

Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário: um estudo qualitativo

Attention foci in community health nursing and community empowerment: a qualitative study
Los focos de atención en enfermería comunitaria y el empoderamiento comunitario: un estudio cualitativo

Pedro Miguel de Almeida Melo*^{ID}; Rosa Carla Gomes da Silva**^{ID}; Maria Henriqueta da Silva Jesus Figueiredo***^{ID}

Resumo

Enquadramento: A capacitação de comunidades, enquanto competência específica do especialista em enfermagem comunitária, remete para o empoderamento comunitário.

Objetivos: Identificar os focos de atenção dos enfermeiros que desenvolvem intervenção comunitária, considerando a comunidade como unidade de cuidados.

Metodologia: Estudo de natureza qualitativa desenvolvido através da técnica de grupos focais. Os dados foram analisados recorrendo-se à técnica de análise de conteúdo. O sistema de categorias sustentou-se no Modelo Contínuo de Empoderamento Comunitário de Laverack (2005). Foi estabelecido um sistema de categorias para a análise dos dados, sustentado nos focos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (versão 2.0).

Resultados: Identificou-se 1 foco de enfermagem principal associado ao empoderamento comunitário (gestão comunitária) e 3 focos integrados como dimensões de diagnóstico do foco principal (participação comunitária, processo comunitário e liderança comunitária).

Conclusão: Identificaram-se áreas de atenção que potenciam a tomada de decisão clínica dos enfermeiros associada ao empoderamento comunitário. Existem focos em enfermagem comunitária, relacionados com o empoderamento comunitário, conferindo um processo identitário alicerçado às competências desta área de especialidade.

Palavras-chave: enfermagem em saúde comunitária; diagnóstico de enfermagem; empoderamento; participação comunitária; grupos focais

Abstract

Background: Community empowerment constitutes a specific skill of the nurse specialist in community nursing and must be employed in their clinical decision-making.

Objectives: To identify the attention foci of nurses who develop community intervention, considering the community as a care unit.

Methodology: Qualitative study through focus group technique. Data were analyzed using content analysis technique. The categories system was based on the Continuous Community Empowerment Model of Laverack (2005). A categories system for data analysis was established, based on the foci of the International Classification for Nursing Practice (version 2.0).

Results: A main nursing focus associated with community empowerment was identified (community management) and 3 foci integrated as diagnostic dimensions of the main focus (community participation, community process, and community leadership).

Conclusion: Attention areas that promote nurses' clinical decision-making associated with community empowerment were identified. There are foci in community health nursing related to community empowerment, which provide an identity process based on the competences of this specialty area.

Keywords: community health nursing; nursing diagnosis; empowerment; community participation; focus groups

*Ph.D., Professor Auxiliar, Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto)/CIS - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde/ Investigador colaborador, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, 4169-005, Porto, Portugal [pmelo@porto.ucp.pt]. <https://orcid.org/0000-0002-0005-6384>. Contribuição no artigo: investigador principal da investigação que reflete os resultados expostos no artigo. Morada para correspondência: Rua Recanto do Crasto Nº 56 - 4405-550 Valadares - Vila Nova de Gaia.

**MSc., Professora Assistente, Universidade Católica Portuguesa, Escola de Enfermagem (Porto)/CIS - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde/ Investigadora integrada, UICISA: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem - ESEnIC 4169-005, Porto, Portugal [rgsilva@porto.ucp.pt]. <https://orcid.org/0000-0002-3947-7098>. Contribuição no artigo: tratamento de dados e elaboração do artigo.

***Ph.D., Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem do Porto/ Investigadora integrada, CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, 4200-072, Porto, Portugal [henriqueta@esenl.pt]. <https://orcid.org/0000-0001-7902-9751>. Contribuição no artigo: orientação do processo de investigação, participação substancial em todas as etapas.

Resumen

Marco contextual: La capacitación de comunidades, como competencia específica del especialista en enfermería comunitaria, se refiere al empoderamiento comunitario.

Objetivos: Identificar los focos de atención de los enfermeros que desarrollan intervenciones comunitarias, considerando la comunidad como unidad de cuidados.

Metodología: Estudio de naturaleza cualitativa desarrollado a través de la técnica de grupos focales. Los datos se analizaron con la técnica de análisis de contenido. El sistema de categorías se basó en el Modelo Continuo de Empoderamiento Comunitario de Laverack (2005). Se estableció un sistema de categorías para el análisis de los datos de acuerdo con los focos de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (versión 2.0).

