de enfermagem com os principais problemas e determinantes de saúde

Focos de enfermagem	Diabetes Mellitus	Doença cerebrovascular	Depressão	Tumor maligno pulmão	Tumor maligno colón e reto	Consumo tabaco	HTA	Obesidade	Inatividade física	Alterações da personalidade	
Aceitação do estado de saúde				✓	✓		✓				3
Adaptação			✓			✓					2
Ansiedade			✓							✓	2
Apetite								✓			1
Auto-administração de medicação	✓										1
Autocuidado		✓		✓	✓						3
Autocuidado: Atividade física								✓			1
Autoestima			✓								1
Auto-vigilância	✓	✓									2
Cognição										✓	1
Comportamento autodestrutivo			✓								1
Comportamento de adesão	✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓		7
Comportamento de procura de saúde	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10
Confusão										✓	1
Coping			✓			✓					2
Dispneia				✓							1
Dor		✓		✓	✓						3

Focos de enfermagem	Diabetes Mellitus	Doença cerebrovascular	Depressão	Tumor maligno pulmão	Tumor maligno colón e reto	Consumo tabaco	HTA	Obesidade	Inatividade física	Alterações da personalidade	
Eliminação intestinal					✓						1
Estado nutricional								✓			1
Excesso de peso/Obesidade	✓	✓					✓	✓			4
Exercício		✓					✓	✓	✓		4
Expetorar				✓							1
Força de vontade (volição)			✓			✓			✓		3
Gestão do regime terapêutico	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓			7
Humor			✓								1
Insónia			✓								1
Interação social										✓	1
Intolerância à atividade		✓		✓	✓				✓		4
Limpeza das vias aéreas				✓							1
Metabolismo energético	✓										1
Orientação										✓	1
Papel de prestador de cuidados	✓	✓		✓	✓						4
Processo de pensamento										✓	1
Solidão										✓	1
Suporte		✓		✓	✓					✓	4
Tossir				✓							1
Tristeza			✓								1
Úlcera	✓										1
Uso de álcool	✓	✓		✓		✓	✓	✓			6

Focos de enfermagem	Diabetes Mellitus	Doença cerebrovascular	Depressão	Tumor maligno pulmão	Tumor maligno colón e reto	Consumo tabaco	HTA	Obesidade	Inatividade física	Alterações da personalidade	
Uso de tabaco	✓	✓		✓			✓				4
Ventilação				✓							1
Vontade de viver			✓								1

Focos de enfermagem com maior número de relações:

- Uso de álcool
- Uso de tabaco
- Suporte
- Papel de prestador de cuidados
- Intolerância à atividade
- Gestão do regime terapêutico
- Exercício
- Excesso de peso/Obesidade
- Comportamento de adesão
- Comportamento de procura de saúde

Exercício 4 – Identificação dos focos de enfermagem mais relevantes selecionados a partir do exercício anterior, com base na frequência e na afinidade aos problemas e determinantes de saúde (pela ordem de prioridade com que surgem Plano Local de Saúde do ACES)

Tabela 5: Focos de enfermagem com maior número de relações, atendendo aos 1º e 2º problemas e determinantes de saúde

Focos de enfermagem	Diabetes Mellitus	Doença Cerebrovascular	Consumo de tabaco	HTA
Comportamento de adesão	✓	✓	✓	✓
Comportamento de procura de saúde	✓	✓	✓	✓
Excesso de peso/Obesidade	✓	✓		✓
Exercício		✓		✓
Gestão do regime terapêutico	✓	✓	✓	✓
Intolerância à atividade		✓		
Papel de prestador de cuidados	✓	✓		
Suporte		✓		
Uso de álcool	✓	✓		✓
Uso de tabaco	✓	✓	✓	✓

Pela análise efetuada, seriam os seguintes, os focos de enfermagem a serem sujeitos ao método de priorização, de forma a encontrarmos os 4 ou 5 focos (de acordo com os recursos) prioritários para potencial vigilância epidemiológica. Serão desses 4 ou 5 focos que iremos identificar as taxas de documentação pelos enfermeiros do ACeS.

- Uso de álcool
- Uso de tabaco
- Papel de prestador de cuidados
- Gestão do regime terapêutico
- Exercício
- Excesso de peso/Obesidade
- Comportamento de adesão
- Comportamento de procura de saúde

Exercício 5 – Priorização dos oito focos de enfermagem que resultaram do exercício anterior. Cada um dos quatro peritos (mestranda, orientador de estágio e os 2 tutores de estágio) avaliou os focos de enfermagem, em relação à magnitude, à transcendência e à vulnerabilidade, um valor de 1 (priorização baixa), 2 (priorização média) ou 3 (priorização alta) a cada um dos fenômenos, em cada um dos domínios apresentados. Para tal considerou-se:

- **Na magnitude** a relação com maior número das já prioridades da SP (incluindo aquelas com maior prevalência);
- **Na transcendência** aqueles focos em que intervindo se pode responder a maior número de problemas atualmente prioritários;
- **Na vulnerabilidade** a “facilidade” de promoção de mudança com os recursos atualmente existentes no ACeS.

O valor atribuído por cada um dos peritos, a cada um dos focos, em cada um dos domínios apresentados (magnitude, transcendência, vulnerabilidade), encontra-se na tabela seguinte.

Tabela 6: Valor atribuído por cada um dos peritos, a cada um dos focos, em cada um dos domínios apresentados (magnitude, transcendência, vulnerabilidade)

Focos de enfermagem	Magnitude				Transcendência				Vulnerabilidade				TOTAL			
	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D
Uso de álcool	3	3	3	2	3	3	2	3	1	1	2	2	7	7	7	7
Uso de tabaco	3	3	2	3	3	3	3	3	1	1	2	2	7	7	7	8
Papel de prestador de cuidados	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	5	5	4	4
Gestão do regime terapêutico	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	9	9	9	9
Exercício	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	8	8	7	7
Excesso de peso/Obesidade	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	1	1	6	6	6	6
Comportamento de adesão	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	9	9	9	7
Comportamento de procura de saúde	2	2	3	3	2	2	3	2	1	1	3	2	5	5	9	7

Após o exercício anterior, de priorização dos focos de enfermagem, por cada um dos peritos, foi calculada a pontuação total obtida em relação a cada um dos focos, que se apresenta na tabela seguinte:

Tabela 7: Pontuação final de cada foco de enfermagem

Focos de enfermagem	A	B	C	D	Total
Uso de álcool	7	7	7	7	28
Uso de tabaco	7	7	7	8	29
Papel de prestador de cuidados	5	5	4	4	18
Gestão do regime terapêutico	9	9	9	9	36
Exercício	8	8	7	7	30
Excesso de peso/Obesidade	6	6	6	6	24
Comportamento de adesão	9	9	9	7	34
Comportamento de procura de saúde	5	5	9	7	26

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO UTILIZADO PARA A AVALIAÇÃO DA GESTÃO COMUNITÁRIA

Vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem

O [REDACTED], em parceria com a Universidade Católica Portuguesa (UCP) tem em curso um projeto com a finalidade de contribuir para a promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem no ACeS.

Este projeto é da responsabilidade do Doutor Pedro Melo (Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da UCP), [REDACTED] e da Enf. Conceição Moura (Mestranda em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária na UCP).

Usando como modelo de referência o MAIEC (Melo 2016 e Melo, Silva e Figueiredo, 2018), elaborámos o questionário que se segue, centrado nos Focos de Enfermagem (definidos a partir da análise do Diagnóstico de Situação de Saúde e Plano Local de Saúde). Desta forma, para o sucesso deste projeto, pedimos a vossa colaboração para o seu preenchimento, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos dados. O questionário é de preenchimento rápido, mas só fica validado com o seu total preenchimento.

Para qualquer esclarecimento/ comentário pode contactar o Investigador Responsável do Projeto ou o [REDACTED]
[REDACTED]

Pedro Melo – pmelo@porto.ucp.pt, 916725122
[REDACTED]

O questionário é constituído por duas partes, em que a primeira corresponde à caracterização socioprofissional e a segunda à sua opinião/perceção face a diferentes questões relacionadas com o projeto.

O anonimato e confidencialidade dos dados são garantidos!

Muito obrigada pela sua colaboração!

***Obrigatório**

1.

Aceito participar neste estudo, sabendo que a qualquer momento posso decidir não continuar a participar sem que tenha qualquer prejuízo. *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Caracterização socioprofissional

2.

1. Em que unidade funcional do ACeS exerce funções? *

Marcar apenas uma oval.

- Conselho Clínico e de Saúde / Direção de Enfermagem

[Redacted response area for Conselho Clínico e de Saúde / Direção de Enfermagem]

- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

- Unidade de Saúde Pública

[Redacted response area for Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados and Unidade de Saúde Pública]

3.

2. Habilitações

Marcar apenas uma oval.

- Bacharelato
 Licenciatura
 Mestrado
 Doutoramento

4.

Se possui Mestrado ou Doutoramento, diga qual a área de estudo:

5.

3. Possui Especialização em Enfermagem? *

Marcar apenas uma oval.

- Não possuo Especialização em Enfermagem
- Especialização em Enfermagem Comunitária
- Especialização na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública
- Especialização na área de Enfermagem de Saúde Familiar
- Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Especialização na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
- Especialização na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa
- Especialização na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória
- Especialização na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica
- Especialização em Enfermagem de Reabilitação
- Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

6.

Possui outro tipo de formação. Qual:

(por exemplo uma Pós-Graduação)

7.

4. Tempo de experiência profissional como enfermeiro/a.

Marcar apenas uma oval.

- < 1 ano
- 1-5 anos
- 6-10 anos
- 11-19 anos
- 20-29 anos
- 30-39 anos
- >= 40 anos

8.

5. Tempo de serviço na unidade funcional do ACeS em que exerce funções.

Marcar apenas uma oval.

- < 1 ano
- 1-5 anos
- 6-10 anos
- 11-19 anos
- 20-29 anos
- 30-39 anos
- >= 40 anos

Opinião/percepção face a diferentes questões relacionadas com o projeto

9.

1. Considera ter conhecimento adequado sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem?

*

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

10.

2. Sente-se motivado/a para participar num projeto do seu ACeS que promova a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

11.

3. Considera importante um projeto que promova a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

12.

4. Considera que a sua documentação tem um contributo importante para o Diagnóstico de Saúde do ACeS?

*

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

13.

Independentemente da sua resposta anterior ser Sim ou Não explique o porquê da sua opção*

14.

5. Conhece as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do Plano Local de Saúde do ACeS? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim, todos
- Sim, mas só as Necessidades de Saúde
- Sim, mas só os Problemas de Saúde
- Sim, mas só os Objetivos de Saúde
- Não conheço nenhum

15.

6. Considera que um projeto que melhore a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem nos focos: gestão do regime terapêutico, comportamento de adesão, exercício, uso de tabaco e uso de álcool, pode contribuir para o Diagnóstico de Saúde da população? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não sei responder

16.

7. Dos focos de enfermagem em estudo qual/quais costuma avaliar mais frequentemente? *

Marque todas que se aplicam.

- Gestão do regime terapêutico
- Comportamento de adesão
- Exercício
- Uso de tabaco
- Uso de álcool
- Não costumo avaliar nenhum destes focos

17.

