



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E MAIEC

UM PROJETO DE EMPODERAMENTO PARA

A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária

Catarina Isabel Mendes Fernandes

Porto, Março, 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E MAIEC
UM PROJETO DE EMPODERAMENTO PARA A
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

COMMUNITY NURSING AND MAIEC
AN EMPOWERMENT PROJECT FOR
EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária

Sob a orientação do Doutor Pedro Melo

Catarina Isabel Mendes Fernandes

Porto, Março, 2019

Resumo

Este documento trata-se de um relatório de estágio integrado no âmbito do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária, da Universidade Católica Portuguesa. Pretende descrever, analisar e refletir sobre o processo de desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Comunitária alicerçado no percurso de Mestrado em Enfermagem.

O estágio foi desenvolvido no contexto de uma Unidade de Saúde Pública (USP), apresentando-se neste relatório o processo de gestão de um projeto relacionado com a promoção da Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem (VEDE), assente num referencial teórico em enfermagem comunitária, o MAIEC, e estruturado no processo Planeamento em Saúde, no contexto de um ACeS da Região Norte. Tendo em consideração o Plano Local de Saúde desta USP, incidiu-se na promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos associados aos focos de enfermagem: Edifício Residencial, Rendimento Familiar, Abastecimento de Água, Gestão do Regime Terapêutico nas pessoas com Diabetes *Mellitus* e nas pessoas com Hipertensão Arterial. Foi desenvolvida a atividade de diagnóstico no foco Gestão Comunitária, utilizando a matriz de decisão clínica do MAIEC com todos os membros da comunidade ACeS que potencialmente contribuem para a VEDE e a partir do diagnóstico, priorizados os problemas e desenvolvidas as intervenções. Durante o processo de estágio foram abordados os líderes da comunidade, contribuindo para a melhoria da gestão comunitária do ACeS para a promoção da VEDE. Este projeto de estágio, integrado no projeto de investigação MAIEC, da *Nursing Research Platform* do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica, contribuiu para uma parte do processo de empoderamento comunitário da comunidade ACeS, estando previsto avaliar-se se o nível de empoderamento do ACeS aumentou com a aplicação do MAIEC. Apresentam-se neste relatório os resultados do projeto descrito, bem como os resultados do desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária integradas no processo de desenvolvimento do Mestrado em Enfermagem.

Palavras Chave:- Enfermagem de Saúde Comunitária, Vigilância Epidemiológica, Empoderamento Comunitário, Enfermagem de Saúde Pública.

Abstract

This document is a report of internship inserted in the scope of the Master Course with Specialization in Community Nursing of the Universidade Católica Portuguesa. It intends to describe, analyze and reflect on an empowerment project of a community of nurses from an ACeS. This also includes the process of developing the skills of the nurse specialist in Community Nursing, in a descriptive and critical-reflexive dynamic of the trajectory of the stage and report. The stage was developed in the context of a Public Health Unit, presenting in this report the process of management of a project related to the promotion of Epidemiological Surveillance of nursing phenomena, based on a theoretical reference in community nursing, the MAIEC, as well as in Health Planning in the context of an ACeS of the North Region. Considering the Local Health Plan of this Public Health Unit, we focus on the promotion of epidemiological surveillance of diagnoses associated with nursing centers: Residential Building, Family Income, Water Supply, Management of Therapeutic Regimen in people with Diabetes Mellitus and in people with Arterial Hypertension. The diagnostic activity was developed in the Community Management focus, using the MAIEC clinical decision matrix with all the members of the ACeS community that potentially contribute to the epidemiological surveillance of nursing phenomena and from the diagnosis, prioritized the problems and developed the interventions. During the internship process the community leaders were approached, contributing to the improvement of the community management of the ACeS for the promotion of epidemiological surveillance of nursing phenomena. This internship project, part of the MAIEC research project of the Nursing Research Platform of the Catholic University's Center for Interdisciplinary Research in Health, has contributed to a part of the community empowerment process of the ACeS community, and it is planned to assess whether the level of empowerment of ACeS increased with the application of MAIEC. This report presents the results of the project described, as well as the results of the development of specialized skills in community nursing integrated in the process of development of the Masters in Nursing.

Keywords: Community Health Nursing, Epidemiological Surveillance, Community Empowerment, Public Health Nursing

“ Eu não sei qual será o vosso destino, mas uma coisa eu sei:
os únicos entre vós que serão realmente felizes, serão aqueles
que procuraram e encontraram um meio de servir”

Albert Schweitzer

A minha gratidão a todos aqueles que caminharam ao meu lado neste percurso difícil, mas renovador e enriquecedor.

Grata pela Mãe que sempre me transmitiu força, fé, perseverança e coragem.

Grata pelo Amigo de todas as horas, obrigada pelo teu colo Márcio...

Grata ao professor Pedro Melo pela sua colaboração e por permitir que este Caminho se tornasse mais completo, mais sólido e enriquecedor.

Khanimambo Hosi!

Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CIIS - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DM – Diabetes Mellitus

HTA – Hipertensão Arterial

ICN – International Council of Nurses

MAIEC – Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

ODE – Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem

OMS – Organização Mundial de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VEDE – Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem

Índice

Introdução	13
CAPÍTULO 1- REFERENCIAL TEÓRICO DO PROJETO	15
1.1 Planeamento em Saúde	15
1.2 Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário	16
1.3 Determinantes em Saúde e Vigilância Epidemiológica	18
1.4 Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem	20
1.4.1 Edifício Residencial	21
1.4.2 Rendimento Familiar	22
1.4.3 Abastecimento de água	22
1.4.4 Papel de prestador de cuidados	22
1.4.5 Gestão do regime terapêutico	23
1.5 A USP e a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem.	24
1.6 A Gestão Comunitária do ACeS para a Vigilância Epidemiológica	25
CAPITULO 2 - PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	27
2.1 Caracterização da População em Estudo	28
2.2 Diagnóstico de Situação	28
2.2.1 Método de colheita de dados	29
2.2.2 Critérios de Diagnóstico	30
2.3 Determinação de Prioridades	32
2.3.1 Problemas Priorizados	34
2.4 Preparação para a Intervenção	35
2.5 Fixação de Objetivos	36
2.5.1 Objetivos Específicos	36
2.5.2 Objetivos Operacionais/ Metas	37
2.6 Indicadores	38
2.6.1 Indicadores de Resultado	39
2.6.2 Indicadores de Processo	41
2.6.3 Indicador de Estrutura	41

2.7 Estratégias.....	41
2.8 Avaliação	43
2.9 Discussão e Análise Crítica de Resultados.....	49
Capítulo 3 – REFLEXÕES FINAIS	53
BIBLIOGRAFIA	57
APÊNDICES	61
APÊNDICE I – Questões orientadoras do questionário, de acordo com as dimensões de diagnóstico do MAIEC.....	62
APÊNDICE II – Questionário	66
APÊNDICE III – Respostas ao QUESTIONÁRIO I.....	75
APÊNDICE IV – Quadro de priorização: ponderações atribuídas a cada problema	86
APÊNDICE V – Questionário II – Aplicação aos líderes da ODE.....	90
APÊNDICE VI – Respostas ao Questionário I, aplicado aos líderes da Comunidade ODE	93
APÊNDICE VII – Resultados da 2ª fase de aplicação do questionário aos líderes da comunidade ODE	97
APÊNDICE VIII – Sessão de Formação 1 aos líderes do ODE.....	99
APÊNDICE IX – Sessão de Formação 2 aos líderes do ODE	103
ANEXOS	111
ANEXO I – Taxas De Avaliação Anual dos Focos: Habitação/ Edifício Residencial, Rendimento Familiar, Abastecimento de Água e Papel de Prestador de Cuidados	112
ANEXO II – Taxa de Avaliação no foco Gestão do Regime Terapêutico na Diabetes Mellitus.....	114
ANEXO III - Taxa de Avaliação no foco Gestão do Regime Terapêutico na HTA	116

Índice de Quadros e Gráficos

QUADRO 1 - RESUMO DA ATIVIDADE DE DIAGNÓSTICO MAIEC	30
QUADRO 2 - DIAGNÓSTICOS	31
QUADRO 3- CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO ADAPTADOS DO MÉTODO CENDES-OPS	33
QUADRO 4 - RESULTADOS OBTIDOS RELATIVOS AOS INDICADORES DE RESULTADO E METAS PROPOSTAS	45
QUADRO 5 -CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO SEGUNDO AS DIMENSÕES E SUB-DIMENSÕES DA MATRIZ DE DECISÃO DO MAIEC	63
QUADRO 6 - RESULTADO DO PROCESSO DE PRIORIZAÇÃO: PONDERAÇÕES ATRIBUÍDAS A CADA PROBLEMA.....	88
QUADRO 7 - RESULTADOS DA PRIMEIRA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO AOS LÍDERES DA ODE	94
QUADRO 8 - RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO APLICADO AOS LÍDERES DA COMUNIDADE ACES , APÓS INTERVENÇÕES.	98
QUADRO 9 - TAXAS DE AVALIAÇÃO ANUAL DOS FOCOS: HABITAÇÃO/ EDIFÍCIO RESIDENCIAL, RENDIMENTO FAMILIAR, ABASTECIMENTO DE ÁGUA E PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS	113
QUADRO 10 - TAXA DE AVALIAÇÃO NO FOCO GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NA DM	115
QUADRO 11 - TAXA DE AVALIAÇÃO NO FOCO GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NA HTA	117
GRÁFICO 1 - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE EMPODERAMENTO DO ACES PARA A PROMOÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS FENÓMENOS DE ENFERMAGEM EM 2017.....	24
GRÁFICO 2- DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO APLICADO PARA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS.....	44
GRÁFICO 3 - EVOLUÇÃO DAS TAXAS RELATIVAS ÀS DIMENSÕES DA GESTÃO COMUNITÁRIA.....	47
GRÁFICO 4 - ENFERMEIROS COM TÍTULO DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	95
GRÁFICO 5 - TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL	95
GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO APLICADO PREVIAMENTE ÀS INTERVENÇÕES	96

Introdução

De acordo com os objetivos do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária (Universidade Católica Portuguesa, 2018), esta pressupõe uma visão integradora e transformadora da saúde, a intervenção junto de populações específicas, bem como o desenvolvimento de um projeto orientado para a comunidade como cliente, de uma forma inovadora e criativa, alicerçando a investigação com a prática clínica especializada em enfermagem comunitária.

Por forma a dar cumprimento aos objetivos deste mestrado, foi desenvolvido um estágio que decorreu entre os dias 10 de Setembro de 2018 e 5 de Janeiro de 2019, na USP (Unidade de Saúde Pública) de um ACeS do Grande Porto, sob a orientação científica do Doutor Pedro Melo.

Inserida no ACeS a que pertence, a USP tem a competência de elaborar informação e planos nos 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 (República Portuguesa, 2013). Deste modo e sendo que este projeto tem como objetivo melhorar a gestão comunitária da comunidade ACeS, promovendo o seu empoderamento e fomentando a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, verificou-se ter interesse e adequação o desenvolvimento deste estágio nesta unidade.

A especialidade de enfermagem comunitária está enquadrada legalmente desde 2011, com uma recente atualização em 2018 (República Portuguesa, 2018), apresentando para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na área de enfermagem comunitária e de saúde pública quatro competências específicas:

- “a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.”

Estas competências serviram de fio-de-prumo no processo de mestrado, tendo como objetivo o desenvolvimento das mesmas com base na investigação. Neste sentido, integrou-se o projeto de mestrado num projeto de investigação em curso no CIIS (Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde), um processo iniciado por outra mestranda numa fase anterior (Bastos, 2018), tendo agora o seu desenvolvimento.

Assim, este projeto de estágio teve como objetivos centrais:

- Consolidar o processo de gestão de um projeto de intervenção comunitária no contexto da saúde pública;
- Integrar o processo de promoção da vigilância epidemiológica de fenómenos de enfermagem;
- Capacitar uma comunidade específica (enfermeiros de um ACeS) para a promoção da vigilância epidemiológica;
- Integrar o projeto nas etapas do planeamento em saúde;

Este relatório está organizado em três capítulos, de modo a descrever de uma forma refletida o processo de desenvolvimento das competências especializadas, respondendo aos objetivos do mestrado e permitindo a compreensão das fases do projeto de estágio, estando estruturado de acordo com as etapas do planeamento em saúde.

Este documento segue a Norma APA 6 para a referência bibliográfica.

CAPÍTULO 1- REFERENCIAL TEÓRICO DO PROJETO

Tendo em conta o processo de integração do projeto de estágio no Mestrado em Enfermagem, importa assumir um referencial teórico que incorpore as teorias da disciplina de Enfermagem, o enquadramento legal da Especialidade em Enfermagem Comunitária e os princípios enformadores do Planeamento em Saúde alicerçado na Saúde Pública e Determinantes de Saúde.

Neste sentido, neste capítulo, far-se-á uma abordagem teórica dos referenciais do projeto, nomeadamente o processo de Planeamento em Saúde, o MAIEC, os Determinantes de Saúde, a vigilância epidemiológica e em específico dos Fenómenos de Enfermagem.

1.1 Planeamento em Saúde

A saúde é muitas vezes considerada como um valor ao qual não podemos atribuir um preço. De facto, a saúde deveria beneficiar de recursos ilimitados, sem qualquer tipo de restrições perante as necessidades identificadas. No entanto tal não é possível, os recursos são limitados, e no panorama atual são também escassos. Assim, na gestão e prestação de serviços de saúde, embora possa por vezes ser difícil e trazer alguns constrangimentos, torna-se necessário um processo de tomada de decisão, com vista a fazer escolhas e a estabelecer prioridades de atuação (Lourenço e Silva, 2008).

O Planeamento em Saúde é um processo que permite a identificação de problemas de saúde a partir de um diagnóstico de situação. Tem como princípio atingir os objetivos fixados, reduzindo os problemas de saúde prioritários. O processo de planeamento está alinhado em fases. Em primeiro lugar é fundamental estabelecer um diagnóstico de situação, seguidamente é crucial a definição de prioridades. Após serem priorizadas as necessidades diagnosticadas, segue-se a fase de fixação de objetivos, a seleção de estratégias, elaboração

de programas e projetos, preparação da execução e avaliação. Este é um processo contínuo e dinâmico. Não pode considerar-se uma etapa do processo de planeamento como totalmente concluída, pois há possibilidade de na fase seguinte recolher mais informações que levem a refazê-la. Do mesmo modo, uma vez concluída a avaliação, poderá voltar-se de novo à recolha e análise de dados, sempre que se verifique essa necessidade (Imperatori e Giraldes, 1993).

Sendo que esta é uma das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, para a Ordem dos Enfermeiros (2011), estes têm um papel fundamental no âmbito do planeamento em saúde. Este planeamento inclui o diagnóstico do estado de saúde de grupos e comunidades, o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção e a criação de indicadores que permitam avaliar os níveis de qualidade das suas intervenções, bem como os ganhos em saúde que daí possam advir. O planeamento em saúde permite atuar em diversos contextos, possibilitando o acesso a cuidados de saúde para toda a comunidade, abrangendo os grupos vulneráveis, com vista ao seu empoderamento e capacitação.

1.2 Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário

Na perspetiva de Laverack (2008) o empoderamento comunitário é definido quer como um processo, que visa a concretização de objetivos, quer como um resultado, sendo que o empoderamento é por si mesmo o objetivo. Visto como um processo interativo e contínuo, inclui o empoderamento pessoal e o desenvolvimento de grupos, organizações comunitárias, redes ou coligações. Como resultado do empoderamento, a meta geral é o maior controlo sobre as decisões importantes e as estruturas que influenciam a vida dos indivíduos envolvidos no processo.

Para a OMS a promoção da saúde está diretamente associada ao aumento da capacidade dos indivíduos controlarem a sua saúde. Assim sendo, tal definição remete de imediato para a noção de empoderamento comunitário. Uma vez que uma grande parte da saúde é determinada pelo poder que os indivíduos têm e pela forma como conseguem gerir os seus recursos, estes conceitos são fundamentais para os promotores e para as políticas de saúde. Morrondo (2000) reforça a ideia de que o empoderamento dos indivíduos e da comunidade

é fulcral, na medida em que a saúde é influenciada pelo nível de controlo que a pessoa tem da sua vida, pelo poder ou impotência, considerando-o uma estratégia primária da promoção da saúde.

Como é assumido pelos diversos autores e verificada a importância fulcral do empoderamento comunitário na saúde das populações, dado seu interesse social e político, será utilizado como pilar essencial na construção deste projeto, o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC).

Melo, Silva & Figueiredo (2018) e Melo (2017; 2016) identificam a Comunidade como cliente dos enfermeiros. Esta visão implica uma orientação na tomada de decisão que vise o empoderamento comunitário enquanto processo e enquanto resultado. Tendo como foco principal de atenção a Gestão Comunitária, pressupõem o desenvolvimento contínuo do empoderamento comunitário desde a ação pessoal à ação social e política.

O MAIEC permite integrar o processo de empoderamento comunitário na tomada de decisão clínica dos enfermeiros. Utilizando este modelo como referência, a atividade diagnóstica integra como subdomínios de diagnóstico a Participação Comunitária, a Liderança Comunitária e o Processo Comunitário (Melo, Silva & Figueiredo, 2018; Melo, 2017; 2016).

Na mesma linha de orientações da Declaração de Jacarta (1997) que dá especial relevo ao envolvimento dos indivíduos nas ações de promoção da saúde, bem como no processo de tomada de decisão, o MAIEC privilegia também o envolvimento da comunidade no diagnóstico e na resolução dos seus problemas. Esta abordagem é promotora de um investimento económico efetivo com resultados de ganhos em saúde numa perspetiva de continuidade e longitudinalidade dos resultados. (Melo, 2016).

O Projeto “MAIEC- A comunidade como cliente dos Enfermeiros” integra-se no Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa e pretende avaliar o impacto da implementação do Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário em várias comunidades. A comunidade onde se desenvolve este projeto, são os enfermeiros de um ACeS que contribuem para os indicadores de saúde pública, da população abrangida pelo mesmo (enfermeiros das UCC, UCSP,USF e USP). Trata-se de um Agrupamento de Centros de Saúde, onde a problemática em análise é a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem. Emerge neste contexto o

empoderamento comunitário desta comunidade, alicerçado no referencial teórico e associado à vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem.

1.3 Determinantes em Saúde e Vigilância Epidemiológica

Existem diversas definições de determinantes de saúde e estas expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente difundido de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com a sua situação de saúde (Bonita, 2010; Krieger, 2001). Gonzalez (2009) reforça a importância do planeamento em saúde se orientar na perspetiva da saúde pública para os determinantes de saúde. Para George (2014), os determinantes da saúde são considerados os fatores que influenciam ou determinam a saúde dos cidadãos. Com uma influência mais ou menos importante, todos os determinantes têm efeito, num ou noutro aspeto, na saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Estes têm sido frequentemente agrupados em categorias: fixos ou biológicos tais como a idade, sexo e os fatores genéticos. Sociais e económicos como a pobreza, o emprego, a posição socioeconómica ou a exclusão social. Ambientais, tais como o habitat, a qualidade do ar, a qualidade da água, o ambiente social. Também os estilos de vida, que incluem a alimentação, a atividade física, o tabagismo, álcool e o comportamento sexual, bem como o acesso aos serviços onde se incluem a educação, a saúde, os serviços sociais, os transportes e o lazer. Briz (2012) é mais abrangente e refere que numa população, tudo o que diz respeito à saúde, à doença e às suas causas, tem a sua origem nas características e atividades básicas dessa mesma população.

De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde, os determinantes da saúde estão relacionados com as condições em que uma pessoa vive e trabalha. Atuar sobre esses determinantes é a forma mais adequada para melhorar a saúde das pessoas. No entanto, existem outros fatores que podem afetar a saúde das pessoas tais como o nível socioeconómico, as condições de habitação, o risco ocupacional, que precisam ser abordados para que haja uma aproximação ao estado de saúde desejado. Condições ambientais e sociais desfavoráveis podem resultar também em comportamentos adversos, os quais podem favorecer a atuação dos principais fatores de risco sobre as doenças crónicas não transmissíveis (Bonita, 2010).