Resultados: Se identificó 1 foco de enfermería principal asociado al empoderamiento comunitario (gestión comunitaria) y 3 focos integrados como dimensiones de diagnóstico del foco principal (participación comunitaria, proceso comunitario y liderazgo comunitario).

Conclusión: Se identificaron áreas de atención que potencian la toma de decisiones clínicas de los enfermeros asociadas al empoderamiento comunitario. Existen focos en enfermería comunitaria relacionados con el empoderamiento comunitario, lo que aporta un proceso identitario basado en las competencias de esta área de especialidad.

Palabras clave: enfermería en salud comunitaria; diagnóstico de enfermería; empoderamiento; participación comunitaria; grupos focales

Recebido para publicação: 03.07.18

Aceite para publicação: 07.09.18

Introdução

O empoderamento comunitário (EC) é um conceito estudado desde 1980 e tem sido enquadrado por diversos autores, quer como processo quer como resultado (Gibbon, Labonté, & Laverack, 2002; Israel, Checkoway, Schulz, & Zimmerman, 1994; Rappaport, 1981). É consensual que se relaciona com a participação dos membros da comunidade, da sua coesão e do incremento das suas capacidades para identificar e resolver os seus problemas de uma forma tendencialmente autónoma de agentes externos (Laverack, 2005). Na compreensão do EC como processo, Laverack em 2005, define um modelo contínuo que permite enquadrar o EC em cinco domínios: a) a ação pessoal relacionada com o desenvolvimento da perceção individual de pertença e de valor para participar na sua comunidade para a resolução dos seus problemas; b) a abordagem de pequenos grupos comunitários, associada ao envolvimento de grupos de pessoas que se constituem como homogêneos nas suas características, objetivos e identidade, por forma a aumentar, do ponto de vista coletivo, a sua perceção de importância para a identificação e resolução dos problemas da comunidade; c) o desenvolvimento de organizações comunitárias, a partir da interação intencional dos pequenos grupos, para se constituir a partir das diferenças, metas comuns que fortalecem a comunidade como um todo; d) o estabelecimento de parcerias intra e intercomunidades, que promovem o incremento e rentabilização dos recursos para identificar e resolver os problemas da comunidade; e) a ação social e política, etapa em que se constitui de uma forma sistémica um quadro de políticas e ação macrossistémica construídos a partir da consolidação das organizações comunitárias e das suas parcerias e perpetuando um ambiente favorável à manutenção do EC (Laverack, 2005).

A enfermagem comunitária é um domínio especializado da profissão de enfermagem e tem descrita como uma das suas competências centrais a capacitação de comunidades (República Portuguesa, 2018), cuja definição se enquadra no conceito de EC. Enquadrando os pressupostos de Silva (2007), entendem-se que a abordagem avançada da enfermagem,

pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), deveria enquadrar uma tomada de decisão enraizada nas competências específicas desta área de especialidade, portanto, uma tomada de decisão orientada para a comunidade como unidade de cuidados. Esta tomada de decisão deveria ainda ser sustentada na utilização de um referencial teórico em enfermagem para organizar a informação clínica, onde o empoderamento comunitário pudesse ser identificado como processo e como resultado da intervenção deste enfermeiro especialista. Procuramos assim responder ao enquadramento conceptual de um modelo de enfermagem orientado para a comunidade, através dos atores que vivem os processos de decisão clínica, tal como estudos recentes semelhantes identificaram para a área, por exemplo da saúde familiar (Temido, Craveiro, & Dussault, 2015), procurando identificar, no contexto da decisão clínica em enfermagem, os focos de atenção dos enfermeiros, quando é a comunidade o seu alvo de cuidados.

Enquadramento

Uma teoria de enfermagem, sendo um conjunto de conceitos, pressupostos e definições que se interrelacionam, permite sistematizar o olhar e o pensamento para factos e eventos associados à disciplina, permitindo descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem (Alligood, 2014). Para compreender os níveis de conceito e estudo da disciplina de enfermagem, as teorias de enfermagem encontram, no seu nível mais abstrato de conhecimento, o metaparadigma, constituído pelos conceitos de pessoa, ambiente, saúde e cuidado de enfermagem (Alligood, 2014). Os modelos, de onde decorrem as teorias, representam a estruturação da realidade da disciplina de enfermagem, que permitem estruturar, entender e dar sentido a uma realidade assente na enfermagem (Alligood, 2014).