8. Dos focos de enfermagem em estudo qual/quais considera mais oportuno fazer parte de uma avaliação frequente? *

Marque todas que se aplicam.

- Gestão do regime terapêutico
- Comportamento de adesão

- Exercício
- Uso de tabaco
- Uso de álcool
- Nenhum
- Não sei responder

18.

Justifique a sua resposta anterior:

19.

9. Tem formação sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo? *

(Gestão do Regime Terapêutico, Comportamentos de Adesão, Exercício, Uso do Tabaco e Uso do Álcool)

Marcar apenas uma oval.

- Não
- Sim

20.

Se respondeu sim na questão anterior indique em qual/quais:

Marque todas que se aplicam.

- Gestão do regime terapêutico
- Comportamento de adesão
- Exercício
- Uso de tabaco
- Uso de álcool

21.

10. Considera ter necessidades formativas sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo? *

(Gestão do Regime Terapêutico, Comportamentos de Adesão, Exercício, Uso do Tabaco e Uso do Álcool)

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

22.

Se respondeu sim na questão anterior indique em qual/quais:

Marque todas que se aplicam.

- Gestão do regime terapêutico
- Comportamento de adesão
- Exercício
- Uso de tabaco
- Uso de álcool

23.

11. Considera que o circuito de informação entre a sua unidade funcional e o ACeS é eficaz para compreender a importância da documentação dos cuidados de enfermagem para o diagnóstico local de saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

24.

12. Considera que a informação transmitida é clara? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não há circuito de informação sobre vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem.

25.

13. Considera que são analisadas/discutidas as questões relacionadas com a documentação e vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

26.

Se respondeu sim na questão anterior indique em que situação/situações:

Marque todas que se aplicam.

- Nas reuniões de contratualização com o ACeS
- Nas reuniões dos Conselhos Técnicos
- Nas reuniões das Unidades Funcionais
- Outras

27.

Se respondeu "Outras", especifique:

28.

14. A sua unidade funcional tem parcerias formais que promovam a melhoria da documentação dos focos de enfermagem e da vigilância epidemiológica dos mesmos? (por exemplo, uma parceria com um perito em documentação em enfermagem, ou com a ACSS ou entre a sua unidade funcional e a USP) *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

29.

Se respondeu sim indique qual a parceria que considera existir:

30.

15. Considera que a sua unidade funcional tem recursos suficientes para a documentação dos diagnósticos nos focos de enfermagem em estudo? *

(Gestão do Regime Terapêutico, Comportamentos de Adesão, Exercício, Uso do Tabaco e Uso do Álcool)

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

31.

Se respondeu Não na questão anterior, que recursos considera ter em falta (pode selecionar mais que uma resposta)?

Marque todas que se aplicam.

- Recursos humanos
- Recursos materiais (por ex. computadores)
- Recursos organizacionais (por ex. horários)
- Outros

32.

Se respondeu "Outros", especifique:

33.

16. Existem estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), que envolvem a sua unidade funcional no diagnóstico de saúde do ACeS tendo em conta os diagnósticos de enfermagem? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

34.

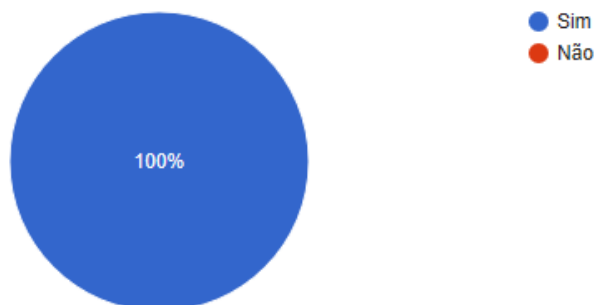
17. Existe na sua unidade funcional um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

APÊNDICE 3 – DADOS RELATIVOS ÀS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO

1. **Aceito participar neste estudo, sabendo que a qualquer momento posso decidir não continuar a participar sem que tenha qualquer prejuízo.**

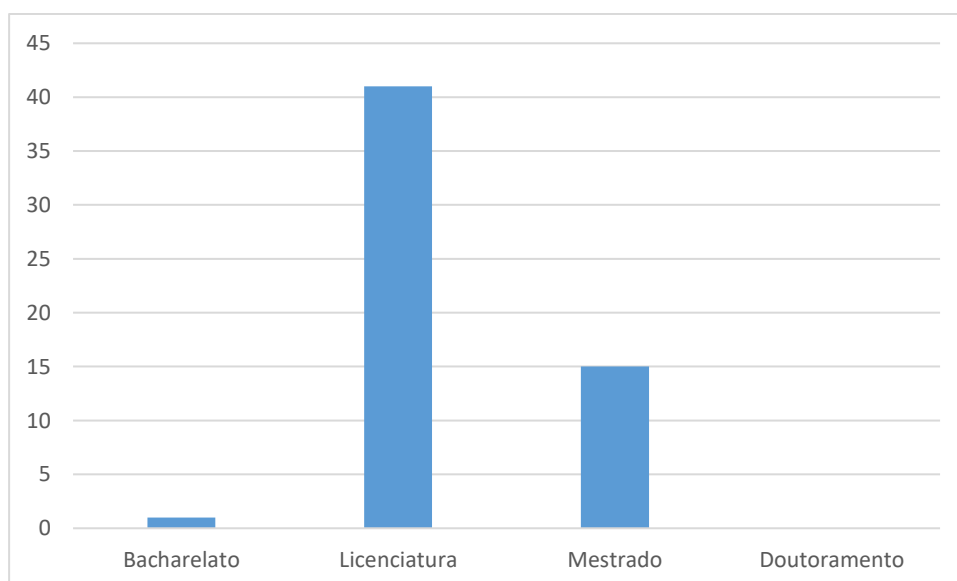


Caracterização socioprofissional

2. **1. Em que unidade funcional do ACeS exerce funções?**

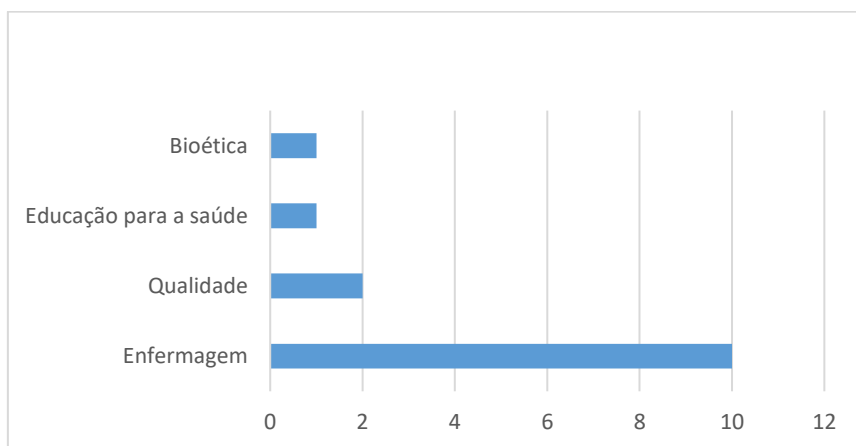
De forma a manter o anonimato e a confidencialidade, não são apresentados os dados relativos a esta pergunta

3. **2. Habilitações**



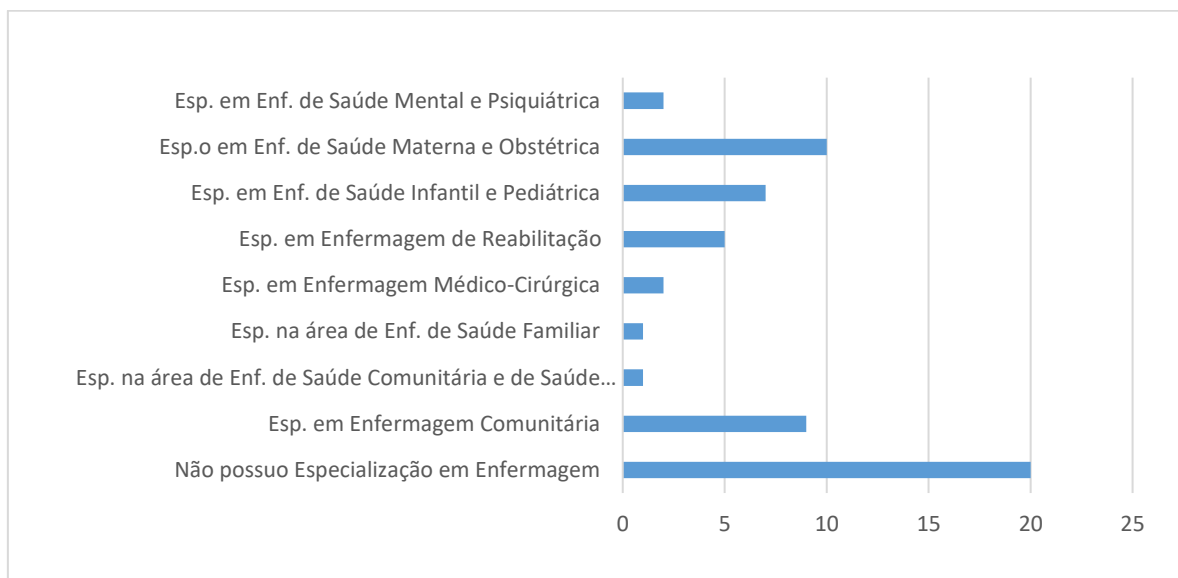
4.

Se possui Mestrado ou Doutorado, diga qual a área de estudo:



5.

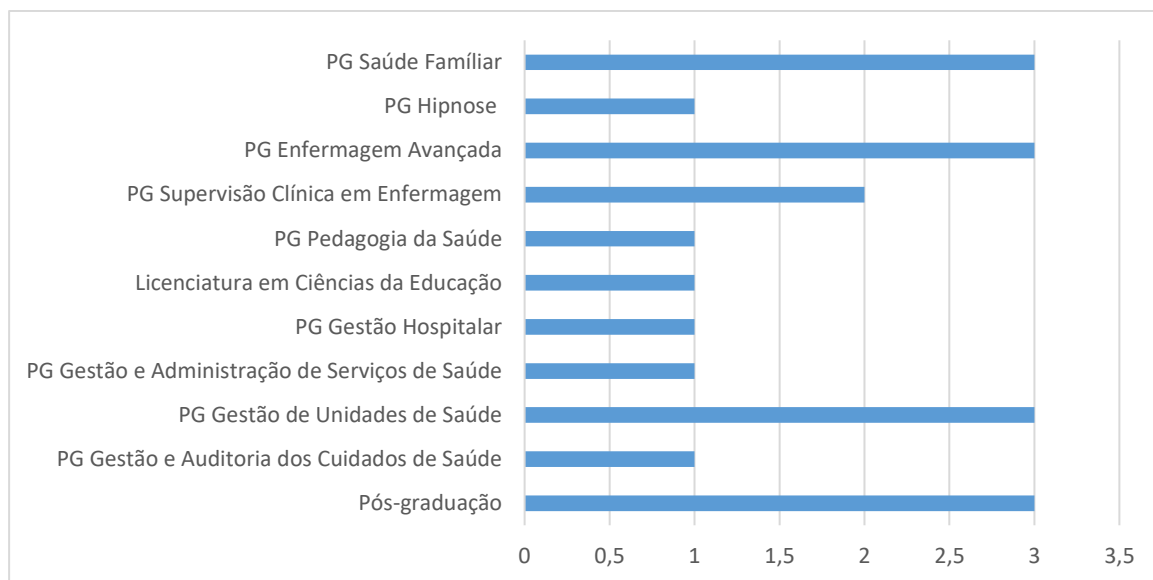
3. Possui Especialização em Enfermagem?



