



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

---

**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS  
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:  
QUAL A REALIDADE NO AGRUPAMENTO DE  
CENTROS DE SAÚDE DO ALTO MINHO?**

Marta Lima

---

**Maio, 2023**

**Escola Superior de Saúde**



Instituto Politécnico  
de Viana do Castelo

Marta Lima

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS  
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: QUAL A  
REALIDADE NO AGRUPAMENTO DE CENTROS DE  
SAÚDE DO ALTO MINHO?**

**II Mestrado em Enfermagem Comunitária**

Trabalho efetuado sobre a orientação de: Carminda Morais

Maio de 2023

## AGRADECIMENTOS

Após o término desta longa caminhada, denoto que nem sempre foi fácil, teve muitos obstáculos e dificuldades que por vezes me levaram mesmo a pensar em desistir. Contudo chegada agora à reta final, cabe agradecer a todos aqueles que de uma forma ou de outra me ajudaram a superar os dias difíceis, em que me era impossível perceber que este momento chegaria.

Deixo aqui expresso o meu mais profundo agradecimento:

À Professora Carmina Morais, por todo o acompanhamento, orientação e solidariedade que demonstrou durante esta caminhada.

À Enfermeira Nicole Viana, pelo apoio, acompanhamento, orientação, incentivo e a proatividade demonstrada durante todo este percurso. Constitui-se para além de uma excelente orientadora de estágio, mas também um exemplo a seguir nesta nova etapa profissional que se avizinha.

À minha Família, por todo o amor e apoio incondicional que prestou durante todo este caminho.

À Equipa Multidisciplinar da USPAM, pelo acolhimento e colaboração demonstrada.

À Equipa de Coordenação do PNV da USPAM, pelo acolhimento e colaboração dispensada, e por me fazerem sentir como um elemento integrante da equipa e não como uma estagiária.

À Equipa de Enfermagem do SU de Viana do Castelo, pela motivação e apoio durante este percurso;

A tod@s que contribuíram direta ou indiretamente para o meu percurso formativo

A todos o meu MUITO OBRIGADO!!!

## **DEDICATÓRIA**

Esta caminhada não teria sido possível sem o apoio incondicional da minha família, nomeadamente do meu pai. Sempre me ensinou, desde tenra idade, que a aquisição de conhecimento é a melhor forma de progredirmos na vida.

À minha **Família**, porque sem ela a vida não teria sentido, que ajudou a construir o meu caminho, conquistando os meus sonhos e objetivos.

Ao meu **Pai** pela paciência e apoio demonstrado e pelo amor incondicional.

## **PENSAMENTO**

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

Collière, inxxxx

## RESUMO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, inserido no plano curricular do II Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Este tem como principal finalidade a análise crítico-reflexiva da investigação e das atividades realizadas durante o estágio estruturantes do desenvolvimento simultaneamente de competências conducentes à obtenção ao grau de mestre em Enfermagem Comunitária e das competências comuns e específicas à obtenção posteriormente, do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), na área da Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Decorreu no período de 1 de março a 31 de agosto de 2022.

O desenvolvimento deste percurso, teve como problemática central a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem (VEDE), a partir de uma Unidade de Saúde Pública (USP), tendo como alvo o processo de cuidados prestados pelos enfermeiros do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da região norte. Para a compreensão desta realidade e do potencial de intervenção que lhe está inerente recorreu-se ao Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC, Pedro Melo, 2016).

Assim, tendo como objetivo principal conhecer a realidade da VEDE no ACeS, onde se realizou o estágio, realizou-se um estudo observacional, transversal e descritivo, num universo de 262 enfermeiros, sendo a amostra constituída por 77 enfermeiros. A partir da análise documental do Diagnóstico Local de Saúde e do Plano Local de Saúde do ACeS, foram identificados os principais fenómenos de enfermagem e determinadas as taxas de documentação dos mesmos por parte dos enfermeiros.

Os resultados obtidos evidenciam um nível baixo de documentação dos diagnósticos de enfermagem e avaliação diagnóstica da gestão comunitária do ACeS sobre a VEDE está comprometida em todas as suas dimensões diagnósticas (liderança comunitária, participação comunitária e processo comunitário).