Quando se analisam os modelos e teorias de enfermagem, nas diferentes escolas do seu desenvolvimento disciplinar, encontram-se modelos e teorias estruturados a partir da *pessoa indivíduo*, onde os grupos, como a família, ou as comunidades são recurso para olhar a realidade

(Alligood, 2014; Figueiredo & Martins, 2009). Já em modelos mais recentes, encontra-se um olhar da realidade dos cuidados de enfermagem centrado na família como cliente. Contudo, não se encontra um modelo e/ou teoria que permita descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem centrado na comunidade como cliente (Alligood, 2014; Figueiredo & Martins, 2009). Também ao analisar a evidência das práticas dos enfermeiros no contexto comunitário, identifica-se uma prática essencialmente focada no indivíduo, família, grupos de risco ou na saúde ambiental (Poulton, 2009; Silva, Cubas, Fedalto, Silva, & Lima, 2010) e não, uma vez mais, na comunidade como alvo dos cuidados. Deste modo, identifica-se uma ausência de modelos de enfermagem que enformem a prática dos enfermeiros orientada para a comunidade como alvo dos cuidados, e, portanto, a necessidade de o desenvolver.

Na sequência do descrito, considera-se que o enfermeiro deva, no processo de enfermagem, quando a comunidade é o seu alvo de cuidados, ter uma ação intencional que promova o EC e lhe permita avaliar o processo e o resultado das suas decisões clínicas, desde o diagnóstico de enfermagem à avaliação de resultados. No contexto da decisão clínica no processo de enfermagem, Figueiredo (2012) propõe a organização da tomada de decisão do enfermeiro, desde o diagnóstico à intervenção, a partir de uma área de atenção ou foco central e as suas dimensões de diagnóstico, de acordo com critérios previamente definidos, sendo que as intervenções emergem como respostas ao diagnóstico (foco central) e subdiagnósticos (dimensões de diagnóstico).

O corrente estudo corresponde a uma etapa de um estudo mais amplo que teve como objetivo desenvolver um modelo de enfermagem orientado para a comunidade como unidade de cuidados, mais precisamente o modelo de avaliação, intervenção e empoderamento comunitário (Melo, 2016). Nesta etapa, o objetivo consistiu em identificar se existem focos em enfermagem comunitária que se integram nas dimensões do modelo contínuo de empoderamento comunitário proposto por Laverack (2005) alicerçadas no processo de tomada de decisão clínica proposto por Figueiredo (2012). Para este estudo, considera-se o EC perspetivado tanto como processo como resultado,

associado consensualmente pelos diversos autores à coesão, participação dos membros de uma comunidade e da sua capacidade para identificar e resolver os seus problemas (Israel et al., 1994; Marion, Labonté, & Laverack, 2002; Rappaport, 1981). Considera-se ainda o EC como um elemento central associado a uma competência estruturante do EEEEC, orientando a sua prática para a comunidade. Para responder ao nosso objetivo geral de desenvolver um modelo de enfermagem que enforme a prática dos enfermeiros para a comunidade como cliente, integramos o modelo contínuo de EC de Laverack (2005) como referencial, identificado na evidência como um modelo que alicerça a abordagem do EC como um resultado de um processo organizado de intervenção comunitária (De Vos et al., 2009; Kasmel & Andersen, 2011).

Questão de Investigação

Quais os focos de atenção em enfermagem, orientados para a comunidade como cliente, que se integram em cada um dos cinco domínios do modelo contínuo de empoderamento comunitário?