6.

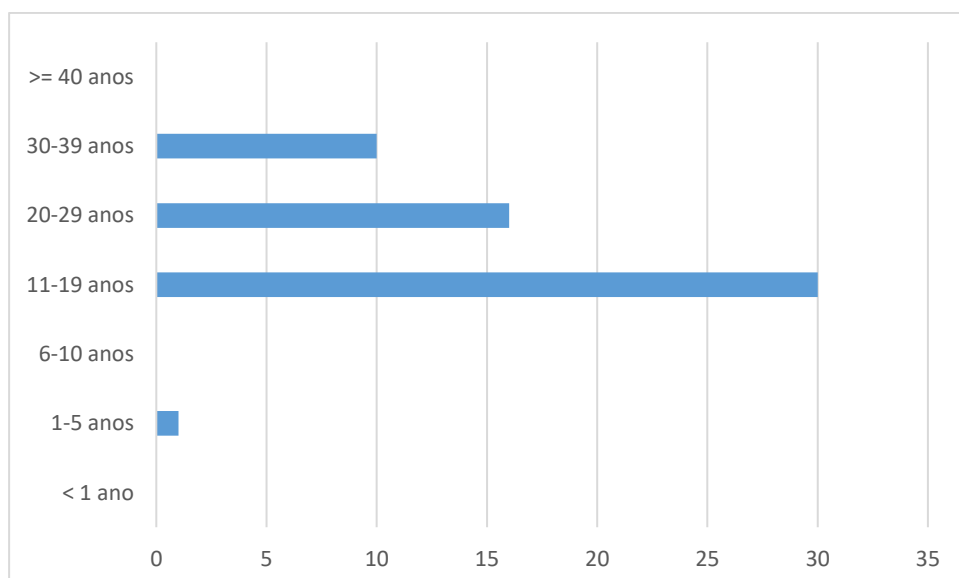
Possui outro tipo de formação. Qual:

(por exemplo uma Pós-Graduação)



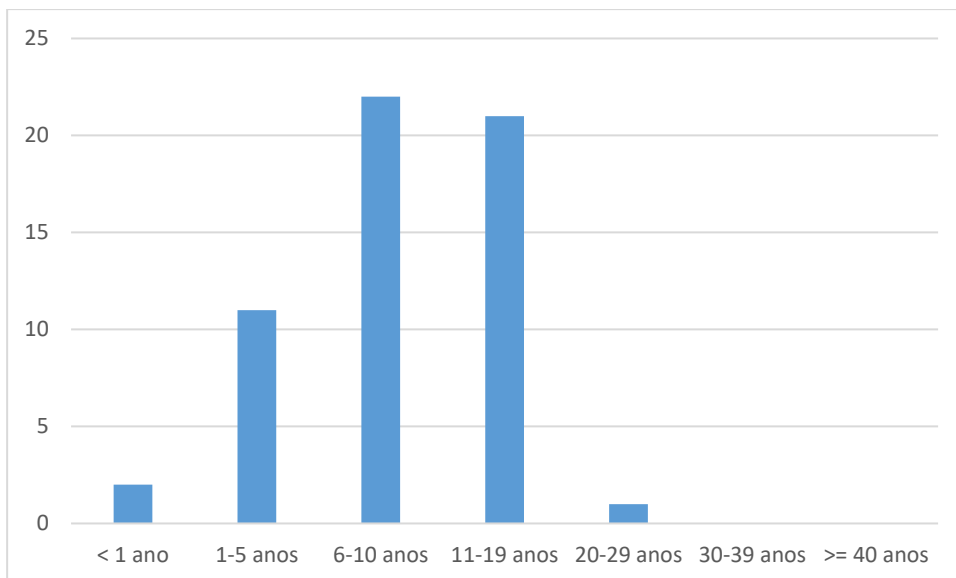
7.

4. Tempo de experiência profissional como enfermeiro/a.



8.

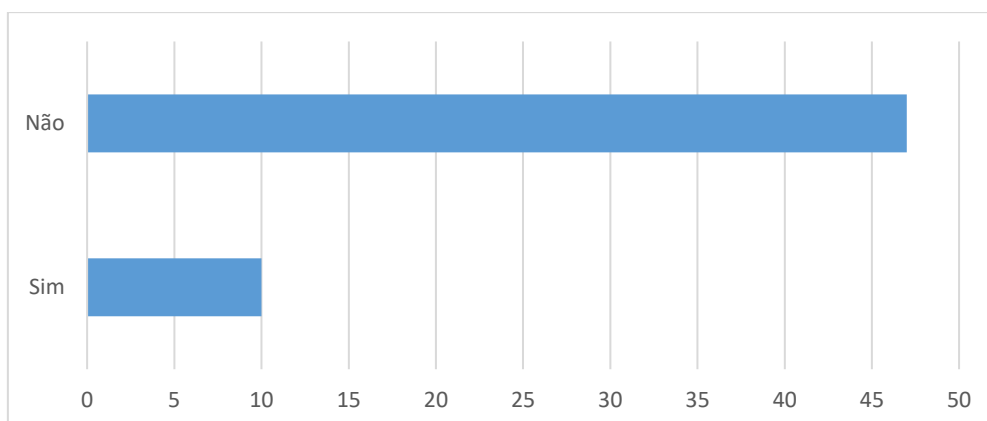
5. Tempo de serviço na unidade funcional do ACeS em que exerce funções.



Opinião/perceção face a diferentes questões relacionadas com o projeto

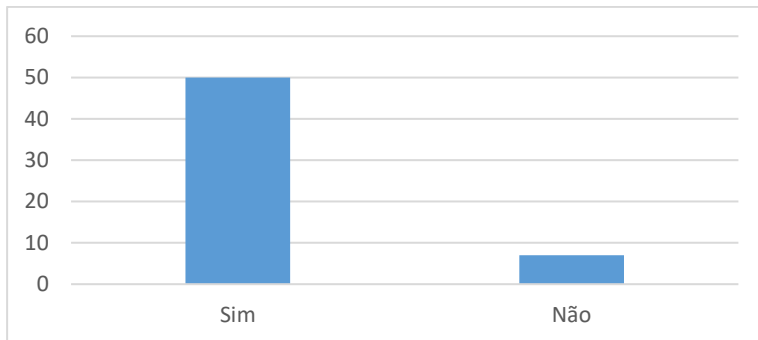
9.

1. Considera ter conhecimento adequado sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem?



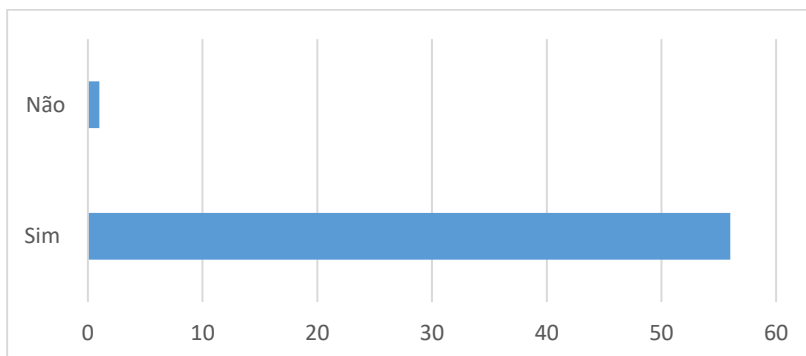
10.

2. Sente-se motivado/a para participar num projeto do seu ACeS que promova a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem?



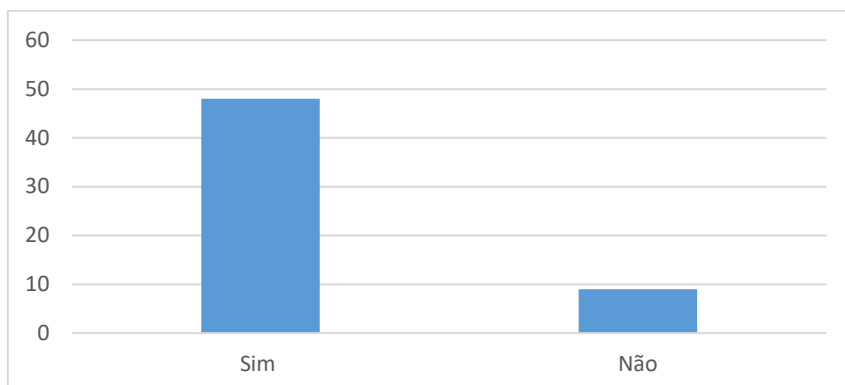
11.

3. Considera importante um projeto que promova a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem?



12.

4. Considera que a sua documentação tem um contributo importante para o Diagnóstico de Saúde do ACeS?

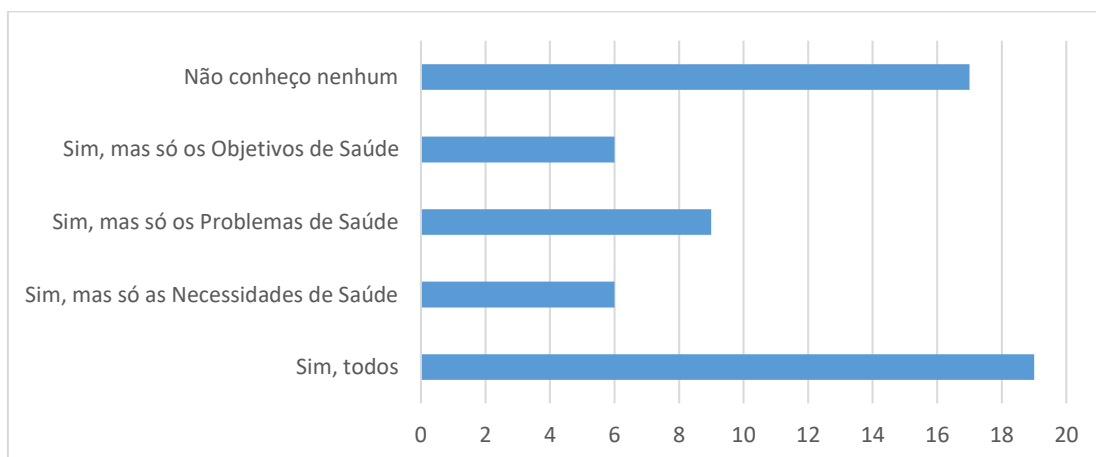


13.