A epidemiologia social considera a sociedade como fonte de explicação para os problemas e assim remete as soluções para a própria sociedade, que deverá ser mobilizada com a finalidade de conseguir gerar soluções ou modos de intervenção no processo (Gomes, 1994). Caminhando nesta linha de pensamento, pensamos que a aplicação do MAIEC trará ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem Comunitária, bem como um aumento do nível de empoderamento comunitário da comunidade alvo. Isto porque é no seio da comunidade que os problemas são diagnosticados, as estratégias definidas, e é através do empoderamento da comunidade que os objetivos são alcançados, sendo o empoderamento desta, também um objetivo por si só. Tal dinâmica e envolvimento permitirá aos indivíduos sentirem-se parte da solução dos seus problemas, deixando de estar apenas como agentes passivos de um processo que é seu.

A Epidemiologia dirige o seu estudo às variáveis que estão associadas ou afetam a saúde de uma população, incluindo entre outras, a ocorrência de doenças de um modo geral (morbidade, mortalidade, incapacidade), o estudo de relações causais, a distribuição, qualidade e adequação dos serviços de saúde. A vigilância epidemiológica permite conhecer a situação de saúde da comunidade, os fatores causais determinantes do mecanismo de produção das doenças, bem como identificar os grupos mais vulneráveis aos riscos e as áreas prioritárias de ação. Desta forma permite também orientar e colaborar no planeamento e na adoção de estratégias, participar na avaliação do processo de controlo das enfermidades e gerar conhecimento. O conhecimento do contexto no qual se geram e explicam os fenómenos de saúde irá facilitar a compreensão da Saúde como um todo (Gomes, 1994).

De acordo com Bonita (2010), a Epidemiologia consiste no estudo da distribuição da doença nas populações e dos fatores que influenciam ou determinam essa distribuição. Segundo o autor, a doença, o mal-estar e a falta de saúde não se distribuem de forma aleatória na população. Este aponta para variáveis que predisõem ou que protegem contra diferentes doenças. As características podem ser primariamente genéticas na sua origem, ou podem ser o resultado da exposição a perigos ambientais. O desenvolvimento de doença pode, em muitos casos, resultar da interação entre fatores genéticos e ambientais. A epidemiologia é uma ciência fundamental para a saúde pública, esta tem dado uma grande contribuição para a melhoria da saúde das populações, sendo essencial no processo de identificação e mapeamento de doenças emergentes.

A Enfermagem Comunitária assume um papel fundamental na vigilância epidemiológica, com um contato próximo e privilegiado, os enfermeiros estabelecem contactos e são um elo de ligação profissional importante com as pessoas de uma determinada comunidade (Stanhope e Lancaster, 2011). Tal como afirma Briz (2012), conhecer as causas das doenças e os seus determinantes é essencial pois permite atuar sobre as causas que possam ser modificáveis, alterando assim a exposição a esses fatores.

O contato e a relação de proximidade com as populações permite ao enfermeiro da comunidade conhecer, não só as questões diretamente associadas às doenças manifestadas, mas sobretudo conhecer os fatores determinantes de saúde e a vulnerabilidade de uma determinada comunidade. Permite-lhe conhecer como vivem os indivíduos, em que condições de salubridade habitam, com que necessidades sociais e económicas se deparam no quotidiano. Este contato de proximidade facilita também o conhecimento das dinâmicas familiares, se existem ou não situações problemáticas que possam afetar o indivíduo, a família e a comunidade.

O enfermeiro da comunidade é o profissional que mais poderá aproximar-se da realidade de uma comunidade, tendo a responsabilidade de desempenhar um papel ativo na vigilância epidemiológica, sendo um agente catalisador de mudanças que levem a um melhor estado de saúde das populações.

1.4 Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem

Este processo teve o seu início em 2017, num contexto de mestrado e com base no Diagnóstico Local de Saúde, desenvolvido pela Unidade de Saúde Pública, foram identificados cinco focos de enfermagem associados às prioridades de saúde do ACeS em causa: Edifício Residencial, Rendimento Familiar, Abastecimento de Água e Papel de Prestador de Cuidados.

Relativamente aos focos de enfermagem em estudo, estes estão diretamente associados a alguns indicadores de saúde avaliados pela USP. Assim, o Edifício Residencial e Rendimento Familiar fazem parte dos determinantes socioeconómicos, o Abastecimento de água está associado aos indicadores relativos ao ambiente, qualidade da água e saneamento, a Gestão do Regime Terapêutico nas pessoas com diabetes e com hipertensão arterial e o

Papel de Prestador de Cuidados estão associados aos indicadores relativos à saúde da população, inseridos no âmbito do acompanhamento das doenças crónicas.

Os focos de enfermagem Edifício Residencial, Rendimento Familiar, Abastecimento de água e Papel de Prestador de Cuidados, inserem-se em duas das três dimensões estruturais do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF). Assim, os focos de enfermagem Edifício Residencial, Rendimento Familiar e Abastecimento de água, inserem-se na dimensão estrutural do MDAIF, o Papel de Prestador de Cuidados integra a sua dimensão funcional (Figueiredo, 2012).

1.4.1 Edifício Residencial

O Edifício Residencial, é entendido com o espaço habitacional onde reside a família e que lhe proporciona abrigo e proteção (Figueiredo, 2012).

Para avaliar este foco é aconselhada a utilização da escala de Graffar. Esta avaliação inclui como categorias estruturantes aspetos como a existência de barreiras arquitetónicas, o tipo de aquecimento e de abastecimento de gás e ainda a higiene da habitação. Pretende também avaliar qual o tipo de habitação e quais as suas divisões. Os dados relativos à higiene da habitação referem-se às condições de salubridade ambiental que promovem condições favoráveis para a saúde. Existem três indicadores para avaliação deste item: organização, presença de insetos e roedores e limpeza (Figueiredo, 2012).

Os dados que emergem desta avaliação permitem estabelecer um diagnóstico: Edifício Residencial Seguro/ Não seguro; Edifício Residencial Negligenciado/ Não Negligenciado. Nos casos em que sejam estabelecidos os diagnósticos de Edifício Residencial Não seguro e/ou Edifício Residencial Negligenciado, o enfermeiro deve definir estratégias de ação no sentido de dar resposta às necessidades detetadas.

1.4.2 Rendimento Familiar

O Rendimento familiar, segundo o MDAIF, tem em consideração a relação entre os recursos económicos previsíveis e a capacidade para assegurar a segurança e satisfação das necessidades básicas dos elementos da família. (Figueiredo, 2012)

De acordo com Figueiredo (2012), após avaliação do item “ Origem do Rendimento Familiar”, através da aplicação da Escala de Graffar Adaptada, é fundamental avaliar também o conhecimento da família acerca da gestão do rendimento familiar.

Os dados que emergem desta avaliação podem dar origem aos diagnósticos Rendimento Familiar Insuficiente/ Não Insuficiente. Nos casos em que se verifique o caso de insuficiência é fundamental o enfermeiro requerer e orientar para os serviços sociais, no sentido de procurar colmatar as dificuldades.

1.4.3 Abastecimento de água

Este foco integra o abastecimento de água e o tratamento de resíduos, considerados como aspetos primários na manutenção da saúde dos indivíduos e famílias. A acessibilidade a água potável é essencial para a manutenção das condições necessárias à promoção da saúde. Este aspeto merece maior atenção quando é utilizada água da rede privada para consumo humano. Inserido neste foco de avaliação, está também o tratamento de resíduos, uma das variáveis essenciais do saneamento da habitação e coletividade. Quando o abastecimento de água não é adequado, é necessário ensinar sobre a importância do controlo da qualidade da água, instruir sobre estratégias de manutenção da qualidade da água e orientar para os serviços de controlo da qualidade (Figueiredo, 2012).

1.4.4 Papel de prestador de cuidados

O papel de prestador de cuidados é descrito por Figueiredo (2012), como um processo interacional e que implica uma reestruturação familiar, visando apoiar um dos membros que se encontra dependente no autocuidado. Segundo a autora, as dificuldades da família

prestadora de cuidados, estão associadas sobretudo ao défice de conhecimento, falta de recursos e de suporte social. O apoio prestado surge norteado por comportamentos normativos contextualizados nos valores e expectativas do sistema familiar, em interação com os valores da sociedade. Nas situações em que sejam verificadas alterações que perturbem o bom desempenho do papel, é importante identificar os seus motivos, se existe sobrecarga de tarefas, quais os papéis atribuídos a cada elemento, identificando possibilidades de apoio da família alargada ou de outros sistemas amplos no exercício desses papéis.

1.4.5 Gestão do regime terapêutico

Segundo a Classificação para a Prática de Enfermagem, da autoria do International Council of Nurses (ICN, 2010, p.38), taxonomia utilizada pela enfermagem, adesão ao regime terapêutico é definida como:

“ação auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações e de comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento”

A capacidade para gerir o regime terapêutico comporta competências funcionais e cognitivas, verificando-se muitas vezes alterações na adesão terapêutica medicamentosa. O défice no autocuidado, no que se refere à gestão do regime terapêutico, pode ser multifatorial e associado à falta de conhecimentos, de habilidades, de motivação, por atitudes negativas face ao mesmo e até por dificuldade em tomar decisões (Kripalani e Weiss, 2006).

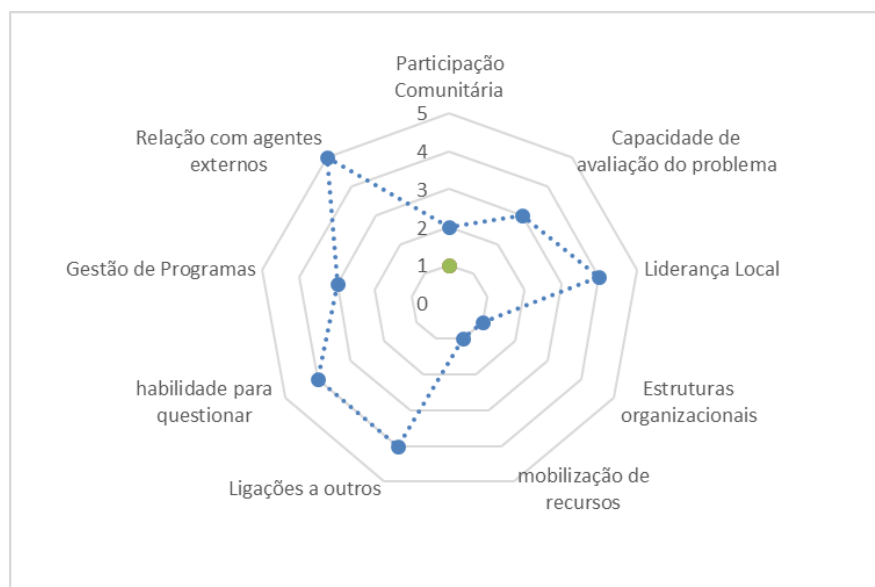
Os enfermeiros são os profissionais de saúde que se encontram numa posição privilegiada, pelas competências que possuem e pela proximidade aos cidadãos, para contribuírem no sentido da melhoria da saúde das populações, em particular da pessoa com doença crónica. Estes desempenham um papel essencial nesta área de intervenção capacitando as pessoas para uma gestão eficaz dos seus regimes terapêuticos (Conselho Internacional de Enfermagem e Ordem dos Enfermeiros, 2010). No entanto o agente principal é o utente, pela compreensão das suas crenças, atitudes e valores pessoais é possível planear e executar

intervenções de enfermagem que promovam a alteração da conduta e que conseqüentemente promovam a saúde (Dias et al., 2011).

1.5 A USP e a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem.

Quando se iniciou este projeto de estágio em Setembro de 2018, na continuidade do projeto de Bastos (2018) foi possível verificar que na USP ainda não era possível avaliar a prevalência e a incidência de diagnósticos de enfermagem, uma vez que as taxas de documentação eram ainda muito baixas. Relativamente às taxas de avaliação, referentes ao ano de 2016, respeitantes às treze unidades do ACeS, os focos Habitação/ Edifício Residencial, Rendimento Familiar e Abastecimento de Água, de acordo com Bastos (2018), apresentavam valores médios de avaliação de 0,02%. O foco Papel de Prestador de Cuidados uma média de avaliação de 8,76% e no foco Gestão de Regime terapêutico uma taxa de avaliação média de 40,9% na DM e de 26,4% na HTA. (Anexos I, II e III). Identificou-se ainda o nível de empoderamento comunitário a partir de uma versão traduzida da *Empowerment Assessment Rated Scale* (Bastos,2018), que ainda se encontra em fase de publicação, que apresentamos no gráfico seguinte:

GRÁFICO 1 - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE EMPODERAMENTO DO ACES PARA A PROMOÇÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS FENÓMENOS DE ENFERMAGEM EM 2017 (BASTOS, 2018)



Nesta altura identificou-se um nível de empoderamento particularmente baixo nos domínios das estruturas organizativas e na mobilização de recursos.

De modo a identificar o diagnóstico atual, foi mantido como referência o modelo utilizado no projeto (Melo, 2018; 2016), avaliando o foco gestão comunitária em paralelo com os dados relativos à vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem referidos anteriormente. No projeto MAIEC do CIIS prevê-se reavaliar o nível de empoderamento comunitário no final de 2019.

Esta etapa permitiu aprofundar a compreensão do contributo dos enfermeiros especialistas para a vigilância epidemiológica que é uma das competências centrais da Especialidade em Enfermagem Comunitária, especificamente a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, que surge como fator de inovação por não ser uma realidade ainda desenvolvida nas USP.

1.6 A Gestão Comunitária do ACeS para a Vigilância Epidemiológica

A gestão comunitária é o foco central de acordo com a matriz de decisão clínica do MAIEC e integra três dimensões de diagnóstico: a participação comunitária, o processo comunitário e a liderança comunitária (Melo, Silva e Figueiredo, 2018 e Melo, 2016). Neste projeto, surgem associadas no contexto das suas dimensões de diagnóstico com a seguinte caracterização:

- A Participação Comunitária está relacionada com o envolvimento da comunidade, se esta tem mecanismos eficazes de comunicação acerca da vigilância epidemiológica, se existe ou é percecionada a existência de um líder para a promoção da documentação acerca desta temática. Questiona se existem parcerias formais que possam favorecer a documentação dos diagnósticos e promovam a vigilância epidemiológica. Importa também nesta dimensão perceber se existem ou se há perceção da existência de estruturas organizativas para dar resposta ao problema em análise.
- Processo Comunitário está associado à interação dos membros da comunidade, ao coping comunitário, às experiências anteriores dos membros e líderes desta comunidade com o processo de vigilância epidemiológica.

- Liderança comunitária que diz respeito ao conhecimento sobre vigilância epidemiológica, conhecimento sobre documentação nos focos em análise, crenças sobre o seu contributo para a vigilância epidemiológica, e a volição para participar no processo de desenvolvimento da vigilância epidemiológica.

CAPITULO 2 - PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define Comunidade como um grupo de seres humanos enquanto unidade social ou todo coletivo, ligados pela partilha de localização geográfica, situações ou interesses (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Forattini (2004) entende Comunidade como um agrupamento de indivíduos, onde estes vivem vinculados e estabelecem relações entre si. Aponta para a existência de diversos níveis de inter-relacionamento, desde a intervenção ligeira ou intermitente, até ao elevado grau de interdependência. Melo (2017) define Comunidade como um conjunto de pessoas pertencentes a um contexto geográfico delimitado, as quais têm funções identificadas para e pelos seus membros, bem como para e pelos grupos e organizações que as constituem. Exige um sentido de identidade que permite a partilha de objetivos comuns. Entendido como um sistema relacional aberto, devido à interação das pessoas, grupos e organizações da comunidade. O todo e as partes interagem através da participação, liderança e processo comunitários.

De acordo com o disposto no Artigo 101.º (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro) - Do dever para com a comunidade:

“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:

- a) Conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido;
- b) Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados;
- c) Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.”

A intervenção comunitária é uma metodologia de desenvolvimento social. A sua finalidade não se resume apenas pelos objetivos que pretende alcançar. Define-se essencialmente pela

capacidade de promover ações participativas da comunidade, junto às suas organizações, grupos e indivíduos. A participação da comunidade é a tônica de todas as ações de desenvolvimento, distinguindo-se das ações sem intervenção da população (Silva, 2002).

Reconhecendo a comunidade como uma área vital na atuação do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e tendo como pilares basilares a metodologia do Planeamento em Saúde e o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário, este projeto incide na comunidade de enfermagem de um ACeS, com vista a melhorar a gestão comunitária e melhorar a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, a referir o Edifício Residencial, o Rendimento Familiar, o Abastecimento de Água, o Papel de Prestador de Cuidados, a Gestão do Regime Terapêutico nos doentes com DM e HTA.

Este capítulo está estruturado de acordo com as etapas do planeamento em saúde, incorporando o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária.

2.1 Caracterização da População em Estudo

Este projeto é realizado na USP de um ACeS do Grande Porto, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica do Porto. A sua finalidade é aumentar vigilância dos fenómenos de enfermagem e melhorar a gestão comunitária, contribuindo deste modo para melhorar os indicadores de saúde pública.

A população alvo deste projeto é a comunidade de enfermagem do ACeS, à data da implementação deste projeto constituída por 76 profissionais, distribuídos por 13 unidades funcionais do ACeS (USP, UCC, UCSP e USF).

2.2 Diagnóstico de Situação

Alicerçado no Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), desenvolvido por Melo (2016), numa fase inicial o principal objetivo deste projeto é identificar o diagnóstico de Gestão Comunitária, na comunidade de enfermagem, de um ACeS do grande Porto, para a vigilância epidemiológica dos focos de atenção: Edifício

Residencial, Rendimento Familiar, Abastecimento de Água, Papel de Prestador de Cuidados e Gestão do Regime Terapêutico nos doentes com Diabetes Mellitus e com Hipertensão Arterial.

2.2.1 Método de colheita de dados

Por forma a chegar a todos os indivíduos da comunidade, após reunião com a Diretora executiva do ACeS, com a Presidente da direção de Enfermagem do ACeS e membro do Conselho Clínico e de Saúde, um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária da USP e um especialista em enfermagem comunitária de uma USF, ambos integrando a ODE, bem como com o Doutor Pedro Melo, orientador científico da Universidade Católica, optou-se pela aplicação de um questionário *on-line*, dirigido a toda a comunidade de enfermagem deste agrupamento.

Sendo este um projeto de continuidade, pretendeu-se reavaliar a Gestão Comunitária, com a aplicação do questionário implementado na comunidade ACeS, na fase anterior do projeto por Bastos (2018). No entanto, para otimização da recolha de dados, este sofreu algumas alterações que foram consideradas pertinentes com o objetivo deste instrumento se tornar mais eficaz. Este foi construído a partir da matriz de decisão clínica do MAIEC, para compreender o estadio em que se encontra a comunidade para a promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem e assim ser possível identificar o atual diagnóstico de Gestão Comunitária. Este está dividido em duas partes, a primeira é relativa à caracterização socioprofissional dos enfermeiros, na segunda parte pretende-se obter a opinião dos mesmos face às questões relacionadas com a vigilância epidemiológicas dos fenómenos de enfermagem em estudo.

Para mais fácil orientação e compreensão as questões orientadoras do questionário estão associadas a cada dimensão e sub-dimensão de diagnóstico de acordo com os critérios definidos no MAIEC. (Apêndice I)

2.2.2 Critérios de Diagnóstico

O seguinte quadro apresenta o resumo dos critérios de diagnóstico desenvolvido por Melo (2016).

QUADRO 1 - RESUMO DA ATIVIDADE DE DIAGNÓSTICO MAIEC (MELO, 2016)

Diagnóstico de Enfermagem	Critérios de Diagnóstico
Gestão Comunitária Comprometida	Se: Participação Comunitária comprometida e/ou Liderança Comunitária comprometida e/ ou Processo Comunitário Comprometido.
Processo Comunitário Comprometido	Se: Coping Comunitário comprometido.
Participação Comunitária Comprometida	Se: Processo do grupo Comunitário comprometido.
Liderança Comunitária Comprometida	Se: Défice de conhecimento sobre questões basilares do projeto e/ou Crença sobre o projeto dificultadora e/ou Volição para o projeto comprometida

2.2.3 Diagnóstico

Posteriormente à fase de colheita de dados, com aplicação do questionário (Apêndice II) a toda a comunidade de enfermagem do ACeS, com um total de 44 respostas, correspondendo a 58% da população alvo, com representação de todas as unidades funcionais do ACeS, procedeu-se à análise e tratamento de dados (Apêndice III). Desta análise emergiram os diagnósticos que se apresentam em seguida e que estão agrupados de acordo com as dimensões e sub-dimensões de diagnóstico a que se referem.