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

## **ABSTRACT**

The present work comes within the scope of the Curricular Unit: Internship of a Professional Nature with Final Report, inserted in the curricular plan of the II Master's Course in Community Nursing, of the Superior School of Health, of the Polytechnic Institute of Viana do Castelo. This has as its main purpose the critical-reflexive analysis of the investigation and activities carried out during the structuring stage of the simultaneous development of skills leading to obtaining a master's degree in Community Nursing and common and specific skills to subsequently obtain the professional title of Nurse Specialist in Community Nursing (EEEC), in the area of Community Health Nursing and Public Health, awarded by the Order of Nurses (OE). It took place from March 1 to August 31, 2022.

The development of this course had as its central problem the epidemiological surveillance of nursing diagnoses (VEDE), from a Public Health Unit (USP), having as its target the care process provided by nurses from the Grouping of Health Centers (ACeS) in the northern region. In order to understand this reality and the potential for intervention inherent to it, the Model of Evaluation, Intervention and Community Empowerment (MAIEC, Pedro Melo, 2016) was used.

Thus, with the main objective of knowing the reality of VEDE in ACeS, where the internship took place, an observational, cross-sectional and descriptive study was carried out, in a universe of 262 nurses, with a sample consisting of 77 nurses. Based on the documental analysis of the Local Health Diagnosis and the Local Health Plan of ACeS, the main nursing phenomena were identified and the rates of documentation of these by nurses were determined.

The results obtained show a low level of documentation of nursing diagnoses and diagnostic evaluation of the community management of ACeS on VEDE is compromised in all its diagnostic dimensions (community leadership, community participation and community process).

**Keywords:** Community Empowerment; Epidemiological monitoring; Nursing Diagnoses, Community Nursing, Public Health Nursing.

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**ACeS** – Agrupamento de Centros de Saúde;

**ARS** – Administração Regional de Saúde;

**CS** – Centro de Saúde;

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

**EC** – Ensino Clínico;

**DGS** – Direção-Geral da Saúde;

**DM** – Diabetes *Mellitus*;

**ECTS** - Sistema Europeu de Transferência e Acumulação de Créditos;

**EEEC** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária;

**ENP** – Estágio de Natureza Profissional;

**ESS** – Escola Superior de Saúde;

**ESCSP** – Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública;

**HTA** – Hipertensão Arterial;

**IPVC** – Instituto Politécnico de Viana do Castelo;

**MAIEC** – Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário;

**MEC** – Mestrado de Enfermagem Comunitária;

**MPS** - Modelo de Promoção da Saúde;

**n.º** - Número;

**NUT** – Nomenclatura de Unidade Territorial;

**OE** – Ordem dos Enfermeiros;

**p.** – Página;

**PLS** – Plano Local de Saúde;

**PNV** – Programa Nacional de Vacinação;

**PNS** – Plano Nacional de Saúde;



**SINAVE** – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica;

**SIARS** – Sistema de Monitorização da Administração Regional da Saúde;

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde;

**SU** – Serviço de Urgência;

**TD** – Taxa de documentação;

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade;