Independentemente da sua resposta anterior ser Sim ou Não explique o porquê da sua opção*

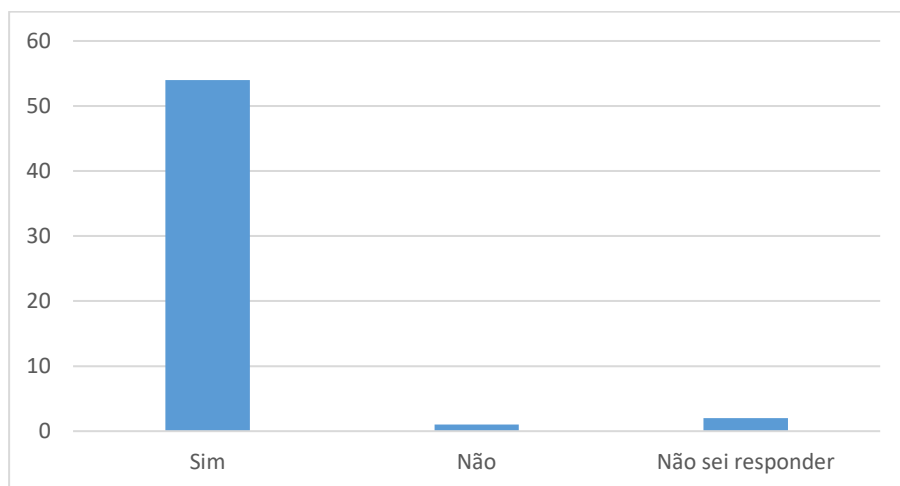
14.

5. Conhece as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do Plano Local de Saúde do ACeS?



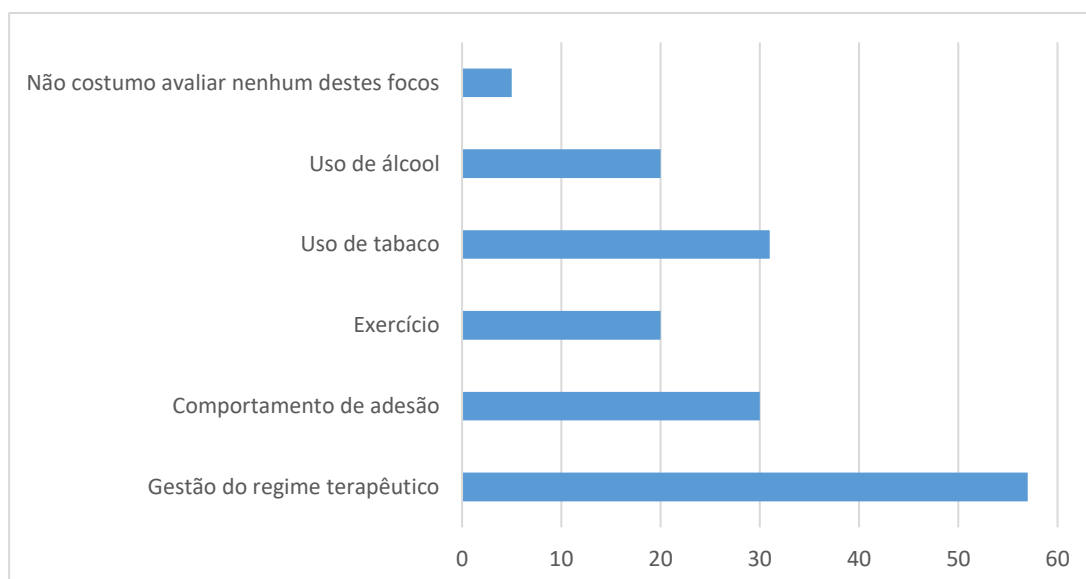
15.

6. Considera que um projeto que melhore a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem nos focos: gestão do regime terapêutico, comportamento de adesão, exercício, uso de tabaco e uso de álcool, pode contribuir para o Diagnóstico de Saúde da população?



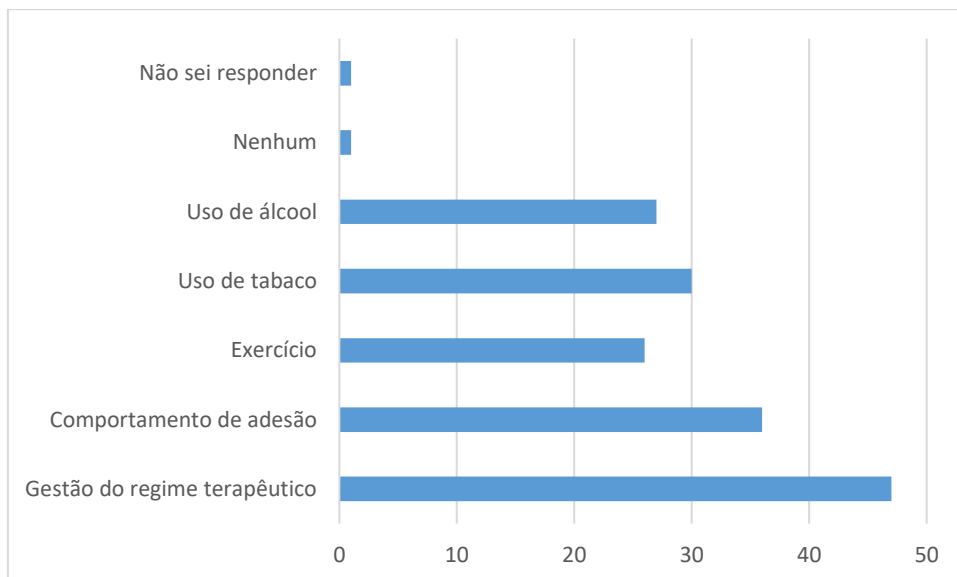
16.

7. Dos focos de enfermagem em estudo qual/quais costuma avaliar mais frequentemente?



17.

8. Dos focos de enfermagem em estudo qual/quais considera mais oportuno fazer parte de uma avaliação frequente?



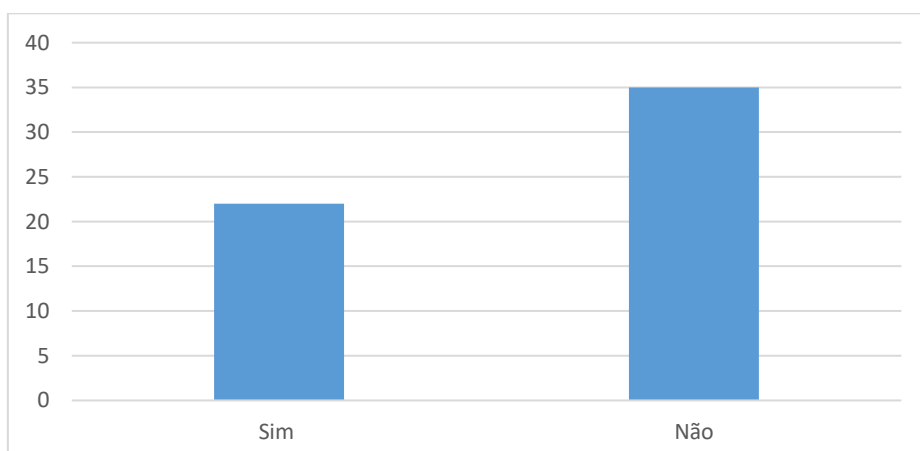
18.

Justifique a sua resposta anterior:

19.

9. Tem formação sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo?

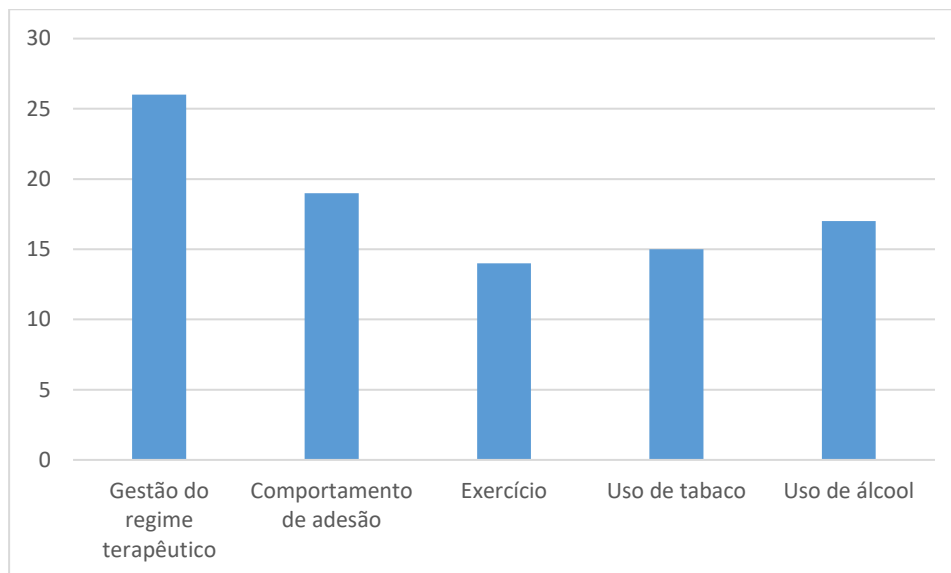
(Gestão do Regime Terapêutico, Comportamentos de Adesão, Exercício, Uso do Tabaco e Uso do Álcool)



20.

Se respondeu sim na questão anterior indique em qual/quais:

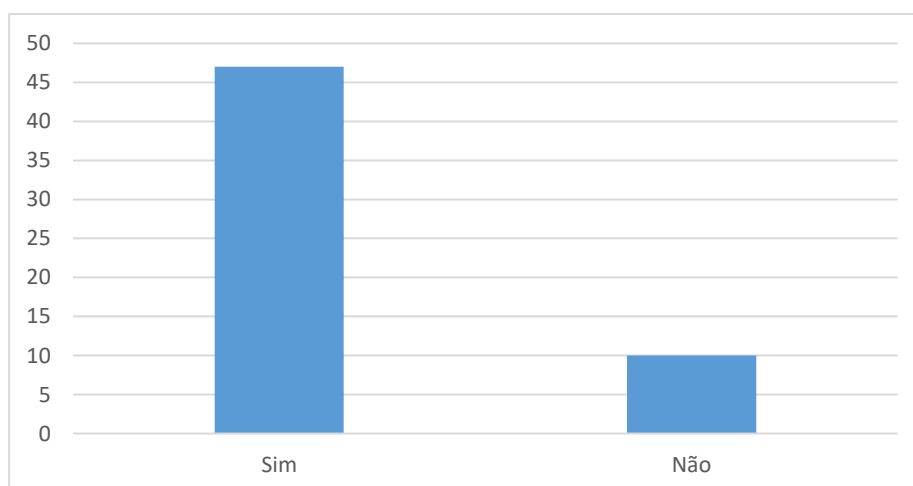
Marque todas que se aplicam.



21.