QUADRO 2 - DIAGNÓSTICOS

Diagnóstico	Gestão Comunitária Comprometida	
Dimensões de Diagnóstico	Sub-dimensões de diagnóstico	Sub-Diagnósticos
Processo Comunitário	Coping	Coping ineficaz (recursos), em 52,3%
Participação Comunitária	Comunicação	Perceção da existência de um líder não demonstrada em 70,5% Comunicação ineficaz, sobre vigilância epidemiológica, percecionada em 75%
	Parcerias	Parcerias inexistentes, na perceção de 79,5%
	Estruturas Organizativas	Estruturas organizativas inexistentes, na perceção de 72,7%
Liderança Comunitária	Conhecimento	Conhecimento dos membros da comunidade sobre o Diagnóstico Local de Saúde, não demonstrado em 54,5% Perceção de conhecimento não demonstrado sobre diagnosticar no foco Edifício Residencial em 50% Perceção de conhecimento não demonstrado sobre diagnosticar no foco Rendimento Familiar em 61,4% Perceção de conhecimento não demonstrado sobre diagnosticar no foco Abastecimento de Água em 50% Perceção de conhecimento não demonstrado sobre diagnosticar no foco Papel de Prestador de Cuidados em 9,1% Perceção de conhecimento não demonstrado sobre diagnosticar no foco Gestão do Regime Terapêutico (DM e HTA), em 11,4%

		<p>Conhecimento dos membros da comunidade não demonstrado, sobre determinantes de saúde Pública em 72,7%</p> <p>Percepção de conhecimento sobre o processo de vigilância epidemiológica não demonstrado em 79,5%</p> <p>Percepção de conhecimento sobre sistemas de informação em Enfermagem, não demonstrado em 47,7%</p>
	Crenças	<p>Crenças sobre a importância da documentação para a melhoria dos indicadores de Saúde Pública, comprometidos em 9,1%</p> <p>Crenças sobre a importância dos focos em análise comprometidas em 18,2%</p> <p>Crenças sobre a importância do envolvimento individual para a vigilância epidemiológica comprometidas em 9,1%</p>
	Volição	<p>Volição para a participação no projeto não demonstrado em 18,2%</p>

2.3 Determinação de Prioridades

De acordo com Tavares (1990), priorizar é um processo de tomada de decisão, de forma a ordenar as necessidades ou problemas da população de acordo com a sua pertinência ou urgência de resolução.

A determinação de prioridades é essencialmente um processo de tomada de decisão, que esclarece a direção a seguir. Como etapa fundamental do planeamento em saúde, a priorização não se destina a confirmar a importância dos problemas, mas sim a maior importância de um problema em relação a outro, permitindo assim determinar o que deve

ser considerado em primeira instância. Esta etapa faculta orientação, selecionando, por um lado, os problemas que serão objeto de intervenção e, por outro, aqueles para os quais é necessário primeiro conhecer as causas e as soluções, ou seja, as prioridades de investigação (Pineault e Daveluy, 1987).

É fundamental em todo o processo de determinação de prioridades, a definição dos critérios e a sua ponderação. É com base nos critérios definidos e respetiva ponderação, que se obterá, no final desta etapa, a lista ordenada de problemas prioritários (Tavares, 1990).

Existem diversos critérios de determinação de prioridades, no entanto não há nenhum que seja universal, nem há nenhum método ideal de os combinar, pois todos apresentam vantagens e desvantagens, sendo que a sua aplicação será mais ou menos adequada, dependendo do contexto onde sejam aplicados (Imperatori e Giraldes, 1992).

Neste projeto, faremos uma análise das prioridades considerando os critérios de magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Teremos como referência as definições propostas por Sousa et al (2017), Teixeira (2010) e Pereira (2007) que descrevem a magnitude com respeito à dimensão e importância do problema, a transcendência a medida de relevância social, do reconhecimento que determinada população dá a um evento, do desejo da comunidade de resolver o problema. Esta é normalmente bastante influenciada também pela gravidade dos eventos. A vulnerabilidade está relacionada com a permeabilidade à intervenção, a condição de modificação do processo conforme a capacidade científica e técnica de intervenção.

Assim, foram atribuídas pontuações entre 0 e 3, definindo os seguintes critérios:

QUADRO 3- CRITÉRIOS DE PRIORIZAÇÃO ADAPTADOS DO MÉTODO CENDES-OPS

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

	<p>A intervenção no problema influencia a melhoria dos outros problemas- 2</p> <p>A intervenção no problema influencia muito a melhoria dos outros problemas- 3</p>	<p>A resolução do problema depende da nossa intervenção – 2</p> <p>A resolução do problema depende muito da nossa intervenção – 3</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Após a definição de critérios e reunião de peritos, foram analisados os resultados das ponderações atribuídas a cada problema identificado (Apêndice IV).

Sendo que as técnicas de priorização são um auxílio para selecionar quais os problemas prioritários a abordar, após ponderados cada um dos problemas, torna-se fundamental definir o critério de inclusão para o estudo. Assim, foi decidido priorizar os problemas cuja soma de pontuações atribuídas resultasse de um valor igual ou superior a 6.

2.3.1 Problemas Priorizados

Para Tavares (1990), um problema de saúde corresponde a um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelos profissionais de saúde ou pela coletividade.

Após aplicados os critérios de priorização em reunião de peritos, resultam os seguintes problemas, identificados como P.

P1 - Percepção de conhecimento sobre o processo de vigilância epidemiológica não demonstrado em 79,5%

P2 - Conhecimento dos membros da comunidade não demonstrado, sobre determinantes de saúde Pública em 78%

P3 - Percepção de conhecimento não demonstrado sobre diagnosticar no foco Rendimento Familiar em 61,4%

P 4- Percepção de conhecimento não demonstrado sobre diagnosticar no foco Edifício Residencial em 50%

P 5- Percepção de conhecimento não demonstrado sobre diagnosticar no foco Abastecimento de Água em 50%

P 6- Estruturas organizativas inexistentes, na percepção de 72,7%

P 7- Percepção da existência de um líder não demonstrada em 70,5%

P 8 - Comunicação ineficaz, sobre vigilância epidemiológica, percebida em 75%

2.4 Preparação para a Intervenção

Numa primeira fase, após análise dos dados colhidos através do questionário aplicado a toda a comunidade de enfermeiros do ACeS em estudo, foi possível estabelecer o diagnóstico anteriormente apresentado. Deste modo, nessa fase foram estabelecidas algumas estratégias que viriam a servir como fio-de-prumo para as fases seguintes.

Numa segunda fase, após ter sido estabelecido o diagnóstico respeitante a toda a comunidade do ACeS e priorizados os problemas, tendo em consideração o tempo disponível para a intervenção, e com o objetivo de otimizar os resultados, optou-se por no domínio da Liderança Comunitária, diagnosticar e intervir no contexto dos líderes da comunidade, os membros do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem (ODE) definindo metas para estes. No contexto da participação comunitária, considerou-se poder ter resultados em toda a comunidade ACeS e assim, foram definidas as metas de acordo com o diagnóstico concretizado.

Neste seguimento, foi aplicado um novo questionário dirigido aos líderes da comunidade, construído com base no anteriormente aplicado e agora otimizado, incidindo apenas nas questões relevantes e associadas aos problemas priorizados (Apêndice V). Após análise e tratamento dos dados (Apêndice VI), respetivos às respostas aos mesmos, foram diagnosticados os seguintes problemas nesta população.

P1 - Percepção de conhecimento sobre o processo de vigilância epidemiológica não demonstrado em 38,5% dos líderes da comunidade (ODE).

P2- Comunicação ineficaz, sobre vigilância epidemiológica, percebida em 61,5% dos líderes da comunidade (ODE).

P3 - Conhecimento dos líderes da comunidade (ODE) não demonstrado, sobre determinantes de saúde Pública em 84,6%

P4- Estruturas organizativas inexistentes, na percepção de 53,8% dos líderes da comunidade (ODE).

P5- Percepção da existência de um líder não demonstrada em 76,9% nos líderes da comunidade (ODE).

P6 - Percepção de conhecimento nos líderes da comunidade (ODE) não demonstrado, sobre diagnosticar no foco Rendimento Familiar em 46,2%.

P7- Percepção de conhecimento nos líderes da comunidade (ODE) não demonstrado, sobre diagnosticar no foco Edifício Residencial em 46,2%.

P8- Percepção de conhecimento nos líderes da comunidade (ODE) não demonstrado, sobre diagnosticar no foco Abastecimento de Água em 46,2%.

2.5 Fixação de Objetivos

Para Imperatori e Giraldes (1993), um objetivo é um enunciado de um resultado que se pretende alcançar, da evolução de um problema, alterando a sua tendência natural, traduzido em termos de indicadores mensuráveis de resultado ou de impacto.

O Objetivo Geral deste projeto é Melhorar a Gestão Comunitária nos líderes da Comunidade ACeS para a promoção da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de Enfermagem.

Para que fosse possível atingir este objetivo foram desenhadas metas e estratégias que permitissem alcançar o proposto e que serão apresentadas neste seguimento.

2.5.1 Objetivos Específicos

- Aumentar a percepção de conhecimento sobre vigilância epidemiológica nos líderes da ODE;
- Aumentar a percepção de conhecimento sobre determinantes de Saúde Pública;

- Aumentar a percepção de conhecimento sobre diagnosticar no foco Rendimento Familiar;
- Aumentar a percepção de conhecimento sobre diagnosticar no foco Edifício Residencial;
- Aumentar a percepção de conhecimento sobre diagnosticar no foco Abastecimento de Água;
- Aumentar a percepção de existência de estruturas organizativas;
- Aumentar a de percepção da existência de um líder;
- Aumentar a de percepção de comunicação eficaz.

2.5.2 Objetivos Operacionais/ Metas

Para uma mais fácil compreensão as metas a atingir estão associadas ao problema respetivo, no domínio a que pertencem.

Domínio: Liderança Comunitária

- **Problema:** Percepção de conhecimento sobre o processo de vigilância epidemiológica não demonstrado em 38,5% dos líderes da comunidade (ODE)
- **Meta:** Aumentar a taxa de percepção de conhecimento sobre o processo de vigilância epidemiológica de 38,5% para 80%, até Janeiro de 2019.
- **Problema:** Conhecimento dos líderes da comunidade (ODE) não demonstrado, sobre determinantes de Saúde Pública em 15,4%
- **Meta:** Aumentar a taxa de percepção de conhecimento sobre determinantes de Saúde Pública de 15,4% para 50%, até Janeiro de 2019.
- **Problema:** Percepção de conhecimento nos líderes da comunidade (ODE) não demonstrado, sobre diagnosticar no foco Rendimento Familiar em 46,2%.
- **Meta:** Aumentar a taxa de percepção de conhecimento sobre diagnosticar no foco Rendimento Familiar de 46,2% para 80%, até Janeiro de 2019.

- **Problema:** Percepção de conhecimento nos líderes da comunidade (ODE) não demonstrado, sobre diagnosticar no foco Edifício Residencial em 46,2%
 - **Meta:** Aumentar a taxa de percepção de conhecimento sobre diagnosticar no foco Edifício Residencial de 53,8% para 80%, até Janeiro de 2019.
-
- **Problema:** Percepção de conhecimento nos líderes da comunidade (ODE) não demonstrado sobre diagnosticar no foco Abastecimento de Água em 46,2%
 - **Meta:** Aumentar a taxa de percepção de conhecimento sobre diagnosticar no foco Abastecimento de Água de 53,8% para 80%, até Janeiro de 2019.

Domínio: Participação Comunitária

- **Problema:** Estruturas organizativas inexistentes, na percepção de 53,8%
 - **Meta:** Aumentar a taxa de percepção de existência de estruturas organizativas de 46,2% para 80%, até Janeiro de 2019.
-
- **Problema:** Percepção da existência de um líder não demonstrada em 76,9%
 - **Meta:** Aumentar a taxa de percepção da existência de um líder de 23,1% para 50%, até Janeiro de 2019.
-
- **Problema:** Comunicação ineficaz, sobre vigilância epidemiológica, percebida em 61,5%
 - **Meta:** Aumentar a taxa de percepção de comunicação eficaz sobre vigilância epidemiológica de 38,5% para 50%, até Janeiro de 2019.

2.6 Indicadores

Os indicadores surgem como instrumentos de medida durante o processo de planejamento. Permitem avaliar variáveis mensuráveis, refletindo o efeito das ações implementadas,

podendo servir como guia para traçar novas metas e redefinir estratégias. Nesta etapa do planeamento devem ser definidos indicadores. Estes são entendidos como a relação entre uma determinada situação específica e a população em risco da mesma. Neste projeto serão utilizados três tipos de indicadores, os indicadores de resultado ou impacto, que pretendem medir a alteração verificada num problema de saúde ou dimensão atual desse problema; os indicadores de atividade ou processo que pretendem medir a atividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado e os indicadores de estrutura que correspondem a aspetos respeitantes a equipamentos, estrutura física, funcionários, entre outros (Imperatori e Giraldes, 1993).

2.6.1 Indicadores de Resultado

Taxa de perceção de conhecimento sobre processo de vigilância epidemiológica:

Indicador de Resultado

$$= \frac{\text{N}^{\circ} \text{ membros ODE com perceção de conhecimento sobre vigilância epidemiológica}}{\text{n}^{\circ} \text{ de elementos do ODE avaliados}} \times 100$$

Taxa de perceção de conhecimento sobre determinantes de Saúde Pública:

Indicador de Resultado

$$= \frac{\text{N}^{\circ} \text{ membros ODE com perceção de conhecimento sobre determinantes de Saúde Pública}}{\text{n}^{\circ} \text{ de elementos do ODE avaliados}} \times 100$$

Taxa de perceção de conhecimento sobre diagnosticar no foco Rendimento Familiar

Indicador de Resultado

$$= \frac{\text{N}^{\circ} \text{ membros ODE com perceção de conhecimento sobre diagnosticar no foco Rendimento Familiar}}{\text{n}^{\circ} \text{ de elementos do ODE avaliados}} \times 100$$

Taxa de percepção de conhecimento sobre diagnosticar no foco Edifício Residencial:

Indicador de Resultado

$$= \frac{\text{N}^{\circ} \text{ membros ODE com percepção de conhecimento sobre diagnosticar no foco Edifício Residencial}}{\text{n}^{\circ} \text{ de elementos do ODE avaliados}} \times 100$$

Taxa de percepção de conhecimento sobre diagnosticar no foco Abastecimento de Água:

Indicador de Resultado

$$= \frac{\text{N}^{\circ} \text{ membros ODE com percepção de conhecimento sobre diagnosticar no Abastecimento de Água}}{\text{n}^{\circ} \text{ de elementos do ODE avaliados}} \times 100$$

Taxa de percepção de existência de estruturas organizativas

Indicador de Resultado

$$= \frac{\text{N}^{\circ} \text{ membros ODE com percepção de existência de estruturas organizativas}}{\text{n}^{\circ} \text{ de elementos do ODE avaliados}} \times 100$$

Taxa de percepção de existência de um líder

Indicador de Resultado

$$= \frac{\text{N}^{\circ} \text{ membros ODE com percepção de existência de um líder}}{\text{n}^{\circ} \text{ de elementos do ODE avaliados}} \times 100$$

Taxa de percepção de Comunicação eficaz sobre vigilância epidemiológica

Indicador de Resultado

$$= \frac{\text{N}^{\circ} \text{ membros ODE com percepção de Comunicação eficaz}}{\text{n}^{\circ} \text{ de elementos do ODE avaliados}} \times 100$$

2.6.2 Indicadores de Processo

Taxa de adesão à sessão de formação 1:

$$\text{Indicador de Processo} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes na sessão de formação}}{\text{n}^\circ \text{ de elementos convocados}} \times 100$$

Taxa de adesão à sessão de formação 2:

$$\text{Indicador de Processo} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes na sessão de formação}}{\text{n}^\circ \text{ de elementos convocados}} \times 100$$

Taxa de concretização das atividades previstas:

$$\text{Indicador de Processo} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de sessões de intervenção realizadas}}{\text{n}^\circ \text{ de intervenções previstas}} \times 100$$

2.6.3 Indicador de Estrutura

Recursos existentes para a realização das sessões de formação:

- Adequação do espaço;
- Projetor multimédia;
- Computador;
- Papel;

2.7 Estratégias

Definir estratégias é um passo fulcral no processo de planeamento. Estas permitem conduzir à redução dos problemas de saúde prioritários e apresentar novas formas de atuar, permitindo

alcançar os objetivos fixados e alterar a tendência de evolução natural dos problemas de saúde (Imperatori e Giraldes, 1993).

De forma a obter o melhor resultado para os indicadores anteriormente determinados foram estabelecidas estratégias para o alcançar. Assim, foram programadas duas sessões formativas, destinadas aos líderes da ODE. Importa referir que cada líder da ODE é também representante de cada unidade do ACeS.

A primeira sessão é destinada a dar resposta aos objetivos:

- Aumentar a perceção de conhecimento sobre vigilância epidemiológica nos líderes da ODE;
- Aumentar a perceção de conhecimento sobre determinantes de Saúde Pública;
- Aumentar a perceção de existência de estruturas organizativas;
- Aumentar a de perceção da existência de um líder;
- Aumentar a de perceção de comunicação eficaz.

Para dar resposta a estes objetivos é proposta a realização de uma sessão de formação aos líderes da ODE, (Apêndice VIII) com os seguintes conteúdos:

- Determinantes em saúde, vigilância epidemiológica e sua relação com os determinantes em saúde;
- Estrutura organizativa da ODE;
- Funções da ODE;

A segunda sessão formativa destina-se a dar resposta aos objetivos:

- Aumentar a perceção de conhecimento sobre diagnosticar no foco Rendimento Familiar;
- Aumentar a perceção de conhecimento sobre diagnosticar no foco Edifício Residencial;
- Aumentar a perceção de conhecimento sobre diagnosticar no foco Abastecimento de Água;
- Aumentar a perceção de existência de estruturas organizativas.

A segunda sessão formativa pretende elucidar como diagnosticar nos focos referidos, esclarecendo ao que cada um diz respeito e o que se pretende avaliar, mostrando também as ferramentas do programa informático onde devem ser documentados (Apêndice IX).

Pretende-se fazer uma associação destes focos com a vigilância epidemiológica e a importância do seu contributo. Visto que há uma baixa percepção da existência da estrutura organizativa ODE, pretende-se reforçar, uma vez mais nesta sessão, a promoção e o debate informativo acerca desta estrutura.

Para responder ao objetivo de melhorar a comunicação na comunidade ACeS, sobre a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem e melhorar a percepção da existência de uma estrutura organizativa, o envolvimento e sentido de pertença dos seus líderes, propôs-se a publicação de uma notícia na *newsletter* da Unidade de Saúde Pública acerca da promoção da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem e da existência do ODE, para ser divulgada por todo o ACeS.