**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados;

**UF** – Unidades Funcionais;

**ULSAM, E.P. E.** – Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Entidade Pública Empresarial;

**USF** – Unidade de Saúde Familiar;

**USP** - Unidade de Saúde Pública;

**USPAM**– Unidade de Saúde Pública do Alto Minho.

**VEDE** – Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem.

## SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>II</b>
<b>DEDICATÓRIA.....</b>	<b>III</b>
<b>PENSAMENTO.....</b>	<b>IV</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>V</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>VI</b>
<b>ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS .....</b>	<b>VII</b>
<b>SUMÁRIO .....</b>	<b>IX</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS .....</b>	<b>XI</b>
<b>INTRODUÇÃO GERAL.....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO I. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA .....</b>	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO II. INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM .....</b>	<b>19</b>
2.1. INTRODUÇÃO.....	20
2.2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	22
2.2.1. <i>Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem</i> .....	22
2.2.2. <i>Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário</i> .....	26
2.2.3. <i>Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender</i> .....	27
2.3. FASE METODOLÓGICA.....	29
2.3.1. <i>Finalidade e Objetivos</i> .....	29
2.3.2. <i>Tipo de Estudo</i> .....	29
2.3.3. <i>População e Amostra</i> .....	30
2.3.4. <i>Métodos e Técnicas de Recolha de Dados</i> .....	30
2.3.4.1. <i>Instrumento de recolha de dados</i> .....	30
2.3.4.2. <i>Procedimento de Recolha de Dados</i> .....	31
2.3.5. <i>Variáveis</i> .....	31
2.3.6. <i>Tratamento de Dados</i> .....	32
2.3.7. <i>Considerações Éticas</i> .....	32
2.4. RESULTADOS.....	33
2.4.1. <i>Determinação da Prevalência dos Diagnósticos de Enfermagem para as Áreas Prioritárias do PLS</i> .....	33
2.4.2. <i>Caracterização do Perfil Socioprofissional dos Enfermeiros do ACeS do Alto Minho</i> .....	41
2.4.2. <i>Análise da Opinião/Perceção dos Enfermeiros do ACeS do Alto Minho sobre a VEDE</i> .....	44

2.4.3. Avaliação da Gestão Comunitária do ACeS do Alto Minho face à VEDE...	49
2.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	51
2.6. CONCLUSÃO.....	55
<b>CAPÍTULO III. CONTRIBUTOS PARA O PROCESSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COMUNITÁRIA.....</b>	<b>58</b>
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	63
3.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal .....	63
3.1.2. Melhoria Continua da Qualidade .....	64
3.1.3. Gestão dos Cuidados.....	66
3.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	69
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, NA ÁREA DA SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA.....	69
3.2.1. Estabelece, com base na Metodologia do Planeamento em Saúde, a Avaliação do Estado de Saúde de uma Comunidade .....	71
3.2.2. Contribui para o Processo de Capacitação de Grupos e Comunidades .....	72
3.2.3. Integra a Coordenação dos Programas de Saúde de Âmbito Comunitário e na Consecução dos Objetivos do Plano Nacional de Saúde.....	72
3.2.4. Realiza e Cooperar na Vigilância Epidemiológica de Âmbito Geodemográfico .....	74
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>83</b>
ANEXO I – QUESTIONÁRIO VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM .....	84
ANEXO II - CONSETIMETNO DA APLICAÇÃO E ADAPTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO VEDE. ....	99
ANEXO III - CONSETIMETNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSAM, E.P.E. ....	102
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>105</b>
APÊNDICE I. GRELHA DE OBSERVAÇÃO DOS DADOS DO SIARS .....	106
APÊNDICE II. TAXAS DE DOCUMENTAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM ESTUDO .....	108
APÊNDICE III- TABELA DE VARIÁVEIS CONTEXTUAIS SOBRE A OPINIÃO/PERCEÇÃO DOS PARTICIPANTES NO ESTUDO NO QUE CONCERNE À VEDE .....	112
APÊNDICE IV. DADOS DO QUESTIONÁRIO: OPINIÃO/PERCEÇÃO FACE A DIFERENTES QUESTÕES RELACIONADAS COM O ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO .....	114
APÊNDICE V. AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES DIAGNÓSTICAS DA GESTÃO COMUNITÁRIA .....	131

## ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

QUADRO 1: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS E A JUSTIFICAÇÃO DO JUÍZO CLÍNICO ATRIBUÍDO (N=77).....	50
TABELA 1: TAXA DE DOCUMENTAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, SEGUNDO O FOCO DE ENFERMAGEM ATIVIDADE FÍSICA, EXCESSO DE PESO E USO DE TABACO, NO ANO DE 2019 E 2021.....	34
TABELA 2: TAXA DE DOCUMENTAÇÃO DOS DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NA HTA, NO ANO DE 2019 E 2021.....	35
TABELA 3: TAXA DE DOCUMENTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO NA DIABETES <i>MELLITUS</i> , NO ANO DE 2019 E 2021.....	36
TABELA 4: TAXA DE DOCUMENTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: COMPORTAMENTO DE ADESÃO AO RASTREIO DA NEOPLASIA DO CÓLON/RETO, NO ANO DE 2019 E 2021 .....	37
TABELA 5: TAXA DE DOCUMENTAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: COMPORTAMENTO DE ADESÃO AO RASTREIO DA NEOPLASIA DA MAMA FEMININA E AUTOVIGILÂNCIA DA MAMA FEMININA, NO ANO DE 2019 E 2021 .....	38
TABELA 6: TAXA DE DOCUMENTAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: COMPORTAMENTO DE ADESÃO AO RASTREIO DA NEOPLASIA DO COLO DO ÚTERO, NO ANO DE 2019 E 2021.....	39
TABELA 7: TAXA DE DOCUMENTAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: PAPEL PRESTADOR DE CUIDADOS NA DEMÊNCIA, NO ANO DE 2019 E 2021 .....	40
TABELA 8: DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS, SEGUNDO AS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (N=77) .....	42
TABELA 9: DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS, PELA SITUAÇÃO PROFISSIONAL (N=77).....	43