10. Considera ter necessidades formativas sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo?

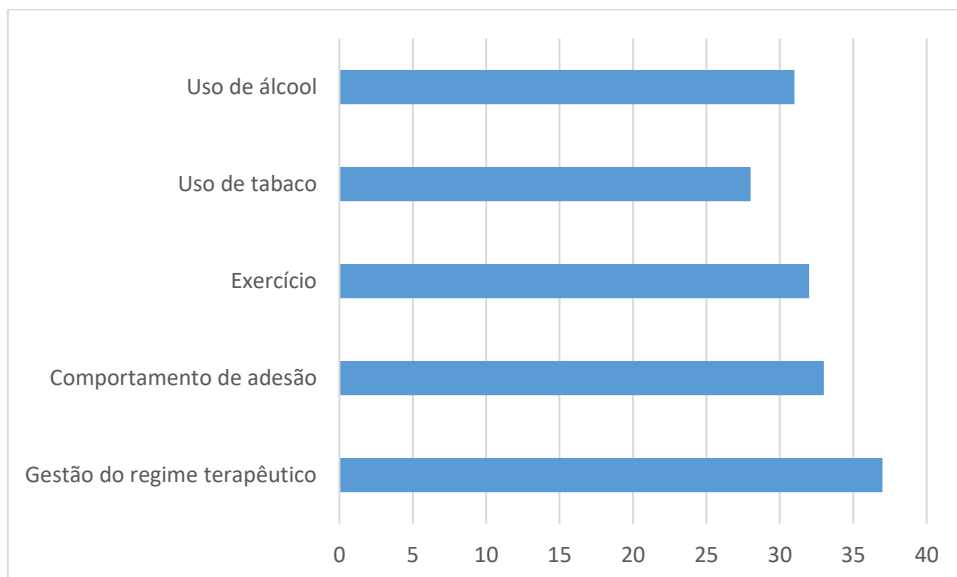
(Gestão do Regime Terapêutico, Comportamentos de Adesão, Exercício, Uso do Tabaco e Uso do Álcool)



22.

Se respondeu sim na questão anterior indique em qual/quais:

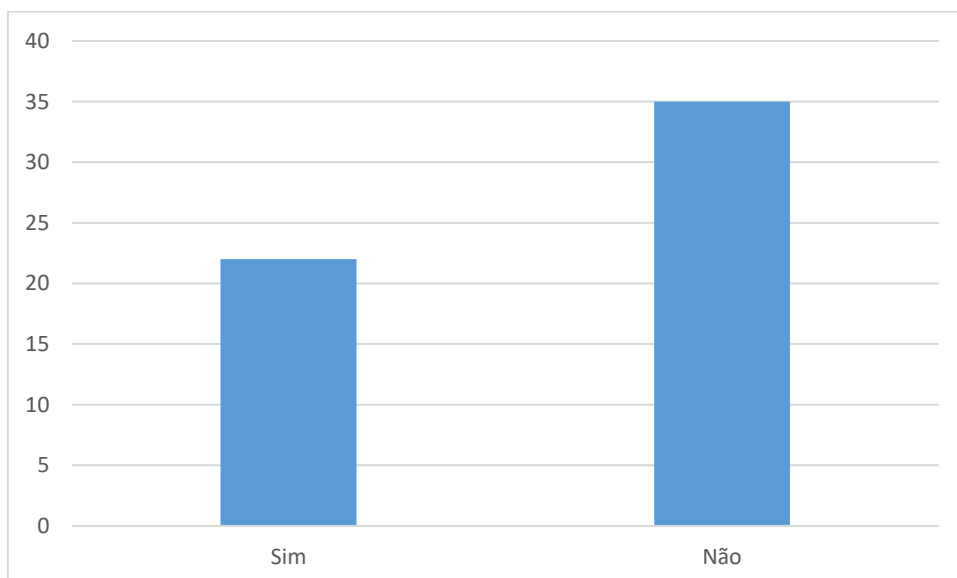
Marque todas que se aplicam.



23.

11. Considera que o circuito de informação entre a sua unidade funcional e o ACeS é eficaz para compreender a importância da documentação dos cuidados de enfermagem para o diagnóstico local de saúde?

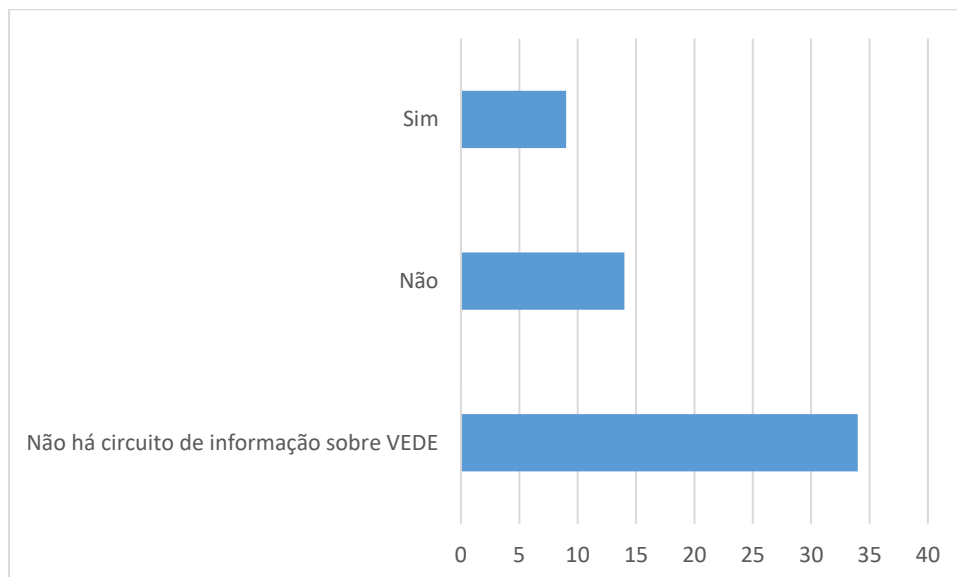
Marcar apenas uma oval.



24.

12. Considera que a informação transmitida é clara?

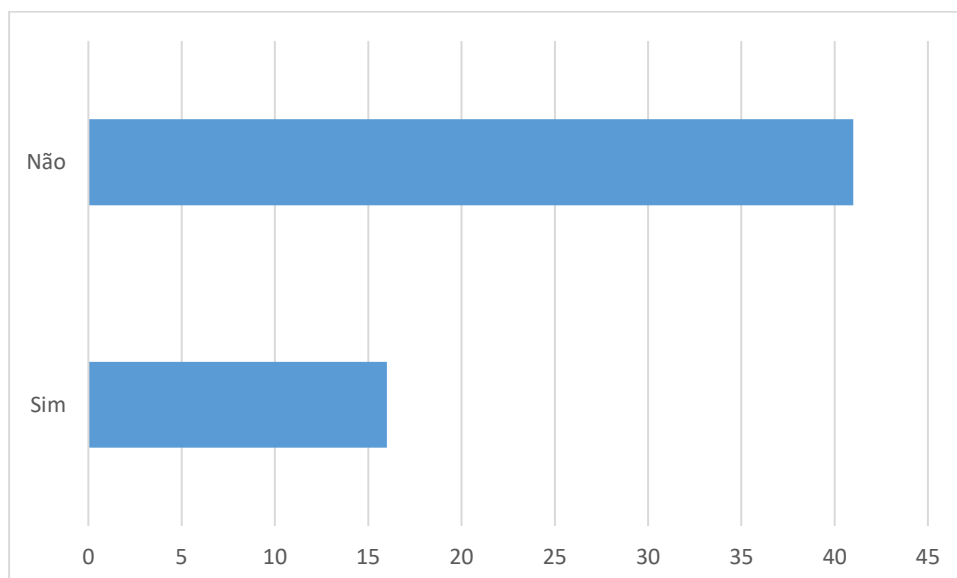
Marcar apenas uma oval.



25.

13. Considera que são analisadas/discutidas as questões relacionadas com a documentação e vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem? *

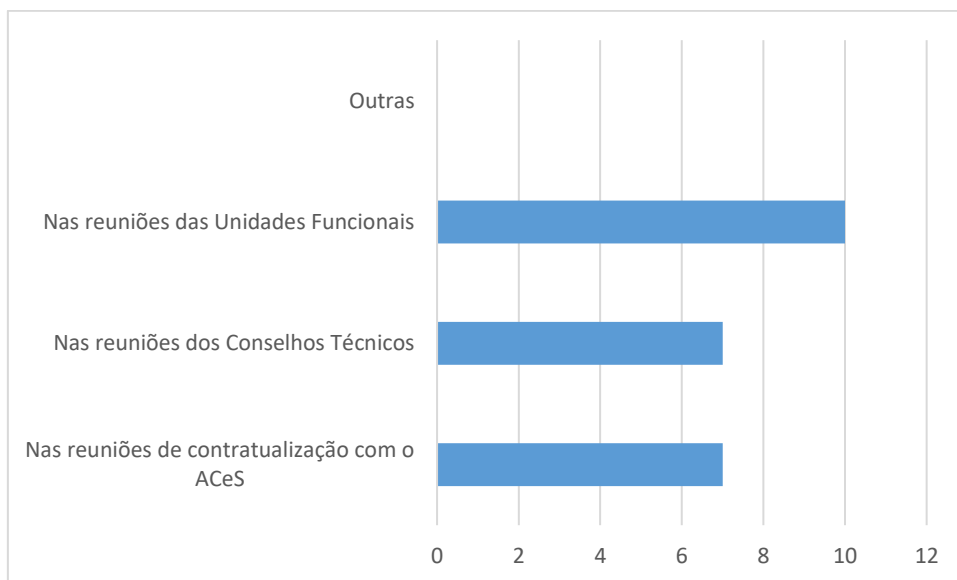
Marcar apenas uma oval.



26.

Se respondeu sim na questão anterior indique em que situação/situações:

Marque todas que se aplicam.



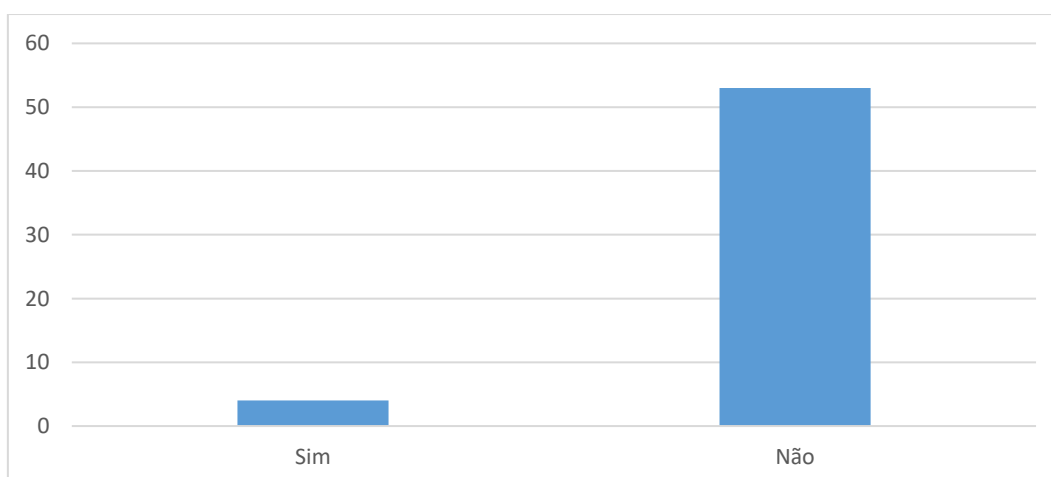
27.

Se respondeu "Outras", especifique:

28.