Metodologia

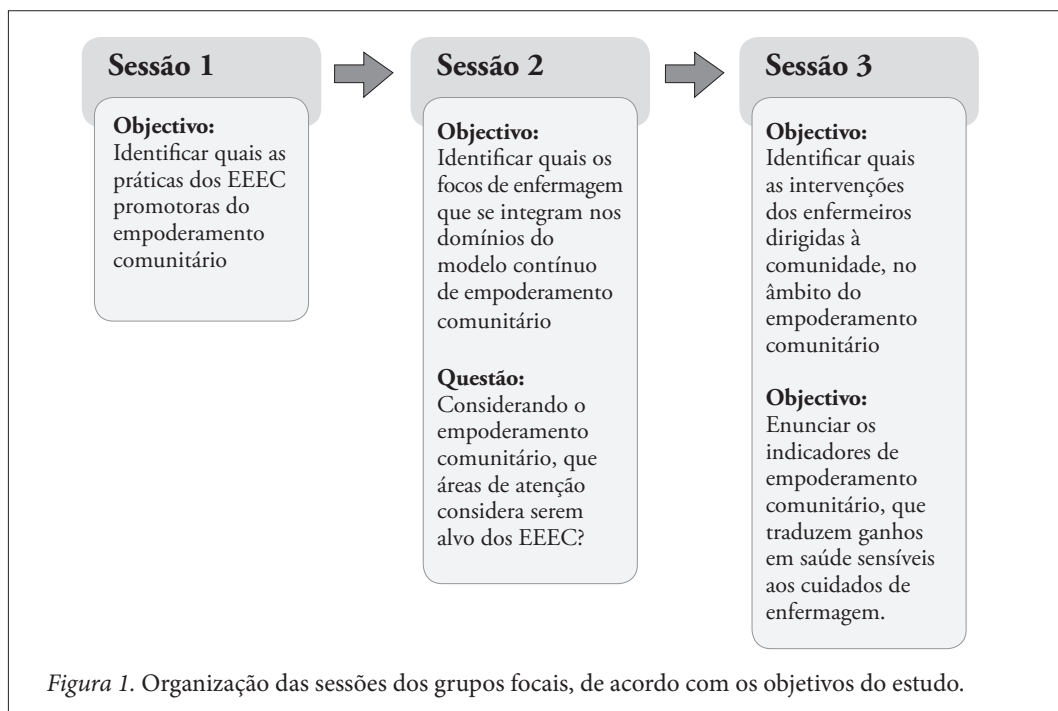
O presente estudo integra-se num paradigma construtivista, orientado para a construção do conhecimento a partir da(s) realidade(s), utilizando como fontes os atores que desenvolvem a prática associada à disciplina. Deste modo, desenvolveu-se um estudo qualitativo através da técnica dos grupos focais (Temido et al., 2015; Kinalski et al., 2017).

A partir da questão em estudo desenvolveu-se um guião temático semiestruturado, que permitiu a liberdade de expressão e a co-construção de resultados a partir do debate e da interação entre os participantes. Foi desenvolvido o processo de organização e sistematização do grupo focal desde a elaboração do guião temático, à seleção do número de participantes, duração das sessões e estruturação das mesmas (Temido et al., 2015; Kinalski et al., 2017).

O guião temático foi estruturado em três sessões, conforme pode ser observado na Figura

1, onde se apresenta a questão central referente à Sessão 2, que respondeu à etapa da investigação apresentada neste artigo. Importa referir que na primeira sessão foi desenvolvida uma sessão de *warm-up* (Temido et al., 2015), onde se apresentou o conceito de EC e o mo-

delo contínuo de empoderamento comunitário, que serviu de referencial para o presente estudo, por forma a facilitar a discussão nas três sessões, com questões relacionadas com os objetivos do estudo, organizadas de uma forma sequencial ao longo das mesmas.



A seleção dos participantes para o grupo focal obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: a) ser EEEEC ou de Saúde Pública em Portugal; b) exercer funções numa unidade de cuidados na comunidade; c) ou numa unidade de saúde pública (que têm como população-alvo as populações ou comunidades).

A seleção dos participantes foi intencional. O convite para a participação no nosso estudo foi enviado a EEEEC ou de Saúde Pública, de cinco unidades de cuidados na comunidade e três unidades de saúde pública da região norte de Portugal, indicando que a participação seria a título individual, como peritos, que cumprissem os critérios previamente estabelecidos, por forma a perfazer oito participantes, conforme sugerido pelos autores, como tamanho ideal da amostra para um grupo focal (Kinalski et al., 2016; Temido et al., 2015).

Reunidos os participantes, foram agendadas as três sessões de grupo focal, que decorreram nas instalações do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa, de acordo com a disponibilidade consensual de todos os participantes, ficando expressa a informação de que poderiam ser necessárias mais sessões de acordo com o decorrer do projeto. As sessões foram planeadas com a duração de 120 minutos cada, com um intervalo para *coffee break* providenciado pelo investigador. Foi definido que as sessões seriam desenvolvidas pelo investigador principal, com o apoio de um investigador colaborador, que faria as anotações ao longo da sessão. As sessões foram gravadas em formato áudio e vídeo, para facilitar a posterior transcrição das sessões, tendo todos os participantes assinado na primeira sessão o

consentimento informado para a participação no estudo.

No que respeita às considerações ético-legais, o presente estudo foi submetido à apreciação e aprovação da Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que foi aprovado (Parecer 14/11/2012 CE-ICS).

Para a colheita dos dados referentes à Sessão 2, descrita neste artigo, foi pedido aos participantes que, a partir do conceito de empoderamento comunitário abordado na sessão de *warm-up*, a partir das suas práticas no contexto do seu exercício profissional e tendo a comunidade como cliente, identificassem as áreas de atenção que considerassem associar-se ao

empoderamento comunitário, podendo referir-se a focos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), ou dizer por palavras suas o que consideravam ser áreas de atenção.

Para a análise de conteúdo utilizou-se a técnica descrita por Bardin (2015), seguindo a abordagem metodológica proposta por Bowling (2014).

O sistema de categorias foi estabelecido com procedimentos dedutivos, a partir do quadro teórico (dimensões do modelo contínuo de empoderamento comunitário), aos quais atribuímos palavras-chave a partir dos conceitos propostos por Laverack (2005) e um código a cada uma das dimensões do modelo (Tabela 1).

Tabela 1

Codificação das dimensões do Empoderamento comunitário e descrição das palavras-chave

Dimensões do empoderamento comunitário	Palavras-Chave	Código
Ação pessoal	Poder interior Liderança	AP
Grupos dinamizadores	Partilha de controlo Orientação Negociação	GD
Organizações comunitárias	Grupos formais Ligação com grupos externos	OC
Parcerias	Redes sociais Partilha de recursos	P
Ação social e política	Mudanças sociais Mudanças económicas Envolvimento das pessoas e organizações	ASP

Para a análise dos dados referentes aos focos de atenção integraram-se os termos exatamente iguais aos utilizados na CIPE, versão 2.0 (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011) ou, quando não iguais, foi consensualmente discutido qual o termo da CIPE que melhor se enquadrava na descrição. Na análise da informação referente aos focos de enfermagem, integraram-se conceitos básicos inerentes à metodologia do processo de enfermagem e à classificação de fenómenos de enfermagem, ações e resultados segundo a terminologia da CIPE, enquadrando

na decisão clínica a existência de focos de atenção centrais e dimensões de diagnóstico (podendo ser elas mesmas também focos classificados na CIPE), que enformam o foco principal, de acordo com os critérios de diagnóstico definidos para cada um (Figueiredo, 2012). Deste modo, foram identificados na CIPE os focos associados à comunidade e construído, à semelhança da tabela descrita anteriormente, uma tabela com as palavras-chave associadas às definições de cada foco descritas na CIPE e atribuído a cada um dos focos um código (Tabela 2).

Tabela 2

Codificação dos focos de atenção associados à comunidade e descrição das palavras-chave

Focos	Palavras-chave	Código
Liderança comunitária	Influência; gestão; pessoas líderes; gestão de conflitos; objetivos	LC
Gestão comunitária	Gerir; controlar; regular; realizar/intervir; envolvimento de todos os intervenientes	GC
Processo comunitário	Interação; relacionamento	PC
Participação comunitária	Envolvimento	Part Com

Depois de construída uma tabela de classificação de categorias, com o modelo contínuo de empoderamento comunitário e com os focos da CIPE associados à comunidade como cliente, foi desenvolvida uma tabela de contingên-

cias, relacionando as palavras-chave e códigos da Tabela 1, com as palavras-chave e códigos da Tabela 2, chegando à Tabela 3, que associa os códigos de cada uma das tabelas que tem palavras-chave com significado comum.

Tabela 3

Análise de relação entre as palavras-chave dos focos relacionados com a comunidade e as palavras-chave das dimensões do Empoderamento comunitário

Código dimensão \ Código Focos	LC	GC	PC	Part Com
AP	x	x		
GD		x	x	x
OC		x	x	x
P		x	x	x
ASP		x		

A construção deste sistema de categorias *a priori*, permitiu identificar o foco de atenção que potencialmente se constituiria como foco central, de acordo com o sistema de decisão clínica proposto por Figueiredo (2012), bem como quais seriam os focos que se poderiam constituir como dimensões de diagnóstico.

O foco gestão comunitária, no que diz respeito ao controlo, regulação e intervenção face aos problemas identificados na comunidade, tem uma relação transversal a todas as dimensões do empoderamento comunitário, implicando a aplicação da liderança individual, numa influência para a mudança, catalisadora da formação de pequenos grupos, organizações, parcerias e uma ação social e política, constituindo-se por isso como foco central da decisão clínica. O foco liderança comunitária, associado à dimensão Cognitiva e Atitudinal, que permite

a influência e a volição, associa-se à ação pessoal do modelo contínuo de empoderamento comunitário. Os focos processo comunitário e participação comunitária, associados à interação dos membros da comunidade, associam-se às dimensões do empoderamento comunitário relacionadas com os grupos dinamizadores, as organizações comunitárias e as parcerias. Assim, estes três focos foram codificados *a priori* como sendo dimensões de diagnóstico do foco gestão comunitária, decorrente da análise da sua relação com as dimensões do nosso modelo de referência, sendo por isso a análise de conteúdo a desenvolver centrada nestes três focos, já que a partir destes estar-se-ia sempre a integrar o foco gestão comunitária.

Estando concluído o processo dedutivo de categorização, a partir da relação entre o Modelo Contínuo de Empoderamento Comunitário, os

focos da CIPE e o Processo de Decisão Clínica proposto por Figueiredo (2012), pode definir-se a tabela final (Tabela 4) com as categorias (os focos que foram identificados como dimensões

de diagnóstico) e as subcategorias (as palavras-chave de cada um deles) sobre as quais foram analisados os textos transcritos das gravações do grupo focal.

Tabela 4

Sistema de categorias e subcategorias estabelecido a priori

Categoria	Subcategoria
Liderança comunitária	Liderança
	Influência
	Volição
Processo comunitário	Interação/Relação/ <i>Coping</i>
Participação comunitária	Envolvimento/Volição

Esta codificação *a priori* foi validada por dois investigadores envolvidos neste trabalho, ambos peritos em enfermagem comunitária.

Resultados

Participaram no estudo oito enfermeiros especialistas, três em exercício em unidades de saúde pública e cinco em unidades de cuidados na comunidade,

todos com mais de 10 anos de exercício profissional como enfermeiros e mais de 5 anos como EEEC ou de Saúde Pública, estando há 3 ou mais anos em exercício nas unidades funcionais descritas.

A partir da análise dos textos transcritos das gravações do grupo focal, foram contabilizadas as unidades de registo que se associam a cada uma das subcategorias de cada categoria e identificámos os resultados que são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5

Focos de enfermagem no contexto da Gestão Comunitária e as frequências das unidades de registo

Categoria	Subcategoria	Nº
Liderança comunitária	Liderança	20
	Influência	4
	Volição	3
Processo comunitário	Interação/Relação/ <i>Coping</i>	78
Participação comunitária	Envolvimento/Volição	81
TOTAL		186

Relativamente à liderança comunitária: quando foram analisados os discursos dos enfermeiros, identificaram-se, no que se refere ao foco liderança comunitária, 27 unidades de registo. É evidente o valor atribuído à importância de identificar o líder da comunidade: “É importante perceber quem é o líder . . . Às vezes está despercebido. Nem sempre é quem é denominado como tal” (EE1, dezembro de 2014). É também valorizada a importância de identificar o poder de influência deste líder

para a mudança, mesmo que não seja o líder formal da comunidade: “Eu normalmente identifico o líder do grupo e tento analisar de que forma esta pessoa influencia as outras de forma positiva . . . Avalio também se estou perante uma comunidade liderada ou não” (EE9, dezembro de 2014). São também valorizadas, no contexto da liderança, as competências de liderança do líder da comunidade: “Nas escolas o Professor PES [responsável pelo programa de educação para a saúde] de-

veria ser o Líder, mas nem sempre está preparado para liderar” (EE3, dezembro de 2014). A motivação e volição do líder para o projeto são também identificadas nos discursos dos enfermeiros quando se reportam à liderança comunitária como área de atenção dos enfermeiros: “Às vezes planeamos um projeto, mas se o líder não quiser mudar, dificilmente entramos na comunidade” (EE6, dezembro de 2014). Identificaram-se ainda nos discursos dos enfermeiros, perspectivas de liderança centrada no agente externo à comunidade:

Na verdade o líder tem de ser o profissional da USP [unidade de saúde pública], é quem tem competências para poder desenvolver o planeamento em saúde e por isso liderar. Na USP as nossas áreas de atenção são todas, mas admitimos que a comunidade tem de estar motivada. Não sei se motivação é liderança. (EE2, dezembro de 2014)

Identificou-se também uma preocupação com a volição dos membros da comunidade, para além do líder, quando os enfermeiros se referem à liderança comunitária: “Quando queria desenvolver o projeto de saúde oral, percebi que era importante avaliar as atitudes das educadoras face à escovagem, ou seja a vontade em participar no projeto baseada nestas atitudes” (EE4, dezembro de 2014).

Relativamente ao processo comunitário, identificaram-se 78 unidades de registo associadas ao foco processo comunitário. É evidente nos discursos a preocupação com as interações e relacionamento, promotoras da adaptação e desenvolvimento de forças e recursos (*coping*) entre os membros da comunidade como áreas de atenção dos enfermeiros: “É importante avaliar de que forma os diferentes indivíduos da escola se relacionam e se potenciam entre si antes de tentar implementar o que quer que seja” (EE1, dezembro de 2014); “Quando tentei implementar a escovagem num Jardim-de-infância percebi que não ia conseguir nada porque as educadoras e as auxiliares não se entendiam e nem tinham recursos para sequer pensar em ter esse projeto. Tinha de resolver isso primeiro!” (EE4, dezembro de 2014); “É mais difícil entrar na comunidade e fazer alguns membros se entenderem e perceberem que em conjunto são capazes de o fazer, do que ter os indicadores do projeto trabalhados” (EE8, dezembro de 2014).

No que se refere à área de atenção participação comunitária, foram identificadas 81 unidades de registo. Nesta categoria, identificaram-se declarações associadas ao envolvimento, quer dos membros da comunidade, quer do líder

da comunidade, em que os enfermeiros identificam a comunicação, as estruturas organizativas e as parcerias como influenciadoras do envolvimento de todos os elementos da comunidade, no planeamento dos projetos, para atingir resultados: “o envolvimento das equipas de saúde escolar e dos profissionais de educação é fundamental para conseguirmos atingir os indicadores” (EE5, janeiro de 2015); “Uma forma de fomentar a participação da comunidade é abordar a forma como comunicam e se organizam. Se houver conflitos entre auxiliares e educadoras, ou às vezes com a gestão do Jardim de Infância não se consegue nada” (EE7, janeiro de 2015); “Conseguir organizar o envolvimento de estruturas mais organizadas, como as associações de pais, ou os conselhos de turma, pode ajudar a envolver as pessoas” (EE9, janeiro de 2015); “Uma forma de conseguirmos a participação da comunidade são as parcerias . . . Todos a trabalhar com o mesmo fim, cada um com os seus recursos” (EE9, janeiro de 2015).

Verifica-se que a participação comunitária se apresenta como a categoria com maior frequência de unidades de registo (81), seguida do processo comunitário (78) e da liderança comunitária, com 27.

Discussão

Na relação entre as unidades de registo e as categorias e subcategorias identificadas no processo de categorização *a priori*, identificou-se a gestão comunitária como foco central, concretizando o desenvolvimento contínuo do EC desde a ação pessoal à ação social e política, pela identificação da relação da sua definição na CIPE, com as definições de todas as dimensões do modelo contínuo proposto por Laverack (2005). Para o foco gestão comunitária, identificaram-se como dimensões de diagnóstico os focos Participação comunitária, Liderança comunitária e Processo comunitário, identificados a partir da análise dos dados emergentes do grupo focal.

Quer o processo comunitário, foco associado à interação dos membros da comunidade, quer a participação comunitária, associada ao envolvimento das comunidades, decorrem da interação quer com o sistema interno quer com outros subsistemas comunitários, podendo por isso associar-se ao envolvimento num contexto mais microssistémico, com pequenos grupos dinamizadores ou num plano mais mesossistémico, ao nível das organi-

zações comunitárias e parcerias. A liderança comunitária, enquanto foco de enfermagem, identificou-se como tendo uma relação estreita com a ação pessoal para fomentar o sentido de poder interior nos indivíduos de uma comunidade, permitindo a estes indivíduos, uma vez empoderados, constituir pequenos grupos, organizações comunitárias e efetivar parcerias que se consolidem em ação social e política, face aos objetivos definidos para dar resposta aos problemas da comunidade (Laverack, 2005).

Considera-se como principal limitação do presente estudo, o facto de os resultados emergirem das perceções de um grupo limitado de enfermeiros que exercem funções em contextos onde potencialmente a comunidade é unidade de cuidados, mas que se circunscreve à região norte de Portugal. Assim, numa etapa seguinte do estudo maior, desenvolveu-se a validação do modelo de decisão clínica, incluindo os focos de atenção apresentados neste estudo, através de um painel Delphi com a população dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária portugueses, cujos consensos permitiram validar aquele que se designa por modelo de avaliação, intervenção e empoderamento comunitário.

Conclusão

Com este estudo respondeu-se ao objetivo de identificar os focos de atenção dos enfermeiros, que se integram nas dimensões do EC e promovem uma abordagem da comunidade como cliente dos seus cuidados.

A partir da identificação destas áreas de atenção é possível promover uma tomada de decisão clínica centrada no processo de enfermagem que evidencie um olhar potencialmente empoderador das comunidades, a partir dos cuidados de enfermagem comunitária.

Conclui-se que a abordagem do enfermeiro à comunidade como cliente se centra num foco central, a gestão comunitária, com três dimensões de diagnóstico: a Participação comunitária, a Liderança comunitária e o Processo comunitário, associados aos conceitos previstos no modelo de EC que serviu de referência a este estudo. Os discursos dos enfermeiros são por isso coerentes com o significado atribuído por Laverack às dimensões do EC, que pode ser integrado como processo e resultado na decisão clínica dos enfermeiros, já que se associam a focos de enfermagem descritos na CIPE para a comunidade como cliente.

É ainda possível concluir que as competên-

cias previstas para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária são favorecedoras de uma abordagem das áreas de atenção identificadas, já que se integram na competência da capacitação da comunidade. Contudo, dependendo do contexto político e organizacional onde se integram os cuidados de enfermagem à comunidade, será aceitável que o foco de atenção e respetivas dimensões de diagnóstico identificados no presente estudo poderão ser alvo de diagnóstico de outros enfermeiros que não especialistas em enfermagem comunitária.

Este estudo evidencia-se como socialmente relevante, enquadrando de forma objetiva o contributo dos enfermeiros como agentes ativos na promoção do EC enquanto processo e enquanto resultado. Se o cuidado de enfermagem é o cuidado à pessoa sem firmeza, quando se fala no coletivo de pessoas e em comunidade infirme, fala-se de um sistema político-social sem firmeza. O sistema são as pessoas, sendo então o EC integrado na tomada de decisão dos enfermeiros, uma forma nobre de dar firmeza ao sistema político-social, promovendo a saúde das populações e o exercício da cidadania.

Referências bibliográficas

- Alligood, M. R. (Ed.). (2014). *Nursing theorists and their work* (8th ed.). St. Louis, MO: Mosby/Elsevier.
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Bowling, A. (2014). *Research methods in health* (4th ed.). Buckingham, United Kingdom: Open University Press.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- De Vos, P., De Ceukelaire, W., Malaise, G., Pérez, D., Lefèvre, P., & Van der Stuyft, P. (2009). Health through people's empowerment: A rights-based approach to participation. *Health and Human Rights*, 11(1), 23-35. doi: 10.2307/40285215
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma ação colaborativa em enfermagem de família*. Loures, Portugal: Lusodidata.
- Figueiredo, M. H., & Martins, M. M. (2009). Dos contextos da prática à (co)construção do modelo de cuidados de enfermagem de família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 615-621. doi:10.1590/S0080-62342009000300017
- Gibbon, M., Labonté, R., & Laverack, G. (2002). Evaluating community capacity. *Health and Social Care in the Community*, 10(6), 485-491. doi: 10.1046/j.1365-2524.2002.00388.x
- Israel, B. A., Checkoway, B., Schulz, A., & Zimmerman,

- M. (1994). Health education and community empowerment: Conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational and community control. *Health Education Quarterly*, 21(2), 149-170. doi: 10.1177/109019819402100203
- Kasmel, A., & Andersen, P. T. (2011). Measurement of community empowerment in three community programs in Rapla (Estonia). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(3), 799-817. doi: 10.3390/ijerph8030799
- Kinalski, D. D., Paula, C. C., Padoin, S. M., Neves, E. T., Kleinubing, R. E., & Cortes, L. F. (2017). Focus group on qualitative research: Experience report. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(2), 424-429. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0091
- Laverack, G. (2005). Using a 'domains' approach to build community empowerment. *Community Development Journal*, 41(1), 4-12. doi: 10.1093/cdj/bsi038
- Marion, G., Labonté, R. & Laverack, G. (2002). Evaluating Community Capacity. *Health and Social Care in the Community*, 10(6), 485-91
- Melo, P. (2016). *Enfermagem comunitária avançada: Um modelo de empoderamento comunitário* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Poulton, B. (2009). Barriers and facilitators to the achievement of community-focused public health nursing practice: A UK perspective. *Journal of Nursing Management*, 17(1), 74-83. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00949.x
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9(1), 1-24. doi: 10.1007/BF00896357
- República Portuguesa (2018). Regulamento n.º 428 de 16 de julho. *Diário da República n.º 135/2018 – Série II*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1-2), 11-20.
- Silva, S. H., Cubas, M. R., Fedalto, M. A., Silva, S. R., & Lima, T. C. (2010). Estudo avaliativo da consulta de enfermagem na rede básica de Curitiba. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1) 68-75. doi: 10.1590/S0080-62342010000100010
- Temido, M., Craveiro, I., & Dussault, G. (2015). Perceções de equipas de saúde familiar portuguesas sobre o alargamento do campo de exercício da enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(4), 75-85. doi: 10.12707/RIV14076