## **INTRODUÇÃO GERAL**

O plano de estudos do II Mestrado em Enfermagem Comunitária (MEC), da Escola Superior de Saúde (ESS), do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (IPVC), integra a unidade curricular, denominada de Estágio de Natureza Profissional (ENP) com Relatório Final. O ENP pressupõe, após a aprovação da prova pública, a atribuição do grau de mestre, sendo este requisito para a atribuição do título profissional de enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC), pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

O ENP tem como objetivo “(...) o aprofundamento de conhecimentos e competências em Enfermagem e, em particular, na área de especialidade do ciclo de estudos.” (Ordem dos Enfermeiros, 2021, p.3). É composto por 30 ECTS (Sistema Europeu de Transferência e Acumulação de Créditos), que correspondem a 810 horas de trabalho, das quais 430 horas são horas de contacto e 380 horas de trabalho autónomo.

O ENP decorreu entre 1 de março e 31 de agosto de 2022, na Unidade de Saúde Pública do Alto Minho (USPAM) e tem como objetivo a aquisição de competências inerentes ao grau de mestre, nos termos propostos por Bolonha, e simultaneamente garantir as competências comuns do enfermeiro especialista, de acordo com o regulamento da OE em vigor (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e as específicas da especialidade de enfermagem comunitária, conforme o regulamento (Regulamento n.º 428/2018, 2018). Assim, do EEEC na área de saúde comunitária e saúde pública, de acordo com artigo 2º do Regulamento n.º 428/2018 (2018, p. 19354), deverá possuir as seguintes 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.”

Para além da aquisição das competências anteriormente referidas, o ENP também pressupõe que se desenvolva investigação em Enfermagem, para que possa ser atribuído o grau de mestre e o título profissional de enfermeiro especialista pela OE, após prestação e aprovação da prova pública.

A Enfermagem, como qualquer outra ciência, necessita da investigação para garantir a produção e a atualização do conhecimento. A investigação em Enfermagem é um “(...) processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades” (Ordem Enfermeiros, 2006, p.1). Tendo este princípio por base, a investigação em Enfermagem permite o desenvolvimento da prática clínica baseada na evidência, potencia a obtenção de ganhos em saúde e a melhoria da qualidade dos cuidados (Ordem Enfermeiros, 2006).

Deste modo, o objeto de estudo de investigação centra-se na VEDE no Alto Minho. Parte-se do pressuposto de que através dos sistemas de informação expressa-se formalmente a atividade prestada, ainda que, em nossa perceção, na maioria das vezes não traduzam a realidade da atividade assistencial. Daí a necessidade de investimento nesta área, de modo a sensibilizar os enfermeiros para a importância da documentação em enfermagem e dos benefícios que possam advir da qualidade da documentação produzida.

Para além do anteriormente exposto, foram delineados objetivos pessoais para o desenvolvimento do ENP nomeadamente: participar na coordenação de programas; integrar a equipa coordenadora da vacinação; conhecer o circuito de vigilância epidemiológica das doenças de notificação obrigatória.

Para o desenvolvimento do ENP e para a construção do presente relatório, assim como do ENP, foi desenvolvida uma vasta pesquisa bibliográfica sustentada em livros da área do mestrado, assim como numa pesquisa alargada e aprofundada nas bases de dados, nomeadamente MEDLINE, SCIELO, B-ON, e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

Este relatório tem como objetivo a realização de uma análise crítico-reflexiva da prática clínica desenvolvida ao longo do MEC. A prática clínica decorreu durante dois semestres em diferentes Unidades Funcionais (UF) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Alto Minho. No segundo semestre a prática clínica foi desenvolvida na Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) de Ponte da Barca enquanto no terceiro semestre se centrou na USPAM.

Este documento encontra-se estruturado em três capítulos, sendo eles: caracterização do contexto da prática clínica, investigação em enfermagem e contributos para o processo formativo e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEEEC, na área da

saúde comunitária e saúde pública. Foi redigido tem de acordo com a norma para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos da ESS, do IPVC (IPVC, 2021<sup>b</sup>).



**CAPÍTULO I. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA**

O ENP, que suporta este relatório final decorreu na USPAM, pertencente ao ACeS do Alto Minho, integrado na Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Entidade Pública Empresarial (ULSAM, E.P.E.).

A ULSAM, E.P.E., fundada pelo Decreto-Lei 183/2008, de 04 de Setembro, retificado pelo Decreto-Lei 12/2009, de 12 de Janeiro, é composta por duas unidades hospitalares (Hospital de Santa Luzia e Hospital de Conde de Bertiandos) e ainda pelo ACeS do Alto Minho. (ULSAM, E.P.E., 2021)

O ACeS do Alto Minho é composto por doze Centros de Saúde (CS) e uma Unidade de Saúde Pública (USP). Cada CS é composto por diferentes UF, nomeadamente, Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e UCC, num total de trinta e sete UF. (ULSAM, E.P.E., 2021).

O ACeS do Alto Minho dá resposta à população residente no distrito de Viana do Castelo, num total de 231266 habitantes numa área geográfica de 2218,84Km<sup>2</sup> inserida no NUT III (INE, 2021).

A USPAM, como todas as USP de Portugal

“(…) funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACeS em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e protecção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respectiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.” (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008, p. 1184)

A USPAM está situada no concelho de Viana do Castelo e dá resposta a toda a população do distrito de Viana do Castelo e articula-se com o gabinete de planeamento em saúde e com todas as UF do ACeS do Alto Minho. (ULSAM, E.P.E., 2022).

A USPAM iniciou funções a 1 de Agosto de 2008, rege-se pelo artigo 12.º, do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, e tem como valores essenciais a persistência, o empenho e o trabalho em equipa visando a promoção da saúde da população que abrange. A USPAM dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída por dez médicos de saúde pública, quatro enfermeiros, cinco secretários clínicos, um assistente operacional, onze médicos internistas, dois técnicos superiores de saúde (um de nutrição e dietética e um de engenharia sanitária), três técnicos superiores (um de estudos europeus e dois de outras

especialidades) e treze técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (onze de saúde ambiental e dois de higiene oral) (SNS, 2022).

A USPAM desenvolve a sua atividade mediante uma carteira de serviços que contemplam: elaborar informação e planos em domínios da saúde pública; proceder à vigilância epidemiológica; gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos; colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde. (ULSAM, 2022).

Contudo, previamente ao ENP, a prática clínica foi desenvolvida em dois Ensinos Clínicos (EC) na UCC de Ponte de Barca, pelo que de seguida se procede a caracterização da mesma.

A UCC de Ponte da Barca, como qualquer outra UCC, têm como missão “(...) contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.” (Despacho Normativo n.º 10143/2009, 2009, p. 15438). A atividade da UCC centra-se na prestação de cuidados de saúde e apoio social e psicológico em contexto domiciliário e comunitário a todo o tipo de utentes, mas dando especial atenção a utentes que pertençam a grupos vulneráveis e que requerem maior proximidade de acompanhamento. Devendo ainda, promover a formação dos diferentes grupos profissionais em qualquer estadió em que estes se encontrem. (Despacho Normativo n.º 10143/2009, 2009).

A UCC de Ponte da Barca, está inserida no Centro de Saúde de Ponte da Barca, abrange 17 freguesias com uma área territorial de cerca de 184, 76 km<sup>2</sup> e 11098 habitantes. (INE; 2021). Dispõe de uma equipa multidisciplinar, constituída por 9 enfermeiros, 1 médico, 1 assistente social, 1 fisioterapeuta, 1 terapeuta da fala, 1 psicólogo, 1 nutricionista e 1 assistente técnico. (ULSAM, E.P.E., 2017).