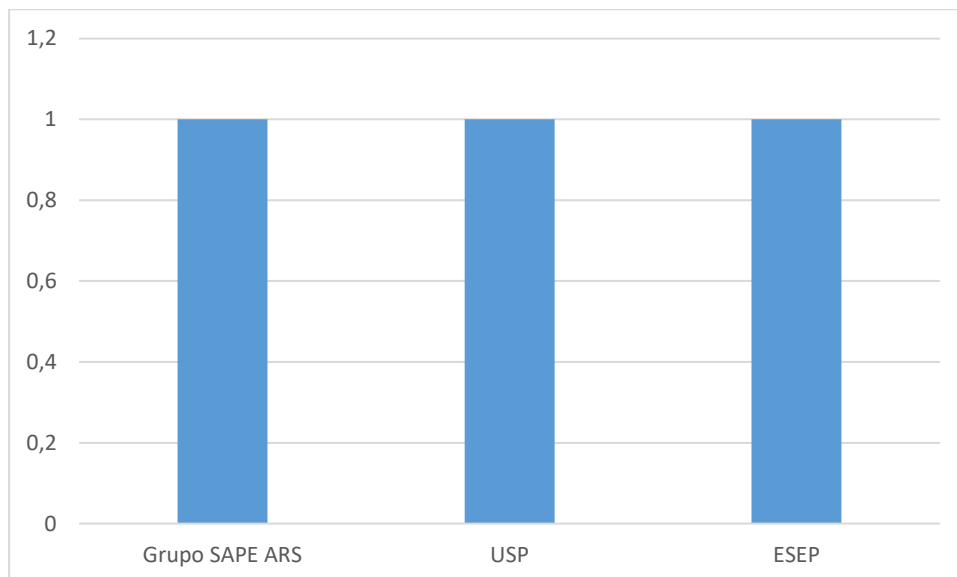
14. A sua unidade funcional tem parcerias formais que promovam a melhoria da documentação dos focos de enfermagem e da vigilância epidemiológica dos mesmos? (por exemplo, uma parceria com um perito em documentação em enfermagem, ou com a ACSS ou entre a sua unidade funcional e a USP)

Marcar apenas uma oval.



29.

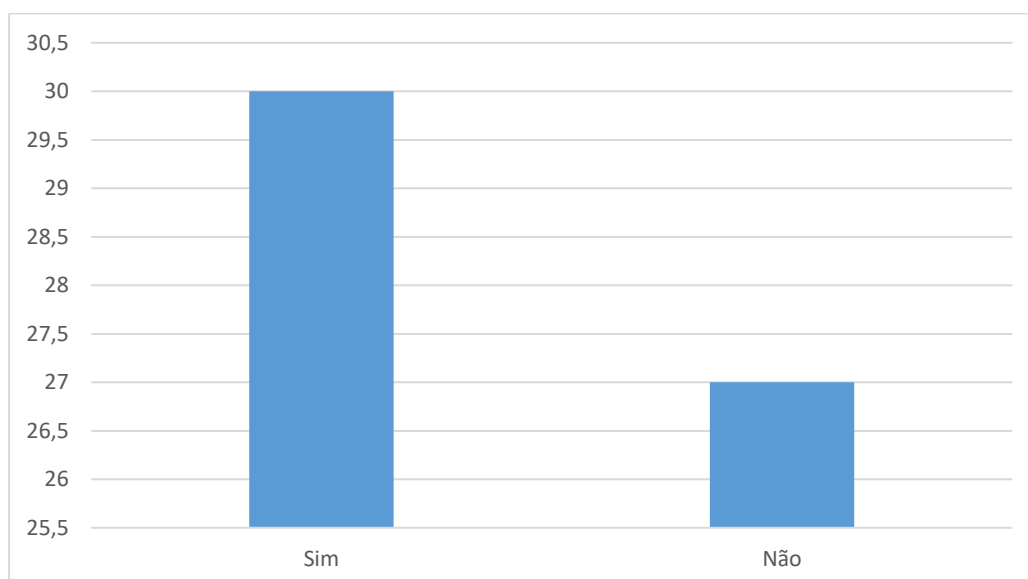
Se respondeu sim indique qual a parceria que considera existir:



30.

15. Considera que a sua unidade funcional tem recursos suficientes para a documentação dos diagnósticos nos focos de enfermagem em estudo?

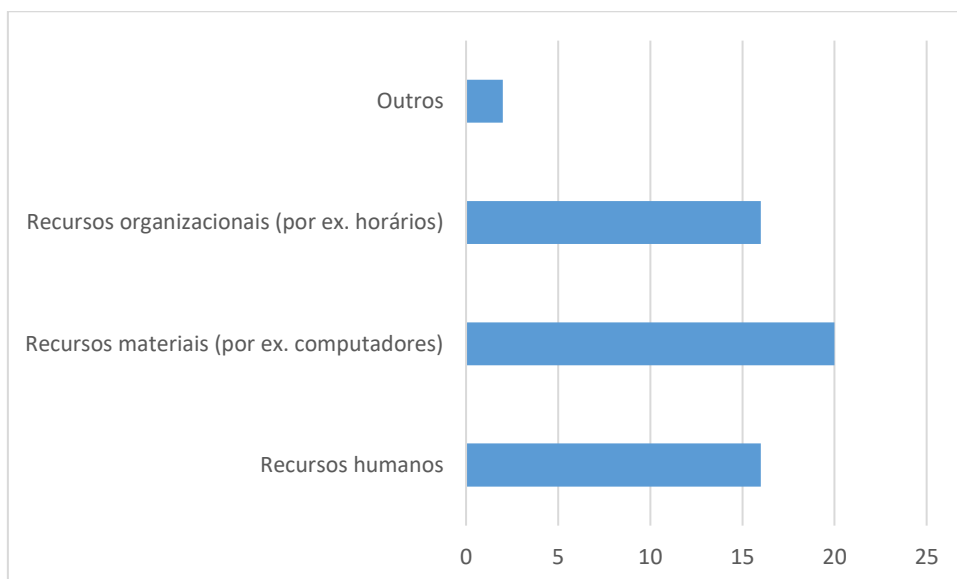
(Gestão do Regime Terapêutico, Comportamentos de Adesão, Exercício, Uso do Tabaco e Uso do Álcool)



31.

Se respondeu Não na questão anterior, que recursos considera ter em falta (pode selecionar mais que uma resposta)?

Marque todas que se aplicam.



32.

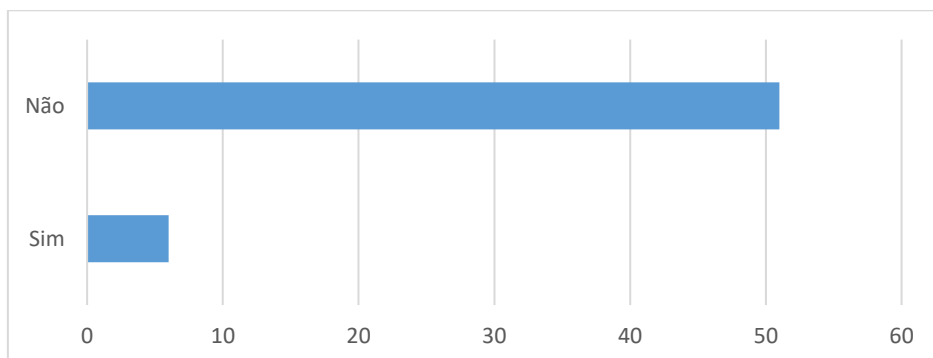
Se respondeu "Outros", especifique:

Salas exíguas e sobrelotadas com material informático obsoleto e insuficiente

33.

16. Existem estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), que envolvem a sua unidade funcional no diagnóstico de saúde do ACeS tendo em conta os diagnósticos de enfermagem?

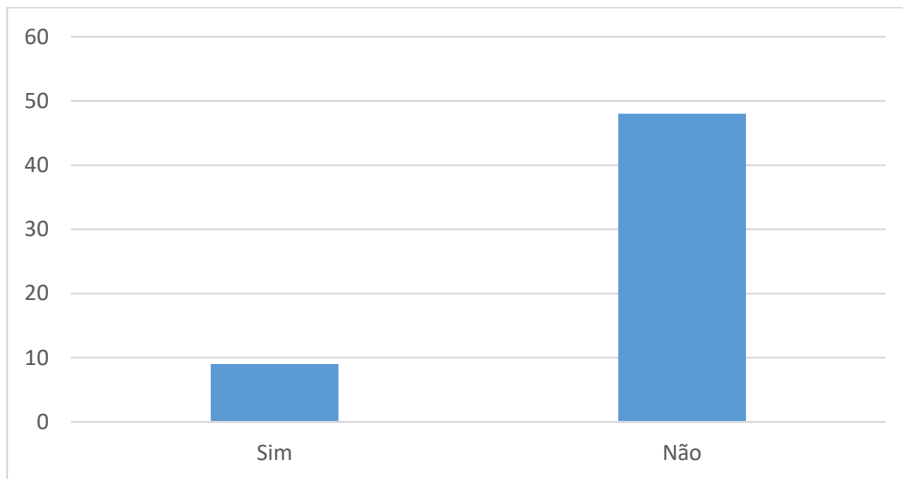
Marcar apenas uma oval.



34.

17. Existe na sua unidade funcional um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem? *

Marcar apenas uma oval.



APÊNDICE 4 - CORRESPONDÊNCIA ENTRE AS ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO DO MAIEC E AS PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO

ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO		PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO		
Avaliar Gestão Comunitária	Avaliar Liderança Comunitária	Avaliar Conhecimento (Membros da comunidade/ Líder)	1. Considera ter conhecimento adequado sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem?	
			5. Conhece as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do Plano Local de Saúde do ACeS?	
			9. Tem formação sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo?	
			10. Considera ter necessidades formativas sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo?	
	Avaliar Crenças (Membros da comunidade/ Líder)		3. Considera importante um projeto que promova a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem?	
			4. Considera que a sua documentação tem um contributo importante para o Diagnóstico de Saúde do ACeS?	
			6. Considera que um projeto que melhore a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem nos focos: gestão do regime terapêutico, comportamento de adesão, exercício, uso de tabaco e uso de álcool, pode contribuir para o Diagnóstico de Saúde da população?	
	Avaliar Voz (Membros da comunidade/ Líder)	2. Sente-se motivado/a para participar num projeto do seu ACeS que promova a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem?		
	Avaliar Participação Comunitária	Avaliar Processo do Grupo comunitário		11. Considera que o circuito de informação entre a sua unidade funcional e o ACeS é eficaz para compreender a importância da documentação dos cuidados de enfermagem para o diagnóstico local de saúde?
				12. Considera que a informação transmitida é clara?
				13. Considera que são analisadas/discutidas as questões relacionadas com a documentação e vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem?
				14. A sua unidade funcional tem parcerias formais que promovam a melhoria da documentação dos focos de enfermagem e da vigilância epidemiológica dos mesmos? (por exemplo, uma parceria com um perito em documentação em enfermagem, ou com a ACSS ou entre a sua unidade funcional e a USP)
			15. Considera que a sua unidade funcional tem recursos suficientes para a documentação dos diagnósticos nos focos de enfermagem em estudo?	
			16. Existem estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), que envolvem a sua unidade funcional no diagnóstico de saúde do ACeS tendo em conta os diagnósticos de enfermagem?	
Avaliar Processo Comunitário	Avaliar Coping Comunitário		7. Dos focos de enfermagem em estudo qual/quais costuma avaliar mais frequentemente?	
			8. Dos focos de enfermagem em estudo qual/quais considera mais oportuno fazer parte de uma avaliação frequente?	
			17. Existe na sua unidade funcional um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem?	