2.8 Avaliação

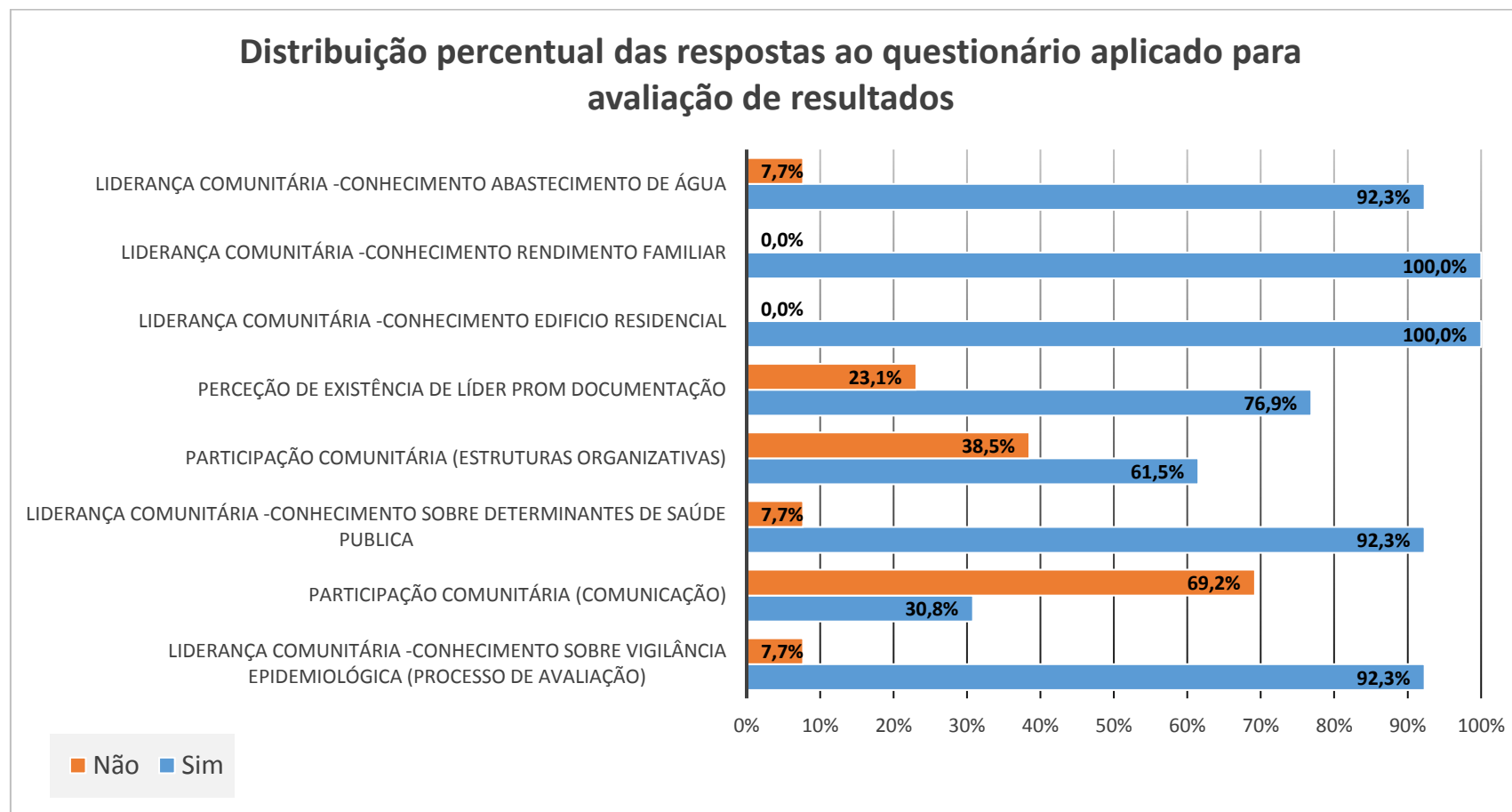
Por motivos estratégicos relacionados com o tempo disponível para realizar as intervenções na comunidade de enfermeiros do ACeS, foi decidido atuar nesta primeira fase nos líderes da comunidade ODE. Sendo que cada líder é também representante de cada unidade a que pertence, espera-se que as reuniões formativas tenham um efeito que possa abranger os restantes elementos.

Assim, para perceber qual o nível de empoderamento deste grupo, no que se refere à vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, foi aplicado um novo questionário reformulado, tendo em conta a priorização dos problemas, anteriormente estabelecida. (Apêndice V)

Da avaliação decorrente da aplicação deste questionário resultou o diagnóstico anteriormente apresentado. Para dar resposta a estes problemas foram estabelecidas metas, estratégias e procedeu-se à sua implementação.

Foram realizadas, em momentos diferentes, duas sessões formativas dirigidas aos líderes da comunidade ODE. No final da implementação das estratégias, foi aplicado novamente o mesmo método de colheita de dados, do qual podemos extrair os seguintes dados, após tratamento de dados.

GRÁFICO 2- DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO APLICADO PARA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS



No quadro 4 apresentam-se os indicadores de resultado para os problemas prioritários intervencionados.

QUADRO 4 - RESULTADOS OBTIDOS RELATIVOS AOS INDICADORES DE RESULTADO E METAS PROPOSTAS

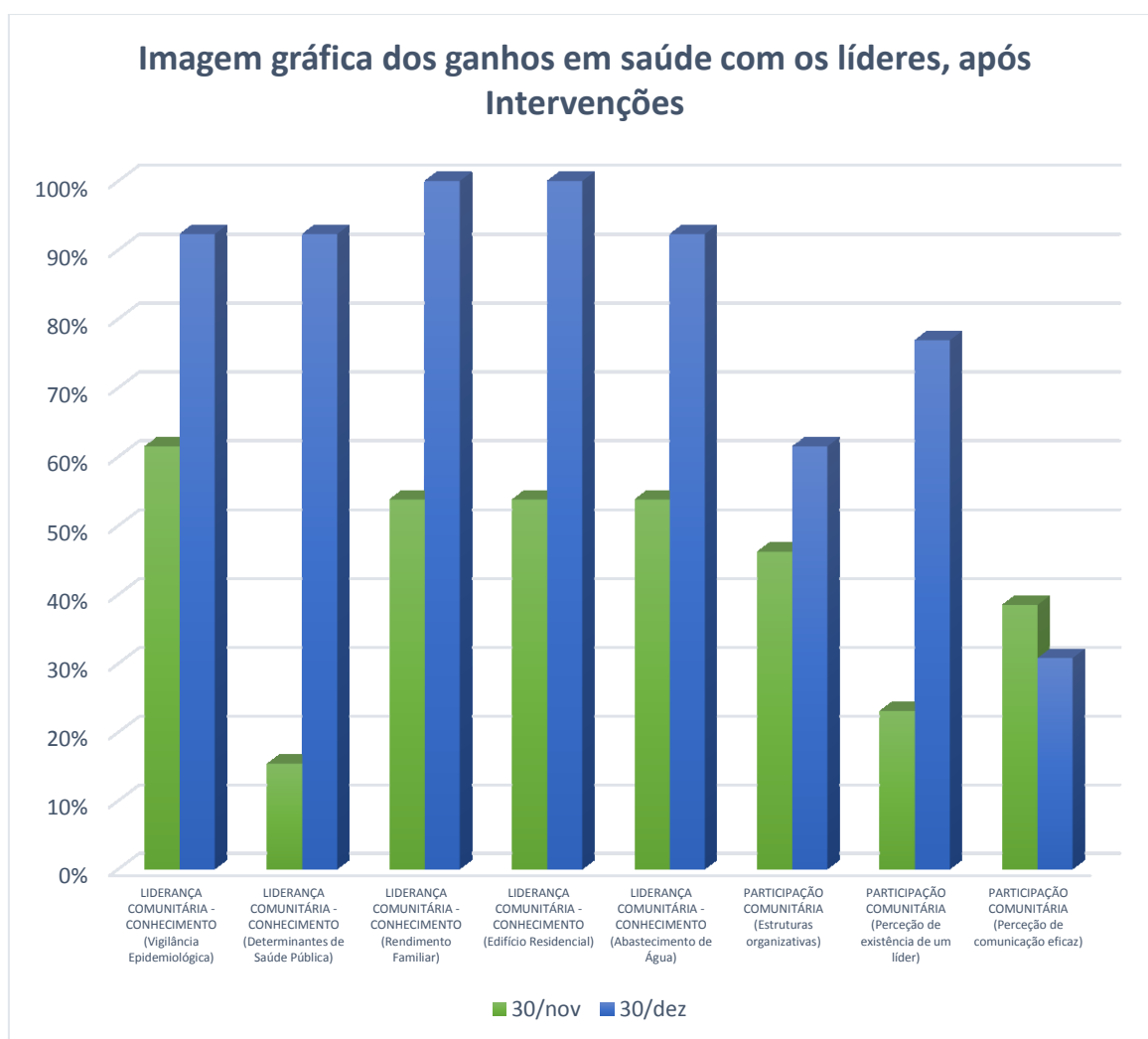
Indicadores de Resultado	Inicial	Final	Meta Inicial	Meta atingida
Taxa de percepção de conhecimento sobre processo de vigilância epidemiológica.	(8/13) x 100% = 61,5%	(12/13) x 100% = 92,3%	80%	92,3%
Taxa de percepção de conhecimento sobre de determinantes de Saúde Pública	(2/13) x 100% = 15,4%	(12/13) x 100% = 92,3%	50%	92,3%
Taxa de percepção de conhecimento sobre diagnosticar no foco Rendimento Familiar	(7/13) x 100% = 53,8%	(13/13) x 100% = 100%	80%	100%
Taxa de percepção de conhecimento sobre diagnosticar no foco Edifício Residencial	(7/13) x 100% = 53,8%	(13/13) x 100% = 100%	80%	100%
Taxa de percepção de conhecimento sobre diagnosticar no foco Abastecimento de Água	(7/13) x 100% = 53,8%	(12/13) x 100% = 92,3%	80%	92,3%
Taxa de percepção da existência de estruturas organizativas	(6/13) x 100% = 46,2%	(8/13) x 100% = 61,5%	80%	61,5%
Taxa de percepção de existência de um líder	(3/13) x 100% = 23,1%	(10/13) x 100% = 76,9%	50%	76,9%
Taxa de percepção de Comunicação eficaz sobre vigilância epidemiológica	(5/13) x 100% = 38,5%	(4/13) x 100% = 30,8%	50%	30,8%

Com os dados sugeridos no quadro anterior é possível perceber, no que se refere aos cinco primeiros indicadores de resultado, relativos às taxas de percepção de conhecimento sobre processo de vigilância epidemiológica, determinantes de saúde pública, taxas de percepção de conhecimento sobre diagnosticar no foco Rendimento Familiar, Edifício Residencial e Abastecimento de Água, a percepção de conhecimento aumentaram após as intervenções, tendo sido atingidas as metas propostas. Ou seja, no âmbito da dimensão da liderança comunitária as taxas de percepção de conhecimento ultrapassaram os 90% após as intervenções na comunidade de enfermeiros do ACeS.

No âmbito da dimensão da participação comunitária, relativamente às taxas de percepção da existência de estruturas organizativas, e à taxa de percepção de existência de um líder, verifica-se que houve um aumento da percepção da sua existência em 15,3% e 53,8% respetivamente, tendo sido atingida a meta relativa à percepção da existência de um líder para a promoção da documentação dos fenómenos de enfermagem. Apesar do aumento da percepção da existência de estruturas organizativas, este não foi o suficiente para atingir a meta inicialmente proposta de 80%, sendo atingida a taxa de 61,5%.

Relativamente à taxa de percepção de comunicação eficaz sobre vigilância epidemiológica, verifica-se que houve uma diminuição dessa percepção após as intervenções junto da comunidade de enfermeiros do ACeS. Já inicialmente baixa, com uma taxa de 38,5%, após as intervenções passa para 30,5%, não tendo sido possível atingir a meta proposta de 50%.

GRÁFICO 3 - EVOLUÇÃO DAS TAXAS RELATIVAS ÀS DIMENSÕES DA GESTÃO COMUNITÁRIA



O gráfico anteriormente apresentado reflete a evolução das taxas avaliadas respetivamente de acordo com as dimensões de diagnóstico da Gestão Comunitária a que dizem respeito. Os dados obtidos são relativos à tabela anterior.

Neste gráfico pode observar-se com mais clareza a tendencia positiva do aumento das taxas relativas aos indicadores de resultado nos âmbitos da liderança comunitária e participação comunitária, em todos os seus itens, exceptuando no que diz respeito à percepção de comunicação eficaz para a documentação dos fenómenos de enfermagem. Neste caso verifica-se uma diminuição dessa percepção em 7,7%, representado um enfermeiro com menos percepção de comunicação eficaz do que no início das intervenções.

Taxa de adesão à sessão de formação 1:

$$\text{Indicador de Processo} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes na sessão de formação}}{\text{n}^\circ \text{ de elementos convocados}} \times 100 = \frac{13}{15} \times 100 = 87\%$$

Taxa de adesão à sessão de formação 2:

$$\text{Indicador de Processo} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de participantes na sessão de formação}}{\text{n}^\circ \text{ de elementos convocados}} \times 100 = \frac{13}{15} \times 100 = 87\%$$

Taxa de concretização das atividades previstas:

$$\text{Indicador de Processo} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de sessões de intervenção realizadas}}{\text{n}^\circ \text{ de intervenções previstas}} \times 100 = \frac{2}{2} \times 100 = 100\%$$

No que se refere aos indicadores de processo ou atividade, relativamente às taxas de adesão às sessões de formação 1 e 2, ambas tiveram 87% de adesão. Ao que diz respeito à taxa de concretização das atividades previstas, estas foram cumpridas em pleno, atingindo-se uma taxa de 100%.

2.9 Discussão e Análise Crítica de Resultados

Com o objetivo de melhorar a Gestão Comunitária nos líderes da comunidade de enfermeiros do ACeS, para a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem foram desenvolvidas estratégias e implementadas ações nesse sentido.

Numa fase inicial foi auscultada toda a comunidade de enfermeiros pertencentes ao ACeS em causa. Esta avaliação inicial permitiu fazer um diagnóstico inicial resultando uma “Gestão Comunitária comprometida” pela afetação das suas três dimensões, a liderança comunitária, a participação comunitária e o processo comunitário.

Nesta primeira auscultação a toda a comunidade foi possível identificar, além dos problemas priorizados apresentados, um conjunto de dados que fazem parte do diagnóstico, e que podem ser observados no Quadro 2, cujo interesse pode ajudar a perceber e definir estratégias de atuação, para a melhoria da gestão comunitária neste âmbito. A salientar que 47,7% dos inquiridos referem não ter formação suficiente sobre sistemas de informação e documentação em enfermagem, que lhe permitam documentar adequadamente os seus cuidados. Foram realizadas formações no sentido de colmatar esta necessidade, no entanto e tal como foi solicitado pelos enfermeiros, seriam necessárias mais formações, também alargadas a outros focos de enfermagem. Devido ao tempo disponível a atuação foi dirigida apenas aos problemas priorizados, admitindo-se no entanto que a continuidade deste projeto e a possibilidade de este se estender a outros fenómenos de enfermagem, poderia contribuir para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados da enfermagem comunitária.

Dos enfermeiros que colaboraram neste primeiro inquérito 90,9%, considera importante o seu contributo documental, no que diz respeito à avaliação dos focos referidos, para a melhoria dos indicadores de Saúde Pública e 95,5% considera que um projeto que promova a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, resultará em ganhos em saúde. No que diz respeito aos fenómenos de enfermagem estudo, 18,2% consideraram que estes possam não ter relevância do ponto de vista epidemiológico, como indicador do cuidado de enfermagem, apontando estes como focos de atuação de outros profissionais tais como os técnicos de ação social. Apesar de ser um valor baixo, associado aos dados relativos à baixa perceção de conhecimento acerca dos determinantes em saúde pública, vigilância epidemiológica e às baixas taxas de avaliação destes focos, verificada na fase anterior do projeto por (Bastos, 2018), estes dados sugerem a necessidade da atividade prevista para o

ODE, bem como a continuidade deste projeto, para a promoção da vigilância epidemiológicas dos fenômenos de enfermagem, pois permitirão contribuir para ganhos em saúde à população abrangida por este ACeS.

Importa também referir que 81,8% desta comunidade de enfermeiros referem sentir-se motivados para participar num projeto do seu ACeS, que promova a vigilância epidemiológica dos fenômenos de enfermagem.

Esta apreciação inicial permitiu ainda dirigir o cerne de atuação aos problemas prioritários identificados. Tendo em consideração o tempo disponível para intervir, foi determinado em consenso de peritos, atuar nesta fase, junto dos líderes da comunidade ODE, visto estes serem também os representantes de cada unidade do ACeS, esperando-se que a intervenção junto destes tivesse um efeito difundido também junto dos restantes enfermeiros de todas as unidades.

Assim, utilizando o mesmo método de colheita de dados, nesta fase mais simplificado e dirigido apenas aos problemas priorizados, este foi aplicado a este grupo para perceber o seu estadió de empoderamento quanto aos temas especificados.

Após análise dos dados iniciais foram estabelecidos objetivos e metas que permitissem alcançar o objetivo geral.

As metas inicialmente propostas foram estipuladas em reunião de peritos após análise e apreciação dos resultados das taxas iniciais. Assim, foram estabelecidas metas de 50% para os indicadores em que foram observadas taxas iniciais mais reduzidas e 80% para os restantes.

As intervenções junto da comunidade de enfermagem consistiram em encontros formativos onde esteve sempre presente o diálogo e partilha de dúvidas, interesses e sugestões por parte de todos os elementos. Verificou-se que a estrutura organizativa ODE, ainda não era reconhecida pelos seus líderes, nem os próprios líderes se sentiam envolvidos nesta estrutura, sendo que alguns desconheciam a mesma e o seu papel nesta. Assim, nos encontros formativos foi reforçada a importância da estrutura e do papel de cada um neste contexto. Foram também realizadas três reuniões com a Diretora executiva do ACeS e com a Presidente da direção de Enfermagem do ACeS, no sentido de agilizar a aprovação dos estatutos da ODE, apresentar e discutir resultados da primeira análise dos dados relativa a

toda a comunidade de enfermagem do ACeS, no sentido de encontrar estratégias para fazer face aos problemas encontrados.

Após as intervenções foi novamente aplicado o mesmo método de colheita de dados a este grupo, para avaliar o nível de empoderamento final face aos temas especificados anteriormente e avaliados como indicadores de resultado. Assim, foi possível obter um aumento de conhecimento em todos os itens da dimensão da liderança comunitária, com metas atingidas superiores a 90%. Considera-se ainda assim, importante a manutenção de reuniões formativas nesta área, também solicitadas pelos líderes da ODE e fundamentais para a motivação do grupo, sendo desejável a extensão das sessões formativas a toda a comunidade de enfermeiros da ODE, numa fase posterior.

No âmbito da participação comunitária no que se refere às taxas relativas à perceção de existência de estruturas organizativas e de um líder para a promoção da vigilância epidemiológicas dos fenómenos de enfermagem, estas também registaram um aumento, sendo que só foi possível atingir a meta relativa à perceção da existência de um líder.

Com uma taxa inicial de 46,2%, a meta proposta inicialmente foi de 80%, tendo sido atingidos 61,5%, respeitantes à perceção de existência de estrutura organizativa. Como se pode observar no gráfico 1, Bastos (2018) na fase anterior do projeto já teria identificado um nível de empoderamento particularmente baixo no domínio das estruturas organizativas. Foi criado o Observatório para os Diagnósticos de Enfermagem (ODE), no entanto os seus estatutos à data atual ainda não se haviam aprovado, não sendo por isso reconhecida a sua atividade, nem os seus líderes se reconheciam com sentido de pertença a esta estrutura.

Durante as sessões formativas a ODE foi novamente apresentada e envolvidos os líderes na sua dinâmica organizativa. Como forma de divulgação a toda a comunidade de enfermagem do ACeS, foi também elaborada uma nota de apresentação deste projeto bem como da criação e importância desta estrutura, partilhada na *newsletter* da USP.

Seria fundamental a continuidade das reuniões dos líderes da ODE, que se sugerem trimestrais, para o bom funcionamento desta estrutura. É primordial transformar o sentimento de isolamento e fragmentação verificado, numa experiência de ligação e interesse pelo “todo”. Para que tal seja uma realidade, cabe aos líderes, após criada esta estrutura, continuarem a promover o envolvimento de todos, impulsionando um maior diálogo que inclua toda a organização

Ainda no âmbito da dimensão da participação comunitária, verificou-se uma taxa de percepção de comunicação eficaz inicialmente de 38,5%. Tendo sido determinada uma meta a atingir de 50%, esta não foi atingida e esta percepção baixou 7,7% após as intervenções que não foram eficazes neste aspeto.

Com um aumento do conhecimento em todos os outros itens relativos à liderança comunitária, será possível que este maior empoderamento no que diz respeito à vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, desperte ainda mais a comunidade das fragilidades presentes e lhes favoreça a consciência do tanto que há ainda por fazer. Durante as reuniões formativas todos os líderes apontaram para falhas nesta área, mostrando-se cada vez mais motivados para procurar estratégias e criar parcerias, nomeadamente com os sistemas de informação para colmatar este défice de comunicação.

Não foi possível nesta etapa do projeto, mas seria desejável a criação de um veículo de comunicação mais eficaz entre os líderes da ODE e a USP, tal como um e-mail próprio.

Contando com os constrangimentos impostos pela duração do tempo de estágio, foi possível obter ganhos anteriormente descritos e contribuir para a promoção da vigilância epidemiológica dos fenómenos de Enfermagem e para o empoderamento desta comunidade nesta área.

Capítulo 3 – REFLEXÕES FINAIS

Neste capítulo será feita uma apreciação do desenvolvimento das competências especializadas em Enfermagem Comunitária e uma conclusão crítico-reflexiva do percurso de mestrado.

Iniciado a 10 de Setembro de 2018, com o seu término a 5 de Janeiro de 2019, este processo de estágio permitiu desenvolver as competências específicas atribuídas ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária.

Com base na metodologia do Planeamento em Saúde, foi avaliado o estadio de empoderamento de uma comunidade de enfermeiros de um ACeS do grande Porto. A partir da auscultação desta comunidade foi possível estabelecer um diagnóstico que revelou “Gestão Comunitária Comprometida”, bem como oito sub-diagnósticos após aplicação de técnicas de priorização, tendo estes sido identificados como problemas prioritários a resolver. Seguindo a metodologia do planeamento em saúde e assente no referencial teórico do MAIEC, foram estabelecidos objetivos específicos e delineadas metas que pudessem servir de fio-de-prumo na consecução do objetivo geral: Melhorar a Gestão Comunitária nos líderes da comunidade de enfermeiros do ACeS, para a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem. A partir daqui foram criados indicadores que permitissem mensurar os resultados obtidos e desenhadas estratégias que levassem ao alcance dos objetivos.

Durante o processo de implementação de estratégias, nomeadamente ao intervir junto desta população específica com sessões formativas, contribuiu-se para a capacitação da mesma no que diz respeito ao seu empoderamento (como processo e como resultado) a partir da abordagem da gestão comunitária. Após a implementação das mesmas e reavaliação de resultados, foi possível verificar uma melhoria significativa da maioria dos indicadores previamente estabelecidos.

A continuidade da implementação deste projeto permitiu um trabalho de cooperação com a instituição, na promoção da vigilância epidemiológica de fenômenos de enfermagem. Importa também salientar que a promoção da vigilância epidemiológica destes fenômenos, diretamente associados aos determinantes de saúde pública, respondem aos indicadores da USP deste ACeS e ao seu Plano Local de Saúde, diretamente associado numa dinâmica complementar ao Plano Nacional de Saúde (PNS), afirmando assim, a gestão deste projeto enformado pelos pressupostos do PNS.

Assim, foram cumpridos os objetivos deste processo de estágio e desenvolvidas as quatro competências associadas ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária:

- “a) Estabelece, com base na metodologia do Planejamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.”

Foram ainda desenvolvidas as competências propostas para a aquisição do Grau de Mestre em Enfermagem, nomeadamente:

O desenvolvimento de uma visão integradora e transformadora na assistência em enfermagem de saúde pública, onde se alicerçam o desenvolvimento das competências especializadas no seu contributo impar para os cuidados às populações, enformados pelos domínios ético, científico e cultural da disciplina e profissão de Enfermagem;

O desenvolvimento de um contexto promotor da compreensão multidisciplinar do contributo dos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária para a saúde das populações, traduzindo a sua individualidade;

O desenvolvimento de uma cultura científica, pela consolidação da evidência sobre a enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário, com a sua aplicação num contexto inovador de exercício profissional como o é a promoção da Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem.

A construção deste relatório de estágio tornou-se uma ferramenta fundamental ao permitir compilar um conjunto de saberes fundamentais ao desenvolvimento deste processo. Contém os resultados mais relevantes da aplicação de um projeto assente nas fases do Planeamento em Saúde e de um importante referencial teórico da disciplina de Enfermagem, o MAIEC. Com tudo o que foi exposto foi possível planear, estabelecer e implementar estratégias de ação, reformular essas estratégias, conhecer os resultados da ação e refletir sobre eles.

Esta reflexão leva a uma vontade crescente de continuar a fazer Enfermagem Comunitária, pelos ganhos que esta poderá trazer às populações e pelo tanto que ainda há por fazer, sendo este um caminho desafiante.

Este processo de mestrado permitiu a aquisição de competências especializadas em Enfermagem Comunitária bem como de competências propostas para a aquisição do Grau de Mestre em Enfermagem. Além disto permitiu crescer de uma forma global como pessoa e profissionalmente. A aquisição destas competências permitirá uma prestação de cuidados mais rica, porque fundamentada nos pressupostos teóricos mais atuais, sempre em busca da excelência no cuidar. Um percurso nem sempre fácil ou linear, mas sem dúvida gratificante e enriquecedor.

BIBLIOGRAFIA

Bastos, J (2018). *Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem: Um projeto de empoderamento comunitário num ACeS do Porto*. Relatório apresentado para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária. Escola de Enfermagem (Porto), Universidade Católica Portuguesa

Bernardino, M. (2017). *Gestão em Saúde: Organização Interna dos Serviços*. Coimbra: Edições Almedina.

Briz, T. (2012). *História da saúde e das doenças - Saúde, Saúde Pública e os Determinantes em Saúde – no fio do tempo*. Edições Colibri. C. M. Torres Vedras.

Bonita, R., Beaglehole, R., Kjellström, T. (2010) *Epidemiologia Básica*. 2ª edição. Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda,.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS; ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2010) - *Servir a comunidade e garantir a continuidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Genebra.

Dias, A., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., Castro, S. (2011) - *Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão de literatura*. Millenium – Journal of Education Thecnologies and Health, nº 40.

Forattini, O.P.; (2004). *Ecologia, Epidemiologia e Sociedade*. 2ª Edição. Editora Artes Médicas. São Paulo.

George, F. (2014). *DGS – Sobre Determinantes da Saúde*. Lisboa

Gomes. D.L.S. (1994). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 2. Nº 1. Ribeirão Preto, Janeiro.

González, M.M.L. (2009). *Ciência e Saúde Coletiva: Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada*. Nº14.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - 7th Global Conference on Health Promotion. Track 1: Community empowerment. Nairobi, 26-30 October 2009 . Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/> (consultado em 12 de Novembro de 2018).

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

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. - ISO/FDIS 18104, Health Informatics, Integration of a Reference Terminology Model for Nursing. 110 2003.[consultado a 2 de Novembro de 2018]. Disponível em: www.umed.pl/pl/_akt/inf_tmp/2013/ISO_18104_2003_ICNP.pdf

Kripalani, S.; Weiss, B. D. (2006). *Teaching About Health Literacy and Clear Communication* – Journal of General Internal Medicine, 21.

Laverak, G. (2008). *Promoção da Saúde - Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta.

Lourenço, Ó. Silva, V. (2008). *Avaliação económica de programas de saúde – Essencial sobre conceitos, metodologia, dificuldades e oportunidades*. Revista Portuguesa de Clínica Geral.2008, Vol.24, nº 6.

Morrondo, P. N. (2000). *Promoción de la salud. - Enfermería comunitária*. Madrid: McGraw-Hill.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *O Planeamento em Saúde no Âmbito do Desenvolvimento Comunitário*. 1 de Fevereiro.

Ordem dos Enfermeiros. (2011) *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, versão 2.0. Lisboa.

OMS. (1997). *A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI*

Pereira J. (1998). *Economia da saúde: um glossário de termos e conceitos*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Pereira, S. D.; (2007). *Conceitos e Definições de Saúde e Vigilância Epidemiológica usados na Vigilância Sanitária*. São Paulo, Março.

Reis, V. (2007). *Gestão em Saúde: um espaço de diferença*. Lisboa: Companhia da Ideias.

República Portuguesa; (2018). Regulamento nº 428/2018 - Diário da República; 2ª série, nº135; 16 de Julho

República Portuguesa; (2015). Segunda alteração do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lei Nº 156/2015 de 16 de Setembro - Diário da República; 1.ª série N.º 181; 16 de Setembro

República Portuguesa; (2013). Decreto-Lei nº 137/2013 – Diário da República, 1ª Série, nº 193; 10 de Outubro.

Silva, L.F. (2002). *Promoção da saúde*. Universidade Aberta, Lisboa.

Sousa, F.A.M.R.; Goulart, M.J.G.; Braga, A.M.S.; Medeiros, C.M.O.; Rego, D.C.M.; Vieira, F.G.; Pereira, H.J.A.R.; Tavares, H.M.C.V. , Loura, M.M.P., (2017). *Revista de Saúde Pública: Estabelecimento de prioridades em saúde numa comunidade: análise de um percurso*. Ponta Delgada.

Stanhope M. e Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7ª Edição. Lusodidacta. Loures.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa. Ministério da Saúde.

Teixeira, C. (2010). *Planejamento em Saúde – Conceito, métodos e experiências*. Editora da Universidade Federal da Bahia. Salvador.

Universidade Católica Portuguesa. (2018). *Guia de Mestrado em Enfermagem: Enfermagem Competência e Responsabilidade no Cuidado Humano – Mestrado em Enfermagem 2018/2019*

APÊNDICES

APÊNDICE I – Questões orientadoras do questionário, de acordo com as dimensões de diagnóstico do MAIEC

QUADRO 5 -CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO SEGUNDO AS DIMENSÕES E SUB-DIMENSÕES DA MATRIZ DE DECISÃO DO MAIEC

Dimensões de Diagnóstico	Sub-dimensões de diagnóstico	Questões
Processo Comunitário	Coping	<p>Considera que a sua unidade tem os recursos adequados para que possa contribuir eficazmente com o seu diagnóstico, para uma vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem?</p> <p>Se respondeu “Não” na questão anterior, que recursos considera ter em falta? (por exemplo, recursos humanos, recursos materiais como computadores, recursos logísticos como carros para deslocação, recursos organizacionais como horários, ou outros)</p>
Participação Comunitária	Comunicação	<p>Existe na sua unidade um líder formal para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem? Por exemplo um interlocutor para os sistemas de informação em enfermagem.</p> <p>Considera que o circuito de comunicação entre a sua unidade e o restante ACeS é eficaz para compreender a importância da sua documentação para o diagnóstico de saúde pública, associado aos diagnósticos de enfermagem?</p>
	Parcerias	<p>Considera que a sua unidade tem parcerias formais que possam melhorar a sua documentação dos diagnósticos e promovam a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem? (por exemplo, uma parceria com um expert em documentação em enfermagem, ou com a ACSS ou entre a sua unidade e a USP)</p>
	Estruturas Organizativas	<p>Considera que existem estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), envolvendo a sua unidade, no diagnóstico de saúde pública, associado aos diagnósticos de enfermagem?</p>
	Conhecimento	<p>Conhece o Diagnóstico Local de Saúde da USP do ACES Porto Oriental?</p> <p>Considera possuir conhecimento suficiente para diagnosticar no foco Edifício Residencial?</p> <p>Considera possuir conhecimento suficiente para diagnosticar no foco Rendimento Familiar?</p>

Liderança Comunitária		<p>Considera possuir conhecimento suficiente para diagnosticar no foco Abastecimento de Água?</p> <p>Considera possuir conhecimento suficiente para diagnosticar no foco Papel de Prestador de Cuidados?</p> <p>Considera possuir conhecimento suficiente para diagnosticar no foco Gestão do Regime Terapêutico nos doentes com Diabetes Mellitus e com Hipertensão Arterial?</p> <p>Identifique um indicador de saúde pública que considere que possa ser adquirido com a sua documentação (se não souber escreva "Não sei")</p> <p>Sabe qual é o processo de avaliação do impacto epidemiológico dos fenómenos de enfermagem?</p> <p>Considera ter formação suficiente sobre sistemas de informação e documentação em enfermagem, que lhe permitam documentar adequadamente os seus cuidados?</p> <p style="padding-left: 40px;">Se respondeu “Não” na questão anterior, quais as necessidades formativas que considera necessitar?</p>
	Crenças	<p>Considera importante o seu contributo documental, no que diz respeito à avaliação dos focos referidos, para a melhoria dos indicadores de Saúde Pública?</p>

		<p>Considera que um projeto que promova a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, resultará em ganhos em saúde?</p> <p>Considera que um ou mais dos focos em avaliação, (Edifício Residencial, Rendimento Familiar, Abastecimento de Água, Papel de Prestador de Cuidados, Gestão do Regime Terapêutico nos doentes com Diabetes Mellitus e com Hipertensão Arterial), possam não ter relevância do ponto de vista epidemiológico, como indicador do cuidado de enfermagem?</p> <p>Se sim, qual e porquê?</p> <p>Sente que o seu envolvimento num projeto do seu ACeS, que promova a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, possa representar um contributo importante para a melhoria dos indicadores de Saúde Pública?</p>
	Volição	Sente-se motivado/a para participar num projeto do seu ACeS, que promova a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem?

APÊNDICE II – Questionário

Projeto: Vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem

Na continuidade do projeto iniciado em 2017, o ACeS [REDACTED] mantém a parceria com a Universidade Católica Portuguesa (UCP), articulando entre o Mestrado em Enfermagem Comunitária o projeto MAIEC do Nursing Research Lab do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da UCP. Iniciado anteriormente pela Mestre Joana Bastos, terá a sua continuidade, no momento atual, pela mestranda Catarina Fernandes. Este tem como finalidade contribuir para a promoção da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem no ACeS. Na mesma linha de continuidade, os fenómenos em estudo mantêm-se, sendo eles o Edifício Residencial, Rendimento Familiar, Abastecimento de Água, Gestão do Regime Terapêutico (Diabéticos), Gestão do Regime Terapêutico (HTA) e Papel de Prestador de Cuidados.

Usamos como referência na elaboração deste questionário o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), desenvolvido por Melo (2016), que permite encarar o ACeS [REDACTED] como uma comunidade, alvo da intervenção dos Enfermeiros.

Este projeto tem como tutor responsável o Enfermeiro [REDACTED] e [REDACTED] e membro do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem do ACeS [REDACTED], como orientador científico o Prof. Doutor Pedro Melo da Universidade Católica Portuguesa.

Garantimos a confidencialidade e o anonimato dos seus dados durante o processo de análise e partilha dos resultados deste questionário.

A vossa colaboração será de extrema importância, para que possamos construir um diagnóstico de saúde que decorra das necessidades de intervenção identificadas. Assim, pedimos que respondam a este questionário, que elaborámos de forma a que despendam de poucos minutos do vosso tempo. Agradecemos desde já a vossa colaboração.

Para qualquer esclarecimento ou comentário adicionais, podem contactar o orientador científico através do mail (pmelo@porto.ucp.pt) ou do contacto tlm: 916725122.

Questionário

As primeiras seis questões destinam-se à caracterização socioprofissional, as seguintes contribuirão para conhecer a sua apreciação face aos diversos temas relacionadas com o projeto

1 -Em que unidade do ACeS [REDACTED] exerce funções?

Assinale apenas uma opção.

- UCC [REDACTED]
- UCC [REDACTED]
- UCSP [REDACTED]
- UCSP [REDACTED]
- UCSP [REDACTED]
- USF [REDACTED]
- USF [REDACTED]
- USF [REDACTED]
- USF [REDACTED]
- USF [REDACTED]
- USF [REDACTED]
- USF [REDACTED]
- USF [REDACTED]
- USP [REDACTED]

2 - Habilitações

Assinale apenas uma opção.

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

3 - Se apresenta mestrado ou doutoramento, em que área de estudo aprofundou os seus conhecimentos?

4 - Possui alguma especialidade em Enfermagem?

Assinale apenas uma opção.

- Especialidade em Enfermagem Comunitária
- Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil
- Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna
- Especialidade em Enfermagem de Reabilitação
- Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica
- Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental
- Não possuo especialidade

5 – Quanto tempo de experiência profissional como enfermeiro/a possui?

(em anos)

6 – Há quanto tempo exerce funções na unidade funcional do ACeS a que pertence?

(em anos)

7 - Considera que a sua unidade tem os recursos adequados para que possa contribuir eficazmente com o seu diagnóstico, para uma vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem?

- Sim
- Não

8 - Se respondeu “Não” na questão anterior, que recursos considera ter em falta? (por exemplo, recursos humanos, recursos materiais como computadores, recursos logísticos como carros para deslocação, recursos organizacionais como horários, ou outros)

9 - Existe na sua unidade um líder formal para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem? Por exemplo um interlocutor para os sistemas de informação em enfermagem.

- Sim
- Não

10 - Considera que o circuito de comunicação entre a sua unidade e o restante ACeS é eficaz para compreender a importância da sua documentação para o diagnóstico de saúde pública, associado aos diagnósticos de enfermagem?

- Sim
- Não

11 - Considera que a sua unidade tem parcerias formais que possam melhorar a sua documentação dos diagnósticos e promovam a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem? (por exemplo, uma parceria com um expert em documentação em enfermagem, ou com a ACSS ou entre a sua unidade e a USP)

- Sim
- Não

12 – Conhece o Diagnóstico Local de Saúde da Unidade de Saúde Pública do Aces [REDACTED] [REDACTED]?

- Sim

- Não

13 - Considera que existem estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), envolvendo a sua unidade, no diagnóstico de saúde pública, associado aos diagnósticos de enfermagem?

- Sim
- Não

14 - Considera possuir conhecimento suficiente para diagnosticar no foco Edifício Residencial?

- Sim
- Não

15 - Considera possuir conhecimento suficiente para diagnosticar no foco Rendimento Familiar?

- Sim
- Não

16 - Considera possuir conhecimento suficiente para diagnosticar no foco Abastecimento de Água?

- Sim
- Não

17 - Considera possuir conhecimento suficiente para diagnosticar no foco Papel de Prestador de Cuidados?

- Sim
- Não

18 - Considera possuir conhecimento suficiente para diagnosticar no foco Gestão do Regime Terapêutico nos doentes com Diabetes Mellitus e com Hipertensão Arterial?

- Sim
- Não

19 - Identifique um determinante de saúde pública que considere que possa ser avaliado com a sua documentação (se não souber escreva "Não sei")

20 - Sabe qual é o processo de avaliação do impacto epidemiológico dos fenómenos de enfermagem?

- Sim
- Não

21 - Considera ter formação suficiente sobre sistemas de informação e documentação em enfermagem, que lhe permitam documentar adequadamente os seus cuidados?

- Sim
- Não

22 - Se respondeu “Não” na questão anterior, quais as necessidades formativas que considera necessitar?

23 - Considera importante o seu contributo documental, no que diz respeito à avaliação dos focos referidos, para a melhoria dos indicadores de Saúde Pública?

- Sim
- Não

24 - Considera que um projeto que promova a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, resultará em ganhos em saúde?

- Sim
- Não

25 - Considera que algum dos focos em avaliação, (Edifício Residencial, Rendimento Familiar, Abastecimento de Água, Papel de Prestador de Cuidados, Gestão do Regime Terapêutico nos doentes com Diabetes Mellitus e com Hipertensão Arterial), possam não ter relevância do ponto de vista epidemiológico, como indicador do cuidado de enfermagem?

- Sim
- Não

26 - Se “Sim”, qual e porquê?

27 - Sente-se motivado/a para participar num projeto do seu ACeS, que promova a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem?

- Sim
- Não

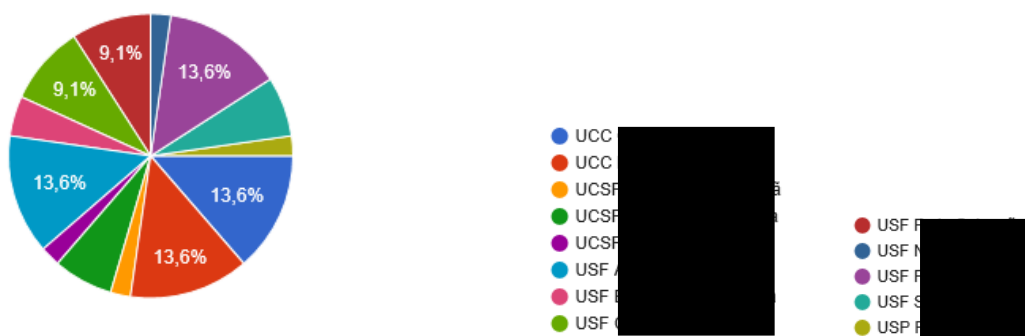
28 - Sente que o seu envolvimento num projeto do seu ACeS, que promova a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, possa representar um contributo importante para a melhoria dos indicadores de Saúde Pública?

- Sim
- Não

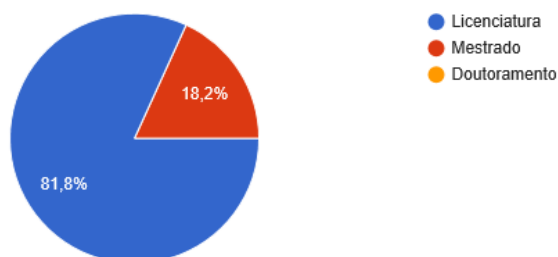
29 – De que forma considera que o seu envolvimento possa contribuir para a vigilância dos fenómenos de enfermagem?

APÊNDICE III – Respostas ao QUESTIONÁRIO I

Em que unidade do ACeS [REDACTED] exerce funções?



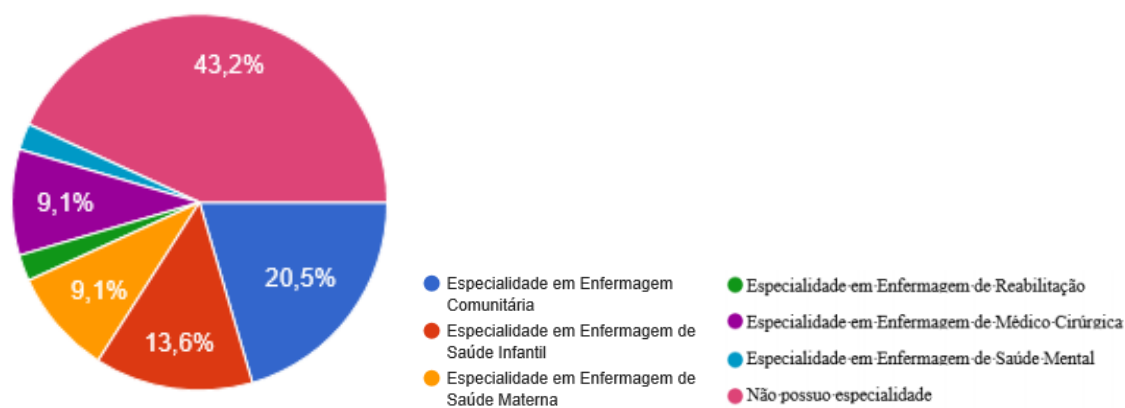
Habilitações



Se apresenta mestrado ou doutoramento, em que área de estudo aprofundou os seus conhecimentos?

Dos 44 enfermeiros que colaboraram no preenchimento do questionário, 6 responderam a este item, referindo as seguintes áreas: nutrição clínica, enfermagem comunitária, controle de infeção, RNCCI e Qualidade, adesão e mitivação de utentes com HTA, saúde mental e psiquiátrica, enfermagem médico-cirúrgica.

4 - Possui alguma especialidade em Enfermagem?



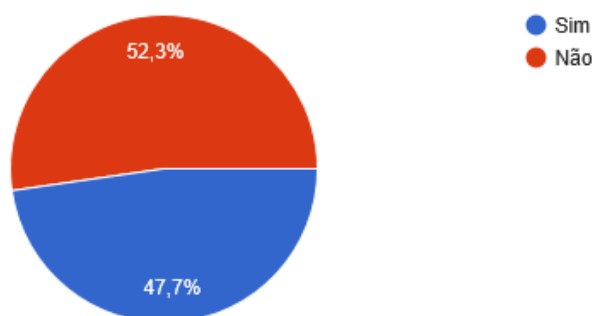
5 – Quanto tempo de experiência profissional como enfermeiro/a possui?

Experiência Profissional	Anos
Média	18,3
Mínimo	11
Máximo	30

6 – Há quanto tempo exerce funções na unidade funcional do ACeS a que pertence?

Exercício na Unidade	Anos
Média	11,99
Mínimo	0
Máximo	25

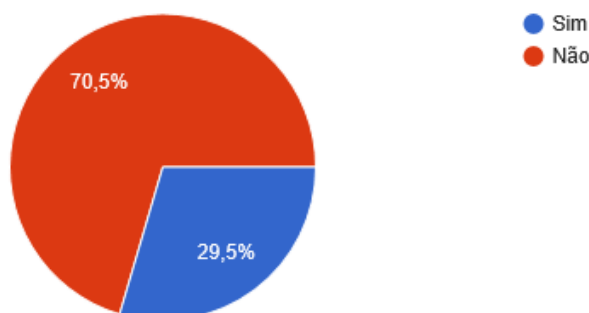
7 - Considera que a sua unidade tem os recursos adequados para que possa contribuir eficazmente com o seu diagnóstico, para uma vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem?



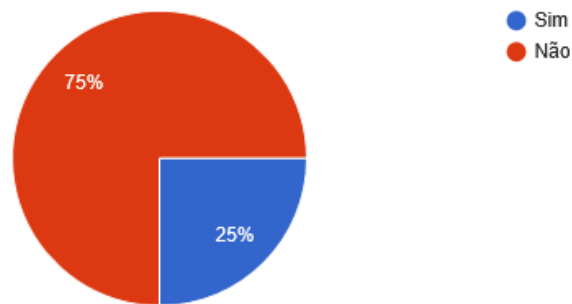
8 - Se respondeu “Não” na questão anterior, que recursos considera ter em falta? (por exemplo, recursos humanos, recursos materiais como computadores, recursos logísticos como carros para deslocação, recursos organizacionais como horários, ou outros)

Dos 44 indivíduos que responderam ao questionário, 23 não responderam à questão, 21 responderam: “recursos materiais, logísticos e organizacionais, recursos humanos, computadores, salas e áreas para utentes, carros para deslocações, horários, sistema informático muito lento”.

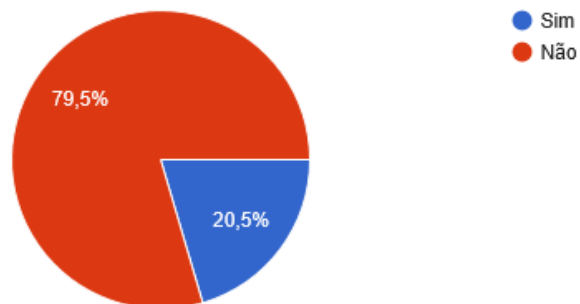
9 - Existe na sua unidade um líder formal para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem? Por exemplo um interlocutor para os sistemas de informação em enfermagem.



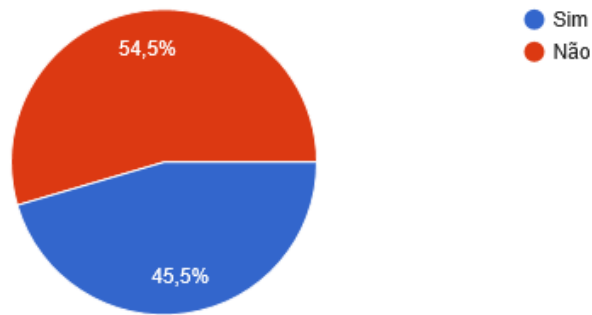
10 - Considera que o circuito de comunicação entre a sua unidade e o restante ACeS é eficaz para compreender a importância da sua documentação para o diagnóstico de saúde pública, associado aos diagnósticos de enfermagem?



11 - Considera que a sua unidade tem parcerias formais que possam melhorar a sua documentação dos diagnósticos e promovam a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem? (por exemplo, uma parceria com um expert em documentação em enfermagem, ou com a ACSS ou entre a sua unidade e a USP)

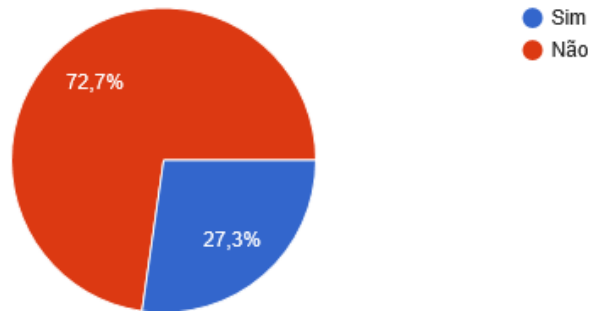


12 – Conhece o Diagnóstico Local de Saúde da Unidade de Saúde Pública do Aces [REDACTED]

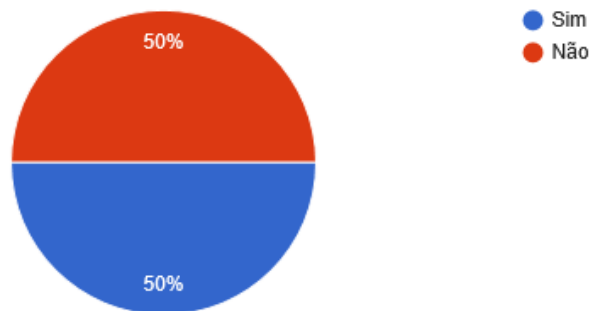


Oriental?

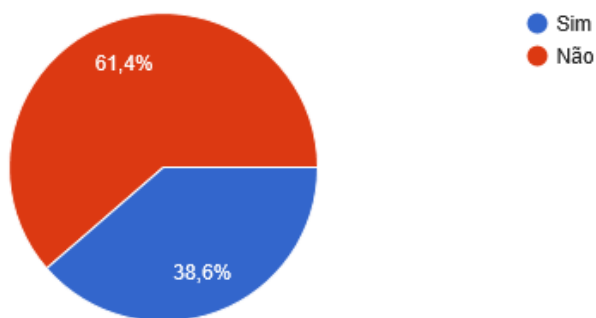
13 - Considera que existem estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), envolvendo a sua unidade, no diagnóstico de saúde pública, associado aos diagnósticos de enfermagem?



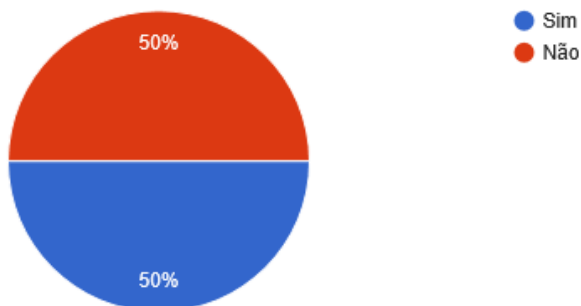
14 - Considera possuir conhecimento suficiente para diagnosticar no foco Edifício Residencial?



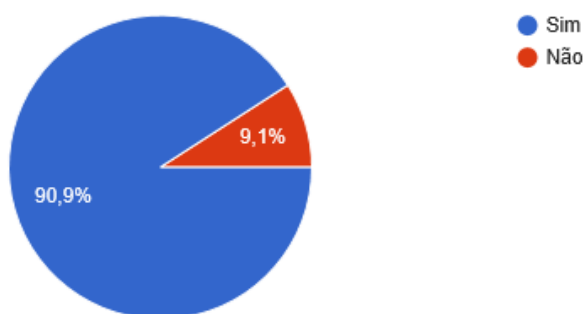
15 - Considera possuir conhecimento suficiente para diagnosticar no foco Rendimento Familiar?



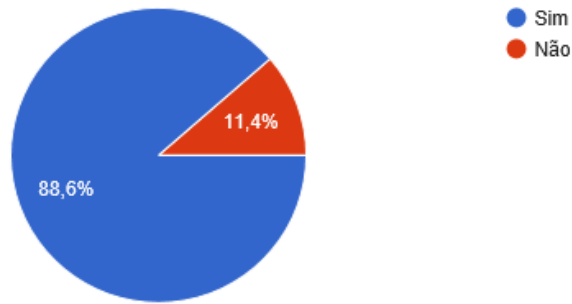
16 - Considera possuir conhecimento suficiente para diagnosticar no foco Abastecimento de Água?



17 - Considera possuir conhecimento suficiente para diagnosticar no foco Papel de Prestador de Cuidados?



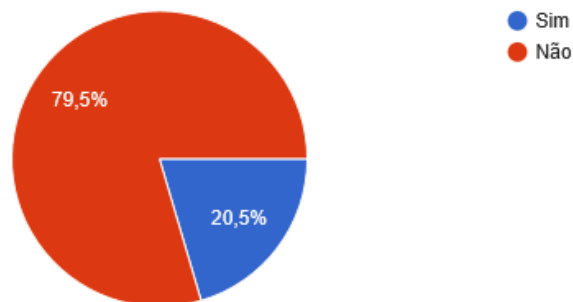
18 - Considera possuir conhecimento suficiente para diagnosticar no foco Gestão do Regime Terapêutico nos doentes com Diabetes Mellitus e com Hipertensão Arterial?



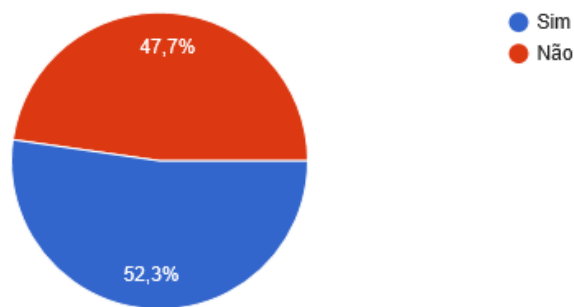
19 - Identifique um determinante de saúde pública que considere que possa ser avaliado com a sua documentação (se não souber escreva "Não sei")

Dos 44 participantes, 32 responderam de forma errada, 12 responderam corretamente.

20 - Sabe qual é o processo de avaliação do impacto epidemiológico dos fenómenos de enfermagem?



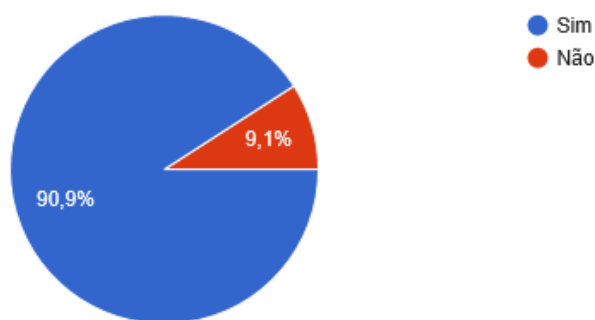
21 - Considera ter formação suficiente sobre sistemas de informação e documentação em enfermagem, que lhe permitam documentar adequadamente os seus cuidados?



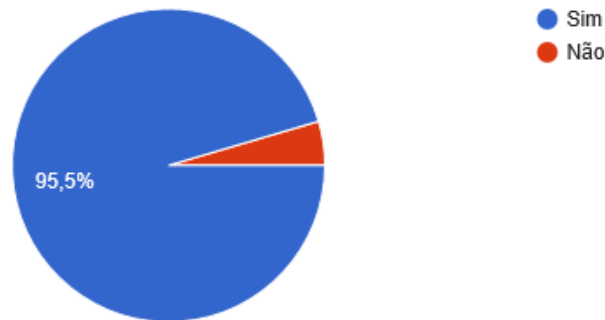
22 - Se respondeu “Não” na questão anterior, quais as necessidades formativas que considera necessitar?

17 enfermeiros responderam a este item: “atualização e formação no Sclinic, sistemas de informação e documentação em enfermagem, registos com evidência na prática clínica (adaptar os registos ao que realmente avaliamos e aos ensinamentos que fazemos de uma forma mais simples), linguagem CIPE, modelos ou paradigmas que se adequem à realidade no terreno, como documentar os diagnósticos na família”.

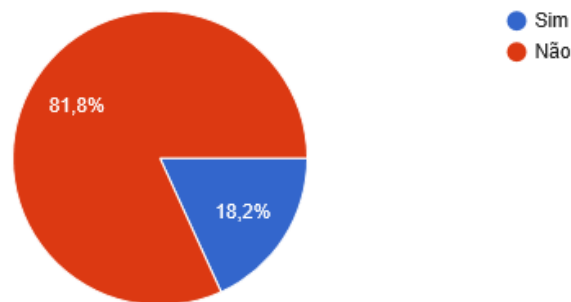
23 - Considera importante o seu contributo documental, no que diz respeito à avaliação dos focos referidos, para a melhoria dos indicadores de Saúde Pública?



24 - Considera que um projeto que promova a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, resultará em ganhos em saúde?



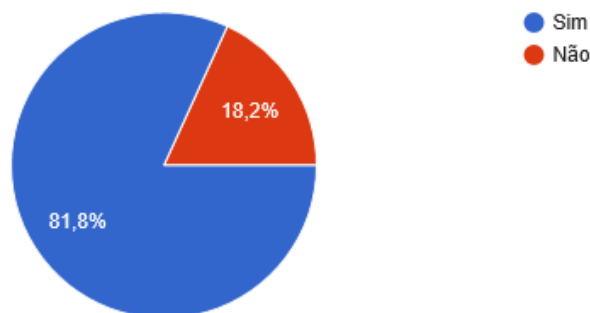
25 - Considera que algum dos focos em avaliação, (Edifício Residencial, Rendimento Familiar, Abastecimento de Água, Papel de Prestador de Cuidados, Gestão do Regime Terapêutico nos doentes com Diabetes Mellitus e com Hipertensão Arterial), possam não ter relevância do ponto de vista epidemiológico, como indicador do cuidado de enfermagem?



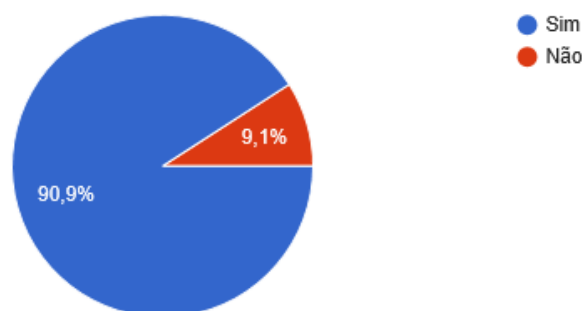
26 - Se “Sim”, qual e porquê?

Dois Enfermeiros responderam a este item: “edifício residencial, abastecimento de água e rendimento familiar. foco de atuação das assistentes sociais.”
 “Edifício residencial, rendimento familiar, abastecimento de água, são pouco sensíveis aos cuidados de enfermagem”.

27 - Sente-se motivado/a para participar num projeto do seu ACeS, que promova a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem?



27 - Sente que o seu envolvimento num projeto do seu ACeS, que promova a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, possa representar um contributo importante para a melhoria dos indicadores de Saúde Pública?



28 – De que forma considera que o seu envolvimento possa contribuir para a vigilância dos fenómenos de enfermagem?

Dos 44 enfermeiros que responderam a este questionário 18 responderam a este item. Referiram a necessidade de reuniões com a restante equipa de enfermagem para partilha e discussão de estratégias, para motivação para os registos de enfermagem. Referem também a documentação adequada dos cuidados prestados, experiência, dedicação, articulação com a USP, proximidade às famílias e locais onde estão inseridas.

APÊNDICE IV – Quadro de priorização: ponderações atribuídas a cada problema

QUADRO 6 - RESULTADO DO PROCESSO DE PRIORIZAÇÃO: PONDERAÇÕES ATRIBUÍDAS A CADA PROBLEMA

Lista de Diagnósticos	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Total
Processo Comunitário				
Coping ineficaz (recursos), em 52,3%	1	2	0	3
Participação Comunitária				
Percepção da existência de um líder não demonstrada em 70,5%	2	3	2	7
Comunicação ineficaz, sobre vigilância epidemiológica, percebida em 75%	3	3	2	8
Parcerias inexistentes, na percepção de 79,5%	3	1	1	5
Estruturas organizativas inexistentes, na percepção de 72,7%	2	3	3	8
Liderança Comunitária				
Conhecimento dos membros da comunidade sobre o Diagnóstico Local de Saúde, não demonstrado em 54,5%	1	2	2	5
Percepção de conhecimento não demonstrado sobre diagnosticar no foco Edifício Residencial em 50%	1	3	3	7
Percepção de conhecimento não demonstrado sobre diagnosticar no foco Rendimento Familiar em 61,4%	1	3	3	7
Percepção de conhecimento não demonstrado sobre diagnosticar no foco Abastecimento de Água em 50%	1	3	3	7

Percepção de conhecimento não demonstrado sobre diagnosticar no foco Papel de Prestador de Cuidados em 9,1%	0	3	1	4
Percepção de conhecimento não demonstrado sobre diagnosticar no foco Gestão do Regime Terapêutico (DM e HTA), em 11,4%	0	3	1	4
Conhecimento dos membros da comunidade não demonstrado, sobre determinantes de saúde Pública em 72,7%	3	2	3	8
Percepção de conhecimento sobre o processo de vigilância epidemiológica não demonstrado em 79,5%	3	3	3	9
Percepção de conhecimento sobre sistemas de informação em Enfermagem, não demonstrado em 47,7%	0	3	2	5
Crenças sobre a importância da documentação para a melhoria dos indicadores de Saúde Pública, comprometidos em 9,1%	0	3	1	4
Crenças sobre a importância dos focos em análise comprometidas em 18,2%	0	3	1	4
Crenças sobre a importância do envolvimento individual para a vigilância epidemiológica comprometidas em 9,1%	0	3	1	4
Volição para a participação no projeto não demonstrado em 18,2%	0	3	2	5

APÊNDICE V – Questionário II – Aplicação aos líderes da ODE

Projeto: Vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem

Na continuidade do projeto iniciado em 2017, que tem como finalidade contribuir para a promoção da vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem no ACeS, surge a necessidade da aplicação do seguinte questionário a si, como líder neste processo, por integrar o Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem (ODE). Usamos como referência o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), desenvolvido por Melo (2016), que permite encarar o ACeS [REDACTED] como uma comunidade e apresentamos as questões que decorrem das áreas identificadas como prioritárias a partir do questionário aplicado a todos os enfermeiros do ACeS.

Garantimos a confidencialidade e o anonimato dos seus dados durante o processo de análise e partilha dos resultados deste questionário.

Agradecemos desde já a sua colaboração, que é fundamental.

Para qualquer esclarecimento ou comentário adicionais, pode contactar o orientador científico através do e-mail (pmelo@porto.ucp.pt) ou do contacto tlm: 916725122.

Aceito participar neste projeto, preenchendo este questionário, tendo sido previamente informado (a) sobre os objetivos do mesmo. SIM NÃO

1 - Habilitações
Assinale apenas uma opção.

- Licenciatura
 Mestrado
 Doutoramento

2 - Tem alguma especialidade em Enfermagem?
Assinale apenas uma opção.

- SIM
 NÃO

3 - Há quanto tempo exerce funções na unidade funcional do ACeS a que pertence?

- 0-5 Anos
 >5-10 Anos
 >10-20 Anos

4 - Sabe qual é o processo de avaliação do impacto epidemiológico dos fenómenos de enfermagem?

- SIM
 NÃO

5 - Considera que o circuito de comunicação entre a sua unidade e o restante ACeS é eficaz para compreender a importância da sua documentação para o diagnóstico de saúde pública, associado aos diagnósticos de enfermagem?

- SIM
 NÃO

6 - Identifique um determinante de saúde pública que considere que possa ser avaliado com a sua documentação (se não souber escreva "Não sei")

7 - Considera que existem estruturas organizativas (como comissões ou grupos de trabalho), envolvendo a sua unidade, no diagnóstico de saúde pública, associado aos diagnósticos de enfermagem?

SIM

NÃO

8 - Existe na sua unidade um líder formal para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem? Por exemplo um interlocutor para os sistemas de informação em enfermagem.

SIM

NÃO

9 - Considera possuir conhecimento suficiente para diagnosticar no foco Edifício Residencial?

SIM

NÃO

10 - Considera possuir conhecimento suficiente para diagnosticar no foco Rendimento Familiar?

SIM

NÃO

11 - Considera possuir conhecimento suficiente para diagnosticar no foco Abastecimento de Água?

SIM

NÃO

Muito obrigado pela sua colaboração!

Mais um passo no caminho desta história que está a ajudar a construir!

Bem haja!

Catarina Fernandes

APÊNDICE VI – Respostas ao Questionário I, aplicado aos líderes da
Comunidade ODE

QUADRO 7 - RESULTADOS DA PRIMEIRA APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO AOS LÍDERES DA ODE

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	ESPECIALIDADE	TEMPO DE EXERCÍCIO NA UNIDADE	LIDERANÇA COMUNITÁRIA - CONHECIMENTO SOBRE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (Processo de Avaliação)	PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA (COMUNICAÇÃO)	LIDERANÇA COMUNITÁRIA - CONHECIMENTO SOBRE DETERMINANTES DE SAÚDE PÚBLICA	PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA (ESTRUTURAS ORGANIZATIVAS)	PERCEÇÃO DE EXISTÊNCIA DE LÍDER PROM DOCUMENTAÇÃO	LIDERANÇA COMUNITÁRIA - CONHECIMENTO EDIFÍCIO RESIDENCIAL	LIDERANÇA COMUNITÁRIA - CONHECIMENTO RENDIMENTO FAMILIAR	LIDERANÇA COMUNITÁRIA - CONHECIMENTO ABASTECIMENTO DE ÁGUA
Mestrado	Sim	>10-20	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Mestrado	Sim	>10-20	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Mestrado	Sim	0-5	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Licenciatura	Sim	>5-10	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Licenciatura	Não	>5-10	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Mestrado	Sim	>10-20	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Licenciatura	Não	>10-20	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Mestrado	Sim	>10-20	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Licenciatura	Sim	>5-10	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Licenciatura	Sim	>5-10	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Licenciatura	Sim	0-5	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Mestrado	Sim	0-5	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Licenciatura	Sim	>10-20	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não

GRÁFICO 4 - ENFERMEIROS COM TÍTULO DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA

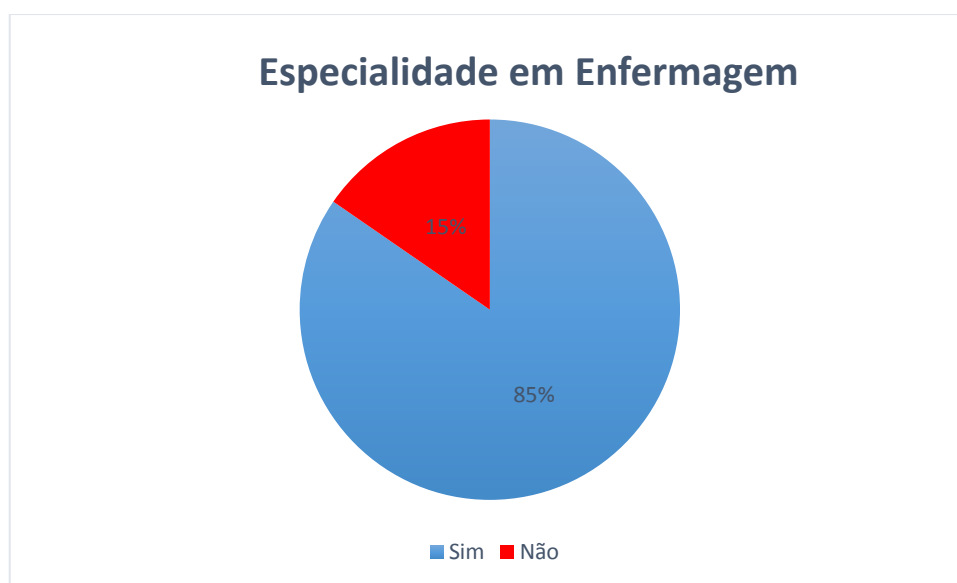


GRÁFICO 5 - TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL

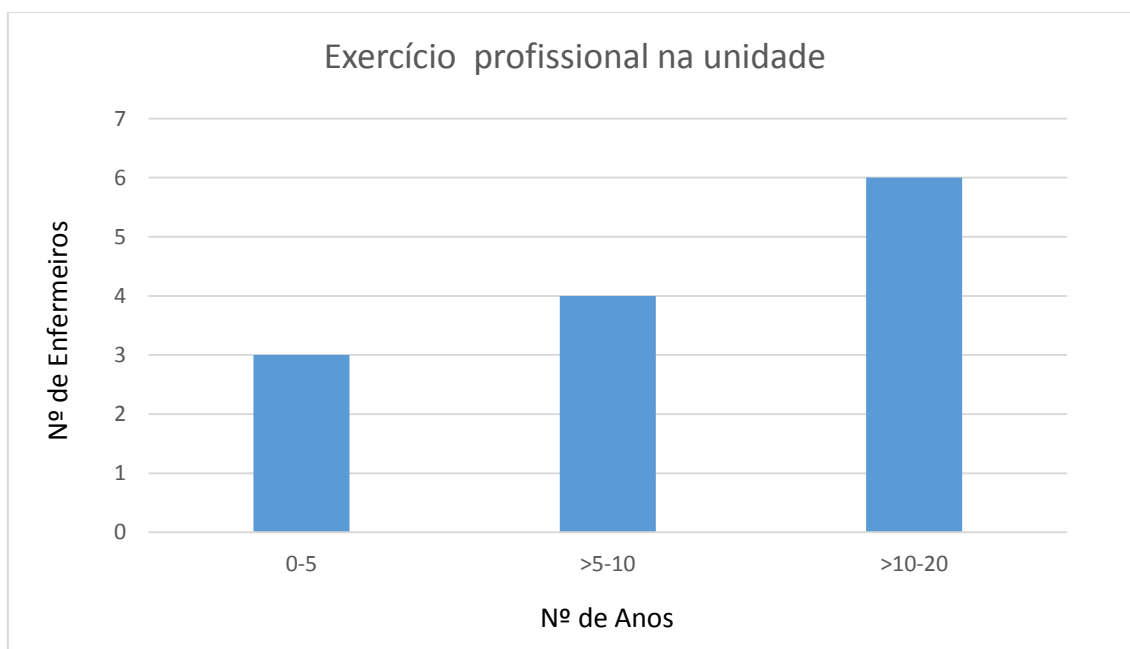
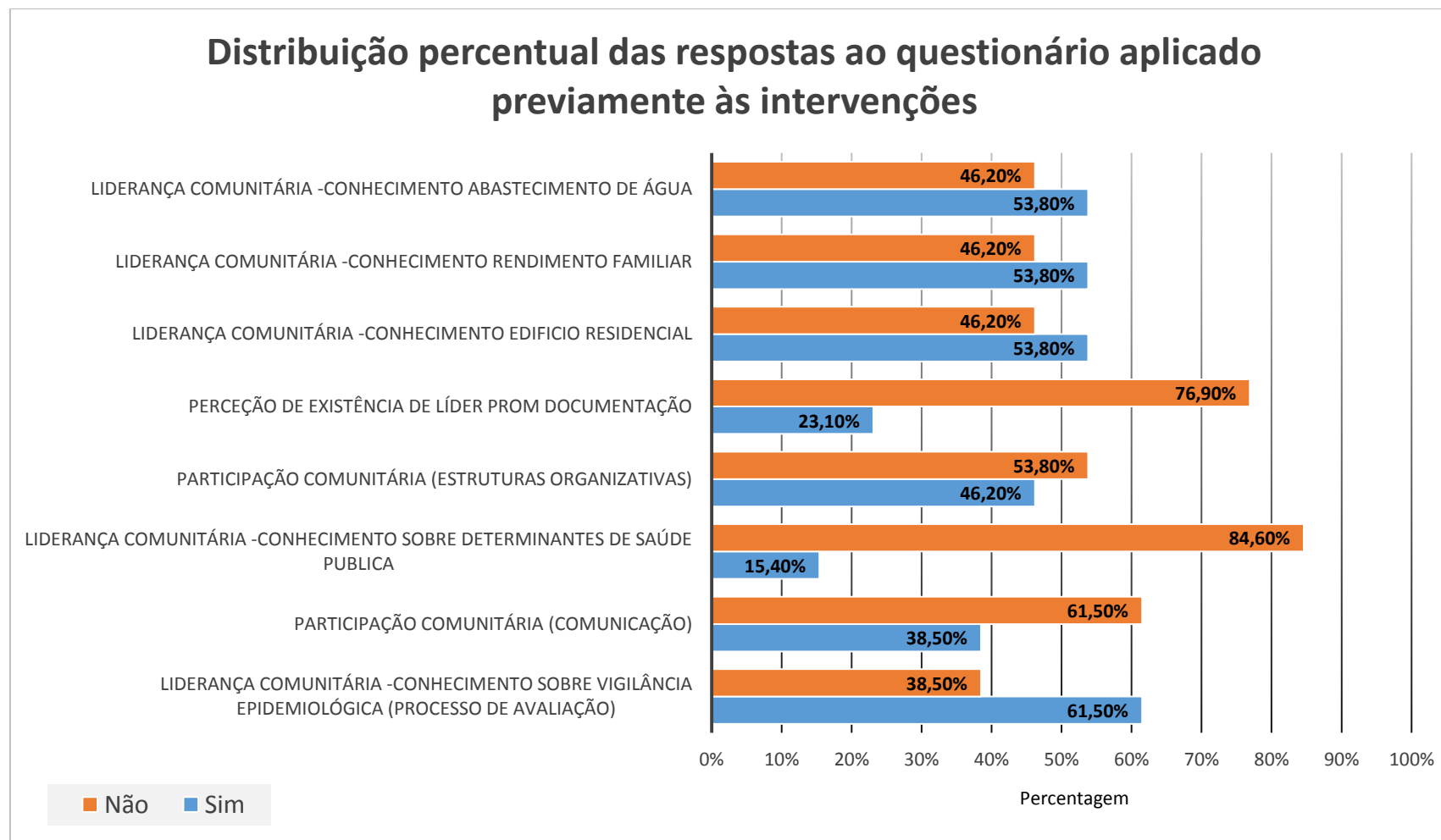


GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO APLICADO PREVIAMENTE ÀS INTERVENÇÕES



APÊNDICE VII – Resultados da 2ª fase de aplicação do questionário aos líderes da comunidade ODE

QUADRO 8 - RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO APLICADO AOS LÍDERES DA COMUNIDADE ACES, APÓS INTERVENÇÕES.

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	ESPECIALIDADE	TEMPO DE EXERCÍCIO NA UNIDADE	LIDERANÇA COMUNITÁRIA - CONHECIMENTO SOBRE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (Processo de Avaliação)	PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA (COMUNICAÇÃO)	LIDERANÇA COMUNITÁRIA - CONHECIMENTO SOBRE DETERMINANTES DE SAÚDE PÚBLICA	PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA (ESTRUTURAS ORGANIZATIVAS)	PERCEÇÃO DE EXISTÊNCIA DE LÍDER PROM DOCUMENTAÇÃO	LIDERANÇA COMUNITÁRIA - CONHECIMENTO EDIFÍCIO RESIDENCIAL	LIDERANÇA COMUNITÁRIA - CONHECIMENTO RENDIMENTO FAMILIAR	LIDERANÇA COMUNITÁRIA - CONHECIMENTO ABASTECIMENTO DE ÁGUA
Mestrado	Sim	0-5	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Mestrado	Sim	0-5	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Mestrado	Sim	>10-20	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Licenciatura	Sim	>5-10	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Licenciatura	Não	>5-10	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Mestrado	Sim	>10-20	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Licenciatura	Não	>10-20	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Mestrado	Sim	>10-20	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Licenciatura	Sim	>5-10	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Licenciatura	Sim	>5-10	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Licenciatura	Sim	>5-10	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Mestrado	Sim	>10-20	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Licenciatura	Sim	>10-20	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim

APÊNDICE VIII – Sessão de Formação 1 aos líderes do ODE

Unidades de Competência

Artigo 2.º do Regulamento n.º 425/2015, DR 2.ª série — N.º 135

- As Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública são as seguintes apresentadas:
- a) Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

4

Aplicado Questionário na Comunidade ACeS Porto Oriental

MAIEC



Diagnósticos

5

Priorização de Diagnósticos

- P1- Perceção de conhecimento sobre o processo de vigilância epidemiológica não demonstrado em 80,5%
- P2- Comunicação ineficaz, sobre vigilância epidemiológica, não percecionada em 78%
- P3- Conhecimento dos membros da comunidade não demonstrado, sobre determinantes de saúde Pública em 78%
- P4- Estruturas organizativas inexistentes, na perceção de 73,2%

6

Priorização de Diagnósticos

- P5- Perceção da existência de um líder não demonstrada em 70,7%
- P6- Perceção de conhecimento não demonstrado sobre diagnosticar no foco Rendimento Familiar em 58,5%
- P7- Perceção de conhecimento não demonstrado sobre diagnosticar no foco Edifício Residencial em 51,2%
- P8- Perceção de conhecimento não demonstrado sobre diagnosticar no foco Abastecimento de Água em 51,2%

7

Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem

Determinantes de Saúde



8

Determinantes de Saúde

Os determinantes da saúde são considerados os fatores que influenciam ou determinam a saúde dos cidadãos.

- **Fixos ou biológicos:** idade, sexo e os fatores genéticos.
- **Sociais e económicos:** pobreza, emprego, posição socioeconómica ou a exclusão social.
- **Ambientais:** habitat, qualidade do ar, da água, o ambiente social.
- **Estilos de vida:** alimentação, a atividade física, tabagismo, alcoolismo, comportamento sexual;
- **Acesso aos serviços:** educação, saúde, os serviços sociais, os transportes e o lazer.

(George, 2014)

9

Determinantes de Saúde



Atuar sobre esses determinantes é a forma mais adequada para melhorar a saúde das pessoas.

10

Vigilância Epidemiológica

Qual a sua importância?



11

Vigilância Epidemiológica

- Estudo da distribuição da doença nas populações e dos fatores que influenciam ou determinam essa distribuição. (Bonita, 2010)
- Dirige o seu estudo às variáveis que estão associadas ou afetam a saúde de uma população.
- Permite conhecer a situação de saúde da comunidade, os fatores causais determinantes do mecanismo de produção das enfermidades, bem como identificar os grupos mais sujeitos aos riscos e as áreas prioritárias de ação. (Gomes, 1994)

12

Vigilância Epidemiológica

É uma ciência fundamental para a saúde pública



Grande contribuição para a melhoria da saúde das populações, sendo essencial no processo de identificação e mapeamento de doenças emergentes



13

Vigilância Epidemiológica Diagnósticos de Enfermagem



Atualmente a vigilância epidemiológica, os objetivos e indicadores focam-se sobretudo em diagnósticos médicos. (diabetes, hipertensão...)

14

Vigilância Epidemiológica dos Fenômenos de Enfermagem

Edifício Residencial
Rendimento Familiar
Abastecimento de Água



Papel de Prestador de
Cuidados
Gestão do Regime
Terapêutico (DM/ HTA)

Diagnóstico Local de Saúde

15


 **Determinantes de Saúde e os Fenómenos de Enfermagem**

- **Sociais e Económicos** Rendimento Familiar
Edifício Residencial
- **Ambientais** Abastecimento de água e saneamento
- **Estilos de Vida** Gestão do Regime terapêutico
- **Serviços** Papel do Prestador de Cuidados

CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
1862-1800 Catarina Fernandes 16

16

QUAL O CAMINHO?



CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
1862-1800 Catarina Fernandes 17

17

Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem



- **Melhorar a vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem:**
 - Documentar
 - Dar visibilidade ao trabalho desenvolvido

↓

Ganhos em Saúde


CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
1862-1800 Catarina Fernandes 18

18

“Eu não sei qual será o nosso destino, mas uma coisa eu sei: os únicos entre nós que serão realmente felizes, são aqueles que procuraram e encontraram a melhor forma de servir”

Albert Schweitzer


HAJA SAÚDE!



CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
1862-1800 Catarina Fernandes 19

19

APÊNDICE IX – Sessão de Formação 2 aos líderes do ODE



Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem

Dissertação:
 Carolina Fernandes
 Orientadora:
 Prof. Doutor Pedro Iltis
 Tutor:
 Prof. Doutora Tereza

1



Objetivo Geral

- Melhorar a Gestão Comunitária;
- Aumentar o Empoderamento Comunitário do ACeS para a Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem.

2

Objetivos Específicos

Aumentar e otimizar a documentação dos focos:

- Edifício Residencial;
- Rendimento Familiar;
- Abastecimento de água

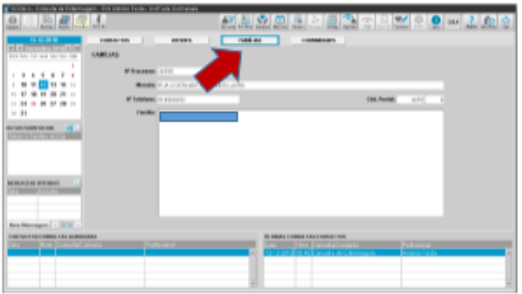
ESTES FOCOS SÃO SUGERIDOS QUANDO SE ABRE O PROCESSO DA FAMÍLIA

3

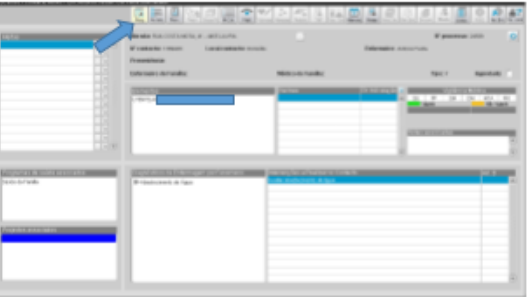


DOCUMENTAR NO PROCESSO FAMILIAR

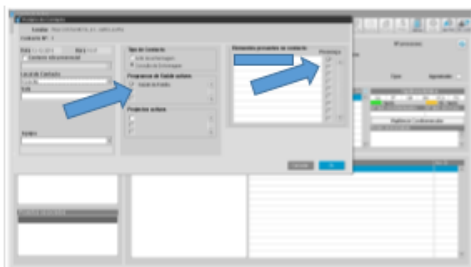
4



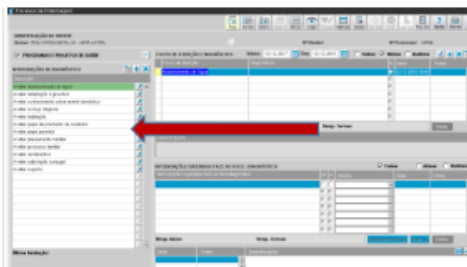
5



6



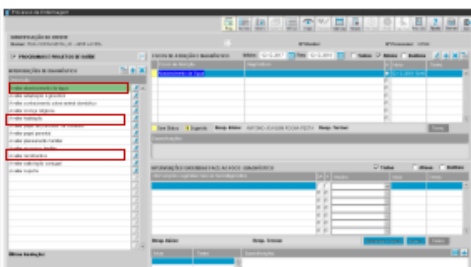
7



8

OS FOCOS
PRIORITÁRIOS FACE AO DLS

9



10

Edifício Residencial



- Espaço habitacional onde reside a família e que lhe proporciona abrigo e proteção
- Esta avaliação inclui como categorias estruturantes aspetos como a existência de barreiras arquitetónicas, o tipo de aquecimento e de abastecimento de gás e ainda a higiene da habitação.
- Tipo de habitação (Barraca, Habitação Social, Apartamento, Vivenda ou Mórada).
- Quais as divisões (Cozinha, Sala, Nº de quartos, Nº de casas de banho (dentro/fora). Os dados relativos à higiene da habitação

(Figueiredo, 2012)

11

Edifício Residencial



Sugere-se a aplicação da Escala de Graffar

Indicador	Descrição	Escala de Graffar				Pontuação	Peso	Total
		1	2	3	4			
1	Existência de barreiras arquitetónicas							
2	Tipo de habitação							
3	Qualidade das divisões							
4	Higiene da habitação							

12

Edifício Residencial



- **Crítérios de Diagnóstico:**
- **Edifício residencial NÃO Seguro se:**
- Tipo de Habitação grau 4 ou grau 5 (Escala de Gratfar) e
- Conhecimento sobre riscos de edifício residencial não seguro NÃO demonstrado
- **Edifício residencial negligenciado se:**
- Se Higiene da Habitação NÃO e/ou
- Conhecimento sobre governo da casa NÃO demonstrado e/ou
- Conhecimento sobre riscos de deficiente higiene habitacional NÃO demonstrado

(Piquetucci, 2012)

13

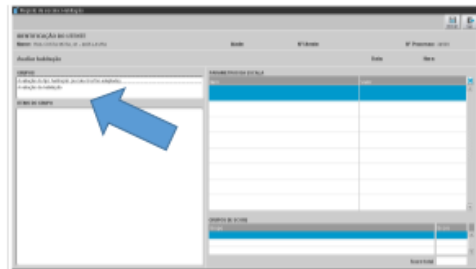
Crítérios relativos ao Tipo de Habitação (Figueredo, 2012)

- Grau 1** - Esquase + bem conservada + aquecimento central ar condicionado + eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, aquecedor/cilindro caldeira, máquina de lavar roupa) + aquecimento básico electricidade + boa ventilação + luz natural = 2 dos seguintes critérios: casa com jardim/court de terra, condomínio privado, acabamentos de luxo; (paredes de decoração raras e caras; (plafão; grão);
- Grau 2** - Esquase + bem conservada + aquecimento central ar condicionado + eletrodomésticos além dos essenciais (fogão, frigorífico, aquecedor/cilindro caldeira, máquina de lavar roupa) + aquecimento básico electricidade + boa ventilação + luz natural.
- Grau 3** - Bem conservada + casa de banho, cozinha, sala e quartos + eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, aquecedor/cilindro caldeira, máquina de lavar roupa) + aquecimento básico electricidade + boa ventilação + luz natural.
- Grau 4** - Condições análogas (espaços muito pequenos) - Mau estado de conservação (humidade, paredes e azulejo em mau estado) - sem todos os eletrodomésticos essenciais (fogão, frigorífico, aquecedor/cilindro caldeira, máquina de lavar roupa) - escassa ventilação - sem um dos seguintes elementos: água saneamento básico/electricidade - escassa ventilação + luz natural.
- Grau 5** - Esquase - Mau estado de conservação (humidade, paredes e azulejo em mau estado) - sem ventilação - condições análogas (espaços muito pequenos) - sem aquecimento básico/electricidade - sem ventilação - sem luz natural.

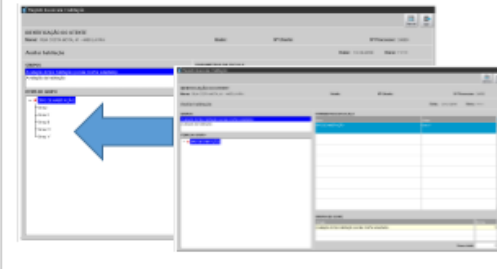
14

Documentar no SClínico

15



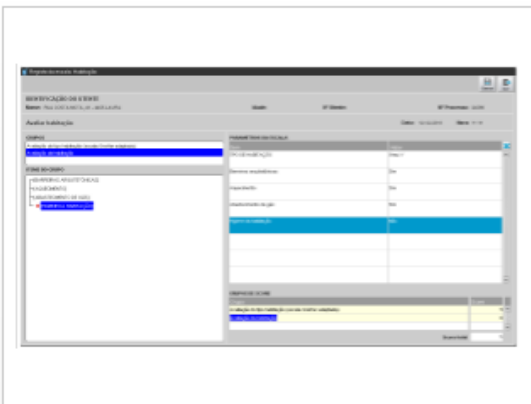
16



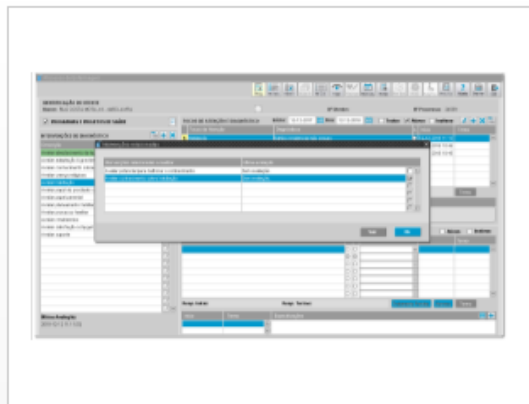
17



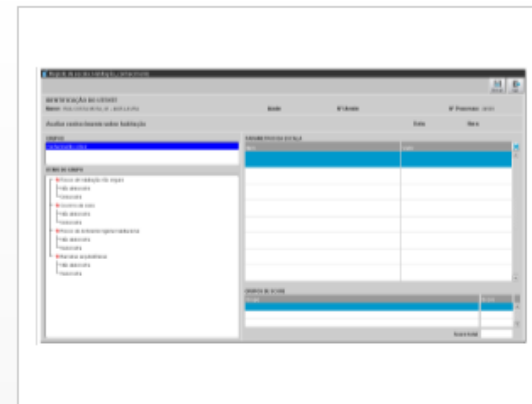
18



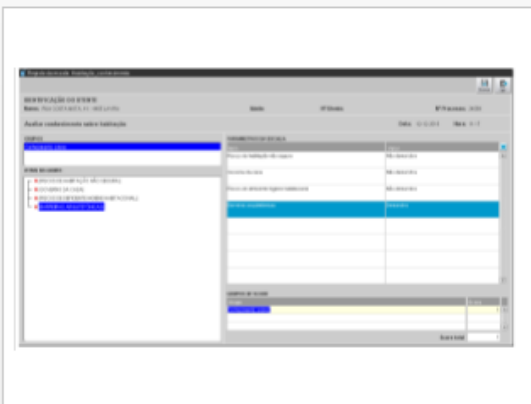
19



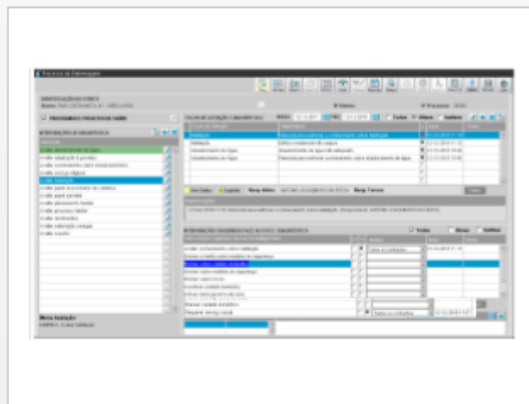
20



21




22




23

Rendimento Familiar



- Relação entre os recursos económicos previsíveis e a capacidade para assegurar a segurança e satisfação das necessidades básicas dos elementos da família.

(Figalredo, 2012)


Católica Parcerias 31

24

Rendimento Familiar



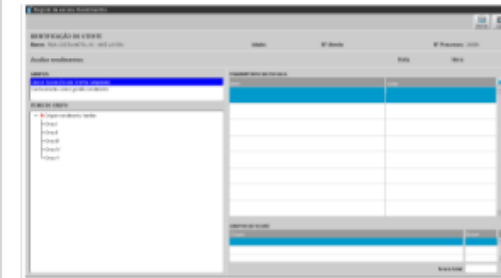
Rendimento Familiar Insuficiente se:

- Origem do rendimento familiar, segundo a Escala de Graffar, se situar no grau 4 ou 5 (<Sal. mínimo nacional, incerto, RMG, outros subsídios) e
- Conhecimento e capacidade de gestão do rendimento, de acordo com as despesas familiares Não Demonstrado

25

Documentar no SClínico

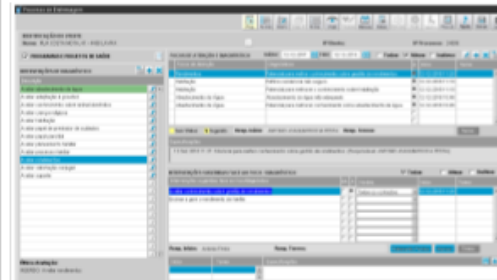
26



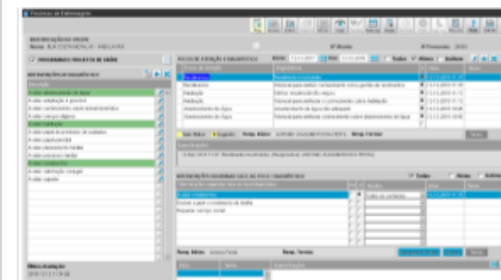
27



28



29




30

Abastecimento de Água

- Acessibilidade de água potável essencial para a manutenção das condições necessárias à promoção da saúde. Este toma maior relevo quando é utilizada água de rede privada para consumo humano.
- Integra o abastecimento de água e o serviço de tratamento de resíduos, considerados como aspetos primários na manutenção da saúde dos indivíduos e famílias.

(Qualidade, 2012)

 **Cátolica**
UNIVERSIDADE PORTUGUESA DO SALUS UNIVERSITARI
1600-000

Cátolica Pernambuco 31


31

Abastecimento de Água

Abastecimento de Água Não Adequado Se:

- Utilização da água de rede privada para consumo humano e a família NAO efetua o controle de qualidade e/ou
- Conhecimento não demonstrado sobre controlo da qualidade e/ou
- Conhecimento não demonstrado sobre estratégias de manutenção da qualidade da água

(Qualidade, 2012)


 **Cátolica**
UNIVERSIDADE PORTUGUESA DO SALUS UNIVERSITARI
1600-000

Cátolica Pernambuco 32

32

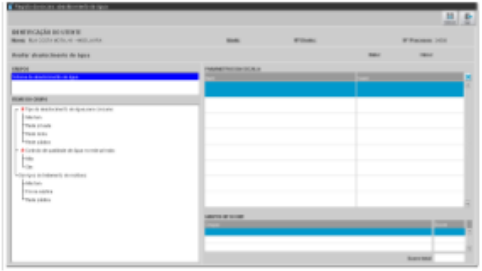
Documentar no SClínico

(Qualidade, 2012)

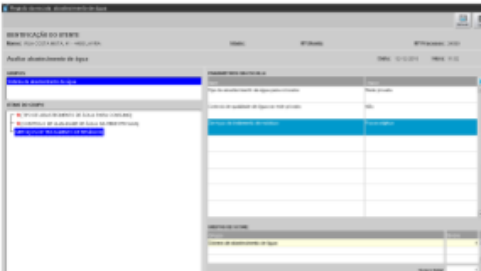
 **Cátolica**
UNIVERSIDADE PORTUGUESA DO SALUS UNIVERSITARI
1600-000

Pernambuco 11/03/2012 22

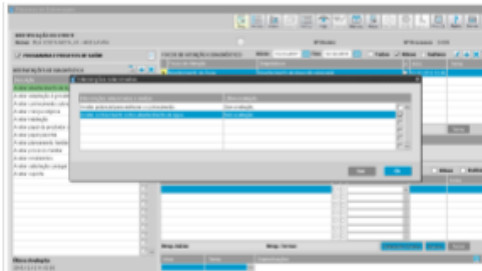
33



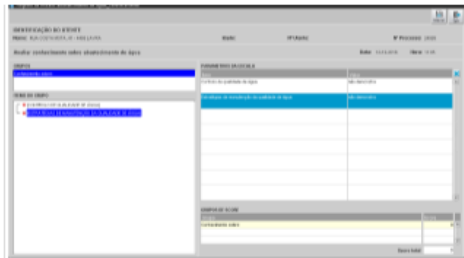
34



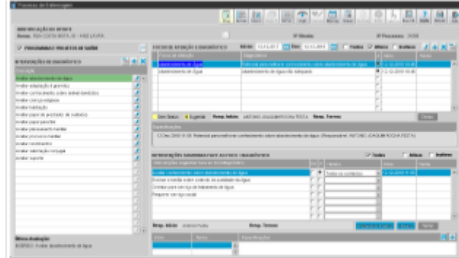
35



36



37



38

“ Eu não sei qual será o nosso destino, mas uma coisa eu sei: os únicos entre nós que serão realmente felizes, são aqueles que procuraram e encontraram a melhor forma de servir”

Albert Schweitzer



ANEXOS

ANEXO I – Taxas De Avaliação Anual dos Focos: Habitação/ Edifício Residencial, Rendimento Familiar, Abastecimento de Água e Papel de Prestador de Cuidados

QUADRO 9 - TAXAS DE AVALIAÇÃO ANUAL DOS FOCOS: HABITAÇÃO/ EDIFÍCIO RESIDENCIAL, RENDIMENTO FAMILIAR, ABASTECIMENTO DE ÁGUA E PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS (BASTOS, 2018)

Ano 2016				
Unidades	Habitação	Rendimento	Ab. Água	Prest. Cuid.
A	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
B	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
C	0,00%	0,00%	0,00%	1,76%
D	0,00%	0,00%	0,00%	1,52%
E	0,16%	0,17%	0,17%	11,94%
F	0,00%	0,00%	0,00%	15,93%
G	0,01%	0,01%	0,01%	5,91%
H	0,00%	0,00%	0,00%	0,99%
I	0,00%	0,00%	0,00%	3,77%
J	0,00%	0,00%	0,00%	14,74%
K	0,01%	0,00%	0,01%	100,00%
L	0,00%	0,00%	0,00%	73,33%
Total ACES	0,02%	0,02%	0,02%	8,76%

ANEXO II – Taxa de Avaliação no foco Gestão do Regime Terapêutico na
Diabetes Mellitus

QUADRO 10 - TAXA DE AVALIAÇÃO NO FOCO GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NA DM (BASTOS,2018)

Unidades	Ano 2016												Anual
	Dezembro	Novembro	Outubro	Setembro	Agosto	Julho	Junho	Maior	Abril	Março	Fevereiro	Janeiro	
A	5,0%	4,6%	4,2%	4,0%	4,0%	3,8%	3,4%	3,3%	2,6%	1,7%	0,6%	0,4%	3,1%
B	2,1%	2,1%	2,1%	2,1%	2,1%	1,8%	1,8%	1,8%	1,4%	0,7%	0,7%	0,7%	1,6%
C	68,2%	65,7%	61,4%	55,8%	52,5%	48,3%	45,7%	39,4%	32,8%	26,0%	15,8%	7,4%	43,2%
D	16,9%	16,6%	15,5%	14,6%	14,2%	14,0%	13,5%	12,5%	11,9%	8,2%	4,7%	1,8%	12,0%
E	89,4%	88,6%	86,2%	82,7%	81,7%	80,8%	79,8%	74,9%	70,2%	60,1%	41,7%	23,9%	71,7%
F	93,5%	92,0%	90,3%	87,4%	84,2%	81,8%	78,9%	73,7%	65,1%	53,4%	37,5%	17,9%	71,3%
G	92,6%	92,6%	91,6%	90,5%	89,3%	88,4%	87,0%	79,8%	72,1%	60,1%	40,0%	19,7%	75,3%
H	80,4%	78,3%	74,8%	71,8%	69,2%	66,3%	63,9%	57,9%	49,9%	38,8%	21,3%	9,4%	56,8%
I	36,7%	35,3%	31,6%	26,6%	24,0%	23,2%	21,2%	18,3%	15,1%	11,5%	7,6%	2,0%	21,1%
J	69,3%	68,7%	68,0%	65,2%	62,2%	61,9%	61,1%	55,0%	49,4%	42,1%	26,9%	9,0%	53,2%
Total ACES													40,9%

ANEXO III - Taxa de Avaliação no foco Gestão do Regime Terapêutico na
HTA

QUADRO 11 - TAXA DE AVALIAÇÃO NO FOCO GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NA HTA (BASTOS, 2018)

Unidades	Ano 2016												Anual
	Dezembro	Novembro	Outubro	Setembro	Agosto	Julho	Junho	Mai	Abril	Março	Fevereiro	Janeiro	
A	1,7%	1,6%	1,4%	1,4%	1,4%	1,3%	1,1%	1,1%	0,9%	0,5%	0,2%	0,2%	1,1%
B	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,3%	0,1%	0,1%	0,3%	0,5%
C	30,8%	29,5%	26,3%	21,2%	19,7%	18,2%	17,2%	14,8%	12,2%	9,4%	5,5%	2,7%	17,3%
D	6,0%	5,9%	5,4%	5,0%	4,9%	4,8%	4,6%	4,5%	4,1%	3,1%	1,9%	0,9%	4,3%
E	83,3%	82,5%	80,2%	77,9%	76,6%	75,4%	73,5%	69,7%	63,6%	53,2%	37,5%	20,5%	66,2%
F	78,7%	77,6%	73,7%	68,5%	64,0%	60,9%	56,3%	52,0%	47,0%	39,5%	27,7%	13,8%	55,0%
G	77,4%	76,4%	73,2%	70,3%	68,8%	67,6%	65,9%	59,8%	54,1%	45,7%	29,8%	13,7%	58,5%
H	41,2%	40,0%	36,3%	31,4%	30,2%	28,8%	26,9%	24,3%	21,0%	16,6%	9,1%	3,7%	25,8%
I	16,5%	15,9%	13,0%	7,8%	6,4%	6,3%	5,8%	5,0%	4,1%	3,3%	2,3%	0,6%	7,3%
J	40,8%	39,9%	38,4%	34,8%	32,3%	32,0%	31,2%	28,8%	25,5%	21,4%	13,4%	5,1%	28,6%
Total ACES													26,4%