A UCC desempenha as suas funções, baseada numa carteira de serviços que integram o plano de ação do ACeS do Alto Minho, em articulação com as restantes UF do ACeS do Alto Minho, e ainda com diferentes parceiros da área sociopolítica e económica. A informação pertinente sobre a UCC Ponte da Barca pode ser consultada através da sua carta de qualidade ([https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10001/1160612/O\\_QUE\\_OFERECEMOS/Carta da Qualidade UCCPB.pdf](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10001/1160612/O_QUE_OFERECEMOS/Carta_da_Qualidade_UCCPB.pdf))

## **CAPÍTULO II. INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM**

## 2.1. INTRODUÇÃO

Para Fortin (2009, p.53), “Justificar a questão de Investigação, é explicar porque se quer estudar e porque ela é importante para nós”.

A vigilância epidemiológica, ultimamente, tem sido amplamente divulgada a toda a população, dada a situação pandêmica COVID-19, mas está centrada na doença e não nas pessoas. A VEDE pelo contrário centra-se nas pessoas e surge “[n]o contexto do estudo dos fenómenos relacionados com as infirmezias centradas nos processos intencionais (conhecimentos, crenças, valores), nos processos não intencionais (como as doenças já estudadas) e nos processos de interação com o ambiente (físico, económico, social, cultural) (...)” (Melo, 2020, p. 1)

Como já foi referido anteriormente o objeto deste estudo de investigação centra-se na VEDE, segundo o MAIEC no ACeS do Alto Minho. Esta problemática surge como uma necessidade da USPAM, e dado que anteriormente durante a prática clínica já tinha tido contato com este referencial teórico, pareceu-me importante dar o meu contributo neste âmbito.

Do estudo desenvolvido por Bastos (2018), apurou-se que: 81% dos enfermeiros demonstra défice de conhecimento sobre a VEDE; 78,6% dos inquiridos consideram que a comunicação entre as unidades e o ACeS é ineficaz no que diz respeito à documentação dos diagnósticos de enfermagem para o diagnóstico de saúde pública e 73,8% referem a falta de um líder para a promoção da documentação em Enfermagem.

No estudo realizado por Fernandes (2019) verificou-se que: 90,9% dos inquiridos considera importante o seu contributo documental, no que concerne aos focos de enfermagem avaliados, para a melhoria dos indicadores de Saúde Pública; 95,5% considera que um projeto que promova a VEDE traduzir-se-á em ganhos em saúde e 81,8% dos enfermeiros do ACeS em estudo estão motivados para participar num projeto que promova a VEDE.

No decurso do estudo elaborado por Ferreira (2019) constatou-se que: 73,1% dos inquiridos considera que a comunicação entre as unidades e o ACeS sobre a VEDE está comprometida; 47,8% dos enfermeiros não tem conhecimento sobre a VEDE e somente 26,9% dos enfermeiros do ACeS em estudo não estão motivados para participar num projeto que promova a VEDE.

Dos estudos realizados por Bastos (2018), Fernandes e Ferreira (2019), percebe-se que esta ainda é uma temática pouco conhecida dos Enfermeiros e que a documentação em Enfermagem deveria ser uma forma de produzir indicadores em Saúde Pública. Para tal também é necessário articular os diagnósticos de enfermagem com as áreas prioritárias do Plano Local de Saúde (PLS).

Da lista de problemas de saúde no PLS do Alto Minho para 2022, que optamos por os apresentar segundo a ordem alfabética, constam: Abuso Crónico do Álcool; Diabetes *Mellitus* (DM); Demência; Doenças dos Dentes e Gengivas no Adulto; Depressão/Ansiedade; Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; Excesso de Peso, Obesidade e Alteração do Metabolismo dos Lípidos; Hipertensão (HTA); Neoplasia do Brônquio/Pulmão; Neoplasia do colo do útero; Neoplasia do cólon/reto; Neoplasia do estômago; Neoplasia da mama feminina; Neoplasia da Próstata e Tabagismo.

Com base na lista foram selecionadas as necessidades e problemas sensíveis aos cuidados de enfermagem identificando-se os fenómenos de enfermagem que lhe estão subjacentes. Deste modo, os fenómenos de enfermagem a estudar são: a gestão do regime terapêutico na DM; a gestão do regime terapêutico na HTA; o papel de prestador de cuidados na Demência, o comportamento de adesão ao rastreio na neoplasia do colo do útero e do cólon/reto; autovigilância da mama e comportamento de adesão ao rastreio da neoplasia da mama feminina; uso de tabaco no tabagismo, atividade física/exercício físico no excesso de peso e obesidade.

Assim após o exposto, surge como questão de investigação:

***Qual é a realidade da VEDE no Alto Minho?***

## 2.2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A fase conceptual da investigação “(...) consiste em definir os elementos de um problema (...) reveste-se de uma grande importância, porque dá à investigação uma orientação e um objetivo.” (Fortin, 2009, p. 19.)

Assim neste capítulo é efetuada uma breve revisão da literatura, a formulação do problema e da questão de investigação.

### 2.2.1. Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem

O conceito de epidemiologia, ao longo dos tempos, tem evoluído aproximando-se mais dos determinantes sociais e não somente centrada no estudo das doenças, como era nos primórdios. Para Porta et al. (2014, p. 95) a epidemiologia é definida como “(...) o estudo da ocorrência e distribuição de eventos, estados e processos relacionados com a saúde de populações específicas, incluindo o estudo dos determinantes que influenciam esses processos e a aplicação desse conhecimento ao controlo dos problemas de saúde relevantes.”

Assim, é imperioso que se cruze a epidemiologia com a Saúde Pública, ou até com a Saúde Comunitária, para perceber a relação dos problemas com as suas causas e ainda com as reais necessidades dos contextos onde estes se desenrolam (Melo, 2020).

Melo (2020, p.113) propõe a VEDE, através do

“(...) desenvolvimento de uma epidemiologia pós-moderna, na qual será possível desviar o foco dos estudos epidemiológicos para os fenómenos que permitam identificar fatores que orientem a gestão de programa e projetos orientados para as respostas de Saúde Pública e Comunitária a diagnósticos que ainda não são estudados de uma forma efetiva como os métodos da epidemiologia.”

O EEEEC, inserido nas USP, tem um papel fundamental no empoderamento da comunidade de Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) de forma a melhorar os seus processos de documentação nos sistemas de informação e deste modo viabilizar a VEDE (Melo, 2020).

Os enfermeiros dos CSP, nas diferentes áreas de atuação, desenvolvem os cuidados de enfermagem dando resposta aos cinco níveis de prevenção da saúde (primordial, primária,

secundária, terciária e quaternária), estabelecendo diagnósticos de enfermagem para cada um deles, possibilitando a VEDE por parte dos EEEEC.

A VEDE constitui-se através da “(...) identificação dos processos de saúde/doença, associados aos diagnósticos de Enfermagem, num determinado tempo, local e população, incluindo o estudo dos determinantes que os condicionam em populações específicas (...)” (Melo, 2020, p.115).

A VEDE contribui ainda, através dos diagnósticos de Enfermagem em Saúde Pública, para a prestação de cuidados de Enfermagem adequados ao Diagnóstico Local de Saúde e concomitantemente orienta a gestão de programas e projetos baseados no planeamento em saúde (Melo, 2020).

Em Portugal, no ano de 2009, foi criado o Sistema de Vigilância em Saúde Pública (Lei n.º 81/2009, 2009), que tem como missão a identificação, prevenção e contenção da propagação de doenças transmissíveis e outros riscos para a saúde pública. Na referida lei, estava previsto a implementação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), mas que só se concretizou em 2014, através do Despacho da Direção-Geral da Saúde (DGS) (Despacho n.º 5855/2014, 2014). O SINAVE é um sistema onde se identificam situações de risco, recolhem, analisam e divulgam os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos para a saúde pública, de forma a promover planos de contingência em situações de emergência e/ou calamidade pública (Lei n.º 81/2009, 2009). Na alínea 3 do ponto 4, da referida lei enuncia-se

“(...) os dados essenciais para tratamento de informação de saúde pública incluem descrições clínicas, resultados laboratoriais, fontes e tipos de riscos, número de casos humanos e de mortes, condições que determinem a propagação da doença e medidas aplicadas, bem como quaisquer outras informações que forneçam meios de prova com base em métodos científicos estabelecidos e aceites.” (Lei n.º 81/2009, 2009, p. 5491).

Assim mediante o anteriormente referido, a VEDE pode ser inserida no sistema de Vigilância de Saúde Pública. Para Melo (2020, p. 120)

“[a]inda que não haja Diagnósticos de Enfermagem de declaração obrigatória, deve considerar-se o potencial impacto que têm os processos intencionais, não intencionais e de interação com o ambiente no enquadramento socioeconómico da gestão dos processos de saúde/doença exige uma análise da sua integração



neste sistema, processo que depende da aplicação de estudos epidemiológicos no contexto da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (...).”

Deste modo a USP, pela carteira de serviços que lhe está acometida, constitui-se como o núcleo de desenvolvimento da VEDE.

A vigilância epidemiológica e a gestão de programas e projetos têm uma importante e estreita relação, e como refere Melo (2020, p. 129) “(...) a vigilância epidemiológica, como contributo para o diagnóstico e priorização no contexto do processo de Planeamento em Saúde e para a coordenação de programas e projetos que respondam às necessidades da população em cuidados de Enfermagem.”

Assim, a tomada decisão sobre os focos de atenção de Enfermagem a estudar do ponto de vista epidemiológico deve partir da análise dos diagnósticos locais de saúde, habitualmente centrados nas doenças, e dos planos locais de saúde que estabelecem as prioridades de atuação dos ACeS. Deste modo, o facto de a documentação em Enfermagem, estar organizada pela Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE), e centralizada num sistema de informação único é facilitadora em diversas perspetivas, designadamente para a realização de estudos de investigação de carácter epidemiológico e obtenção dos dados pretendidos.

Para Melo, Fernandes e Bastos (2018, p. 2) a VEDE será facilitada pela

“(...) existência de uma linguagem classificada utilizada por todos os Enfermeiros (a CIPE), a existência de uma parametrização única nacional do S-Clínico, o programa informático onde os Enfermeiros desenvolvem a documentação da sua decisão clínica e a atualização da legislação da Saúde Pública que reafirma a sua função de Observatório de Saúde e de responsabilidade na gestão dos processos de vigilância epidemiológica.”

Existe diferentes estudos epidemiológicos que se podem desenvolver, contudo, os estudos de prevalência, assumem-se como estudos importantes para estabelecer o diagnóstico da situação da VEDE (Melo, 2020).

Os enfermeiros das USP, através da realização de

“(...) estudos epidemiológicos dos diagnósticos produzidos por todos os outros enfermeiros, desenvolvem os Diagnósticos de Enfermagem à população e, com base nestes, contratualizam ganhos em saúde à população, através de intervenções

dirigidas à comunidade ACeS, otimizando os recursos para melhorar os cuidados aos indivíduos, famílias e comunidades, assim como a gestão comunitária da comunidade ACeS para aperfeiçoar os cuidados de Enfermagem, otimizando os Diagnósticos de Enfermagem aos indivíduos, famílias e comunidades e a negociação dos programas e projetos que correspondem às prioridades de Saúde Pública detetadas a partir dos diagnóstico local de Enfermagem de Saúde Pública.” (Melo, 2020, p.130)

Dos estudos realizados sobre a VEDE, até ao momento, surgiram algumas recomendações, sendo que a de maior relevância foi a criação do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem (ODE) (Melo, Fernandes e Bastos, 2018).

O primeiro ODE foi criado e regulamentado no ACeS Porto Oriental, constituindo-se numa estrutura organizativa composta por 1 conselho coordenador, 1 conselho técnico (que integra enfermeiros dos conselhos técnicos de todas as unidades funcionais e os coordenadores das UCC) e 1 conselho consultivo. Para esta estrutura organizativa foram definidas as seguintes competências: realizar a VEDE do ACeS; proceder à divulgação dos resultados dos estudos epidemiológicos no âmbito dos diagnósticos de enfermagem do ACeS; providenciar consultoria às unidades funcionais e de gestão no que diz respeito à VEDE; providenciar consultoria no contexto da priorização dos diagnósticos de enfermagem a ser alvo de intervenção nos planos locais de saúde; desenvolver