APÊNDICE 5 - PRIORIZAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Diagnóstico/ Foco		M	T	V	Score
D1	Conhecimento sobre VEDE, não demonstrado em 82,5% dos participantes	3	3	3	9
D2	Conhecimento sobre as Necessidades de Saúde, ou os Problemas de Saúde identificados ou os Objetivos de Saúde do Plano Local de Saúde do ACeS, não demonstrado em 36,9% dos elementos da amostra.	0	2	3	5
D3	Conhecimento sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo, não demonstrado em 82,5% dos elementos da amostra.	3	1	2	6
D4	Crenças sobre o contributo da sua documentação para o Diagnóstico de Saúde do ACeS, comprometidas em 15,8% dos participantes.	0	3	2	5
D5	Volição para participar num projeto do seu ACeS que promova a VEDE, não demonstrada em 12,3% dos elementos da amostra.	0	3	2	5
D6	Comunicação entre a UF e o ACeS, para compreender a importância da documentação dos cuidados de enfermagem para o Diagnóstico Local de Saúde, não eficaz percecionada em 61,4% dos participantes	1	2	2	5
D7	Comunicação entre os membros da comunidade e os seus líderes sobre VEDE, não eficaz percecionada em 59,6% dos participantes.	1	3	2	6
D8	Comunicação não eficaz por falta de clareza na informação transmitida, percecionada por 24,6% dos participantes.	0	2	2	4
D9	Comunicação sobre questões relacionadas com a documentação e a VEDE, não eficaz, percecionada em 71,9% dos participantes.	2	2	2	6
D10	Inexistência de parcerias formais que promovam a melhoria da documentação dos focos de enfermagem e da VEDE na UF onde desempenham funções, percecionada por 93% dos participantes.	3	2	2	7
D11	Inexistência de estruturas organizativas que envolvam a UF no diagnóstico de saúde do ACeS tendo em conta os diagnósticos de enfermagem, percecionada em 89,5% dos participantes.	3	2	2	7
D12	Coping comunitário não efetivo (por ausência de avaliação dos focos em estudo) percecionado em 8,8% dos elementos da amostra.	0	2	2	4
D13	Coping comunitário não efetivo (pela ausência de um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem na UF), percecionado em 84,2% dos participantes.	3	2	2	7

Legenda: M - Magnitude; T – Transcendência; V - Vulnerabilidade

APÊNDICE 6 – APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

CATOLICA
CIS - CENTRO DE INVESTIGAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE
LISBOA - PORTO - VISEU

MAIEC
Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

Contributo dos Enfermeiros para a Saúde Pública: Evidências e caminhos

- Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental
- Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental
- Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental
- Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS
- Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem

PLANO LOCAL DE SAÚDE

Um Documento de Comunicação

Diagnóstico de Saúde do Porto Ocidental 2018

Plano Local de Saúde Porto Ocidental 2019-2020

O que é o Plano Local de Saúde

- ✓ Documento estratégico
- ✓ Instrumento de gestão
- ✓ Instrumento de mudança
- ✓ Instrumento de comunicação
- ✓ Compromisso Social

permite a obtenção de ganhos em saúde

visa apoiar a tomada de decisão do Diretor Executivo e do Conselho Clínico e de Saúde

define a mudança desejada em termos de necessidades e ganhos em saúde

advocacia da saúde

abre o processo de Planeamento em Saúde a outras disciplinas, sectores e parceiros sociais

O que é o Plano Local de Saúde

Utilidade do PLS

- Definir as principais necessidades de saúde da população
- Ajudar a fazer as melhores escolhas
- Contribuir para a construção da visão estratégica do ACeS

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem

Identificação e priorização de Problemas de Saúde; Identificação e medição dos determinantes de Saúde

"PLANO DE SAÚDE"

Componentes essenciais

- Diagnóstico de situação
- Objetivos de saúde
- Estratégias de saúde
- Genários
- recomendações para a operacionalização
- Plano de avaliação

Coerente com a evidência científica e as orientações técnico-normativas e estratégias internacionais, nacionais, ou regionais

CATOLICA DE SAUDE E BIOMEDICINA PORTO OCIDENTAL

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem

Identificação de Problemas e Determinantes de Saúde

Diagrama de fluxo:

```

    graph TD
        A[Identificação e avaliação] --> B[Definição das prioridades]
        B --> C[Seleção das variáveis]
        C --> D[Identificação das variáveis, medidas e técnicas]
        D --> E[Preparação da recolha e da análise]
        E --> A
        F[Objetivos de saúde] --> B
        G[Plano de avaliação] --> D
    
```

CATOLICA DE SAUDE E BIOMEDICINA PORTO OCIDENTAL

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem

Prioridades Saúde Porto Ocidental

- Tumor maligno do Pulmão
- Tumor Maligno Colon
- Diabetes Mellitus
- Doenças Cerebrovasculares
- Depressão

CATOLICA DE SAUDE E BIOMEDICINA PORTO OCIDENTAL

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO
(descrição e análise da situação a nível de saúde)

- Conhecimento do Estado de Saúde
- Determinantes da Saúde

CATOLICA DE SAUDE E BIOMEDICINA PORTO OCIDENTAL

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem

Conhecimento do Estado de Saúde deve incluir:

- Caracterização da população alvo (demográfica, social, económico...);
- Identificação dos problemas de saúde (mortalidade, morbilidade e suas consequências: incapacidade, disfunção, ...);
- Identificação e descrição quantitativa dos **determinantes da Saúde**;
- Determinação de necessidades de saúde;
- Identificação dos recursos da comunidade.

CATOLICA DE SAUDE E BIOMEDICINA PORTO OCIDENTAL

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem

Diagrama de fluxo:

```

    graph TD
        A[Taxas de mortalidade prematura] --> B[Mortes evitáveis]
        B --> C[Taxa de mortalidade infantil]
        D[Taxas de internamento] --> E[Causas de morte]
        C --> E
        E --> F[Lista dos Problemas de Saúde do ACeS]
    
```

CATOLICA DE SAUDE E BIOMEDICINA PORTO OCIDENTAL

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem

Determinantes da Saúde

- Demográfico-sociais e económicos
- Biológicos ou endógenos
- Ambientais
- Estilos de vida
- Sistema de cuidados de saúde

13

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem

Vigilância Epidemiológica

Colheita, análise e interpretação sistemática de dados em saúde para o planeamento, implementação e avaliação das atividades em saúde pública. Os dados obtidos pela vigilância devem ser disseminados, permitindo a implementação de ações efetivas para a prevenção da doença.

Bonita, Beaglehole & Kjellström, 2010

A observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a colheita sistemática, consolidação e avaliação de informações de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes e a regular a disseminação dessas informações a todos que necessitam conhecê-la.

Langmuir, 1976

14

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem

Vigilância Epidemiológica

É hoje ponto assente que uma vigilância epidemiológica bem estruturada, flexível e ágil **é indispensável para proteger e promover eficazmente a saúde dos cidadãos, das famílias e das populações.**

Direção Geral de Saúde

Os **serviços de saúde pública** são os serviços do Estado competentes para promover a **vigilância epidemiológica** e a monitorização da saúde da população, incumbindo-lhes, em especial, a promoção da saúde através da definição e acompanhamento da execução de programas específicos de atuação.

Decreto-Lei n.º 286/99 de 27 de Julho

15

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem

Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem

Colheita, análise e interpretação sistemática de dados relativos aos fenómenos de saúde-doença da população. Os dados obtidos devem ser disseminados por todos os que necessitam conhecê-los, permitindo a implementação de ações efetivas que permitam ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

- ✓ Área potenciadora da valorização da documentação dos cuidados de enfermagem
- ✓ Assegura a gestão de programas que integram as necessidades da população

16

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem

Plano Local de Saúde do ACeS

Principais Problemas de Saúde	Diabetes Doença cerebrovascular Depressão Tumor maligno do pulmão Tumor maligno Cólon e Reto
Determinantes de Saúde	Consumo de Tabaco Hipertensão arterial Obesidade Inatividade Física Alterações de personalidade, Evento maior de stress e ausência de suporte social

Seleção exaustiva dos focos de atenção com afinidade aos mesmos

17

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem

Focos de atenção em enfermagem com maior número de relações

- Uso de álcool
- Uso de tabaco
- Suporte
- Papel de prestador de cuidados
- Intolerância à atividade
- Gestão do regime terapêutico
- Exercício
- Excesso de peso/Obesidade
- Comportamento de adesão
- Comportamento de procura de saúde

18

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem

Focos de atenção em enfermagem com maior número de relações, atendendo aos 1º e 2º problemas e determinantes de saúde

Foco de atenção	Diabetes Mellitus	Doença cerebrovascular	Consumo de tabaco	HTA
Comportamento de adesão	✓	✓	✓	✓
Comportamento de procura de saúde	✓	✓	✓	✓
Excesso de peso/Obesidade	✓	✓	✓	✓
Exercício	✓	✓	✓	✓
Gestão do regime terapêutico	✓	✓	✓	✓
Intolerância à atividade	✓	✓	✓	✓
Papel de prestador de cuidados	✓	✓	✓	✓
Suporte	✓	✓	✓	✓
Uso de álcool	✓	✓	✓	✓
Uso de tabaco	✓	✓	✓	✓

19

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem

Focos de atenção em enfermagem com maior número de relações, atendendo aos 1º e 2º problemas e determinantes de saúde

- Uso de álcool
- Uso de tabaco
- Papel de prestador de cuidados
- Gestão do regime terapêutico
- Exercício
- Excesso de peso/Obesidade
- Comportamento de adesão
- Comportamento de procura de saúde

Submetidos a um método de priorização

20

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem

Priorização dos focos de atenção

Atribuir um valor de 1 (priorização baixa), 2 (priorização média) ou 3 (priorização alta) a cada um dos focos, em cada um dos domínios apresentados (magnitude, transcendência, vulnerabilidade).

Para tal considerou-se:

- Na **magnitude** a relação com maior número das já prioridades da SP (incluindo aquelas com maior prevalência);
- Na **transcendência** aqueles focos em que intervindo se pode responder a maior número de problemas atualmente prioritários;
- Na **vulnerabilidade** a "facilidade" de promoção de mudança com os recursos atualmente existentes no ACeS.

21

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem

Priorização dos focos de atenção

FOCOS DE ATENÇÃO	MAGITUDE	TRANSCENDÊNCIA	VULNERABILIDADE	TOTAL
Uso de álcool	11	11	6	28
Uso de tabaco	11	12	6	29
Papel de prestador de cuidados	6	6	6	18
Gestão do regime terapêutico	12	12	12	36
Exercício	8	12	10	30
Excesso de peso/Obesidade	8	10	6	24
Comportamento de adesão	12	11	11	34
Comportamento de procura de saúde	10	9	7	26

22

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem

Pela primeira vez na história da Saúde Pública, as USP começam a desenvolver uma Epidemiologia pós-moderna, que designamos por **Epidemiologia centrada nas pessoas**. (Melo, 2020)

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

23

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

Missão

O ODE tem como missão a análise sistemática e continuada dos diagnósticos de enfermagem de forma a proporcionar os dados necessários para uma atuação célere e eficaz sobre os fatores de risco/determinantes de saúde, contribuindo para a melhoria da saúde da população inscrita no ACeS.

24

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

Missão

O ODE tem ainda como finalidades:

- Realizar a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem do ACeS;
- Contribuir na formação e consultoria para a documentação dos diagnósticos de enfermagem no ACeS.

CATOLICA
UNIVERSIDADE PORTUGUESA
DE SAUDE
26

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

Competências

São competências do ODE:

- Realizar a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem no ACeS;
- Proceder à divulgação dos resultados de estudos epidemiológicos no âmbito dos diagnósticos de enfermagem no ACeS;
- Providenciar consultoria às Unidades Funcionais e de Gestão no que se refere à vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem;
- Providenciar consultoria no contexto da priorização dos diagnósticos de enfermagem a ser alvo de intervenção nos Planos Locais de Saúde;

CATOLICA
UNIVERSIDADE PORTUGUESA
DE SAUDE
26

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem

Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

Competências

São competências do ODE:

- Desenvolver investigação no contexto da Epidemiologia e Planeamento em Saúde no contexto dos diagnósticos de Enfermagem:
 - a) qualquer proposta de investigação por parte do ODE- deverá ser dirigida ao Conselho Coordenador do ODE e direção do ACES;
 - b) realização da investigação da iniciativa do ODE- deve ser aprovada em reunião da equipa;
 - c) o ODE- disponibiliza o seu contexto de trabalho e a sua colaboração em trabalhos de investigação, sempre que para tal seja solicitada e contribua para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários.

CATOLICA
UNIVERSIDADE PORTUGUESA
DE SAUDE
27

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem



CATOLICA
UNIVERSIDADE PORTUGUESA
DE SAUDE
28

Plano Local de Saúde e Diagnóstico de Saúde do ACeS Porto Ocidental

Focos de Enfermagem prioritários no ACeS Porto Ocidental

Proposta do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS Porto Ocidental

Estratégias futuras para a integração dos Diagnósticos de Enfermagem no DLS

Processos de melhoria da qualidade da documentação em Enfermagem



CATOLICA
UNIVERSIDADE PORTUGUESA
DE SAUDE
29

CATOLICA
UNIVERSIDADE PORTUGUESA
DE SAUDE
LEONAR - PORTO - VISEU

MAIEC[®]
Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

Contributo dos Enfermeiros para a Saúde Pública:
Evidências e caminhos

Obrigada pela vossa atenção

ANEXOS

ANEXO 1 – ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (EAVEC)

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO (EA_vEC)

Domínio	1	2	3	4	5
Participação Comunitária	Nem todos os membros e grupos da comunidade estão a participar nas atividades e reuniões da comunidade (ex. mulheres, jovens, homens).	Os membros da comunidade participam nas reuniões, mas não estão envolvidos na discussão e ajuda.	Os membros da comunidade estão envolvidos na discussão, mas não nas decisões sobre o planeamento e implementação. Limitados a atividades tais como trabalho voluntário e donativos financeiros.	Os membros da comunidade estão envolvidos nas decisões no planeamento e implementação. Existem mecanismos para partilhar a informação entre os membros.	A participação na tomada de decisão é mantida. Os membros da comunidade estão envolvidos em atividades fora da comunidade.
Capacidade de avaliação do problema	Não existe avaliação do problema desenvolvida pela comunidade.	A comunidade apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação.	A comunidade tem competências. Os problemas e as prioridades são identificados pela comunidade. Não envolve a participação de todos os sectores da comunidade.	A comunidade identifica problemas, soluções e ações. A avaliação é utilizada para fortalecer o planeamento da comunidade.	A comunidade continua a avaliar e é a “dona” dos problemas, soluções e ações.
Liderança local	Algumas organizações comunitárias sem um líder.	Existem líderes para todas as organizações comunitárias. Algumas organizações não funcionam sob a liderança dos seus líderes.	As organizações comunitárias funcionam sob liderança. Algumas organizações não têm suporte de líderes externos à comunidade.	Os líderes estão a desenvolver iniciativas com o suporte das suas organizações. Os líderes requisitam treino de competências.	Os líderes têm iniciativa total. Organizações em suporte total. Os líderes trabalham com grupos externos para ganhar recursos.

Domínio	1	2	3	4	5
Estruturas organizacionais	A comunidade não tem estruturas organizativas tais como comités.	As organizações foram estabelecidas pela comunidade, mas não estão ativas.	Mais do que uma organização ativa. As organizações têm mecanismos que permitem aos membros ter uma participação significativa.	Muitas organizações estabeleceram ligações umas com as outras na comunidade.	As organizações estão ativamente envolvidas dentro e fora da comunidade. A comunidade está comprometida com as suas e outras organizações.
Mobilização de recursos	Os recursos não estão a ser mobilizados pela comunidade.	Apenas as pessoas ricas e influentes mobilizam os recursos criados pela comunidade. Os membros da comunidade são criados para providenciar recursos.	A comunidade tem recursos em reservas crescentes, mas não há decisão coletiva sobre a sua distribuição. Os recursos criados têm benefícios limitados.	Os recursos criados são usados para atividades fora da comunidade. Existe discussão pela comunidade sobre a sua distribuição mas não são distribuídos com justiça.	Criados recursos consideráveis e a comunidade decide sobre a sua distribuição. Os recursos são justamente distribuídos.
Ligações a outros	Nenhuma	A comunidade tem ligações informais com outras organizações e pessoas. Não tem um propósito bem definido.	A comunidade acordou ligações mas não estão envolvidas nas atividades e desenvolvimento da comunidade.	Ligações interdependentes, definidas e envolvidas no desenvolvimento da comunidade, baseado no respeito mútuo.	As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhoramentos para a comunidade.
Habilidade para “questionar”	Não existem discussões de grupo para questionar sobre os assuntos da comunidade.	São desenvolvidas discussões por pequenos grupos para questionar sobre os assuntos da comunidade e para desafiar a sabedoria adquirida.	Grupos chamados a ouvir os assuntos da comunidade. Estes têm a habilidade para refletir nos assuntos, definindo as suas ideias e ações. Têm habilidade para desafiar a sabedoria adquirida.	Existe diálogo entre os grupos da comunidade para identificar soluções, autotestar e analisar. Alguma experiência em testar soluções.	Os grupos da comunidade têm habilidade para autoanalisar e desenvolver esforços ao longo do tempo. Isto leva a mudança coletiva.

Domínio	1	2	3	4	5
Gestão de programas	Por agente	Por agente em discussão com a comunidade.	Pela comunidade supervisionada pelo agente. Mecanismos de tomada de decisão mutuamente acordados. Regras e responsabilidades claramente definidas. A comunidade não recebeu treino de competências para a gestão de programas.	Pela comunidade, com assistência limitada do agente no planeamento, política e avaliação. Desenvolvido um sentido de pertença da comunidade.	A comunidade autogere independente do agente. A gestão é responsabilizável.
Relação com agentes externos	Agentes no controlo das políticas, finanças, recursos e avaliação de programas.	Agentes no controlo, mas discutem com a comunidade. Não existe tomada de decisão da comunidade. O agente atua em nome da agência para produzir resultados	Agentes e comunidade tomam decisões conjuntas. O papel do agente é mutuamente acordado.	A Comunidade toma decisões com o suporte de agentes. O agente facilita a mudança com treino e suporte.	Os agentes facilitam a mudança a pedido da comunidade que toma as decisões. O agente atua em nome da comunidade para construir capacidades.

Instruções de preenchimento da EAVEC:

- 1) O avaliador reúne com os membros da comunidade (representantes dos vários grupos comunitários) em simultâneo, explicando que vai apresentar uma série de depoimentos e que os presentes terão de escolher aquele que melhor caracteriza a comunidade em relação ao assunto em análise.
- 2) Para cada domínio da escala (para discussão, não é necessário identificar o nome do domínio), o avaliador projeta ou distribui os depoimentos, escritos, sem identificar o número que os classifica.
- 3) O avaliador pergunta, em cada domínio, que depoimento a comunidade considera que melhor a caracteriza naquele momento, em relação ao assunto em análise.

- 4) Todos os membros presentes devem dar a sua opinião e deve chegar-se a um consenso sobre o depoimento escolhido.
- 5) O avaliador (ou alguém que colabore na redação na escala) deve colocar uma cruz (X) no depoimento consensualizado para cada domínio.
- 6) O avaliador transcreve posteriormente os dados identificados e registados na escala para uma tabela com os nove domínios, indicando o nível escolhido para cada um deles, e transforma a informação num gráfico de radar.

Fontes:

- Melo, P., Teixeira, A., Fernandes, C., Ferreira, L., Santos, S., Sousa, I., Pereira, A., Ferreira, A., Maciel, C., Pinto, D., Pinto, C., Sousa, S., Cardoso, T., Telles de Freitas, C., Dimande, M. (2020). Tradução para português e validação cultural da Empowerment Assessment Rating Scale. *Suplemento digital Rev ROL Enferm.* 43(1): 441-446.
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR NO GRUPO FOCAL PARA AVALIAÇÃO DO EMPODERAMENTO COMUNITÁRIO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Declaração de Helsínquia⁴ e a Convenção de Oviedo⁵

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

Título do estudo: Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário- a comunidade como cliente dos enfermeiros.

Enquadramento: O projeto de investigação: Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário: a comunidade como cliente dos enfermeiros, integra-se nos projetos do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa, na *Nursing Research Platform* e tem como investigador responsável o Doutor Pedro Melo.

Explicação do estudo: Nesta etapa do nosso estudo, temos como objetivo medir o nível de empoderamento comunitário do ACeS, relacionado com a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem (VEDE).

Para responder a este objetivo, pretendemos aplicar a Escala de Avaliação do Empoderamento Comunitário (EAVeC) (Melo et al, 2019), que permite identificar a perceção dos membros desta comunidade face a nove domínios do empoderamento comunitário (a participação, a liderança, as estruturas organizativas, a avaliação dos problemas, a mobilização dos recursos, a capacidade para questionar, as ligações a outras pessoas e organizações, o papel dos agentes externos e a capacidade de gestão do programa/projeto).

A sua participação no estudo, implica que, participe numa sessão de grupo focal com a duração média de 1h30 min, onde terá oportunidade de dar a sua opinião sobre o nível de empoderamento do ACeS para a promoção da VEDE. Terá sempre o apoio do investigador principal e/ou colaboradores no processo de diagnóstico, intervenção e avaliação de resultados durante o desenvolvimento deste projeto.

Condições e financiamento: A investigação não oferece nenhum dano ao(s) à(s) participante(s) e não será objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamento aos(às) mesmos(as). Será assegurado o direito de resposta a qualquer pergunta a respeito da investigação e dos seus objetivos. Se, no decorrer do procedimento, o/a participante vier a manifestar sua vontade de interromper a sua participação, o investigador atenderá a sua vontade, garantindo ao participante o direito de abandono da mesma sem prejuízo para si. Este estudo foi submetido ao parecer da comissão de ética da ARS Norte, EPE e teve parecer favorável.

Confidencialidade e anonimato: Durante o processo em curso, e mesmo na redação do artigo em relação aos resultados, será assegurada a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitem a identificação do(s) a (as) participantes da investigação.

⁴ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

⁵ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Grato pela atenção e disponibilidade para colaborar no nosso estudo:

O investigador responsável: Doutor Pedro Melo, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa | Contacto Tlm: 916725122 | endereço eletrónico: pmelo@porto.ucp.pt

Assinatura/s:
.....

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

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

Nome:

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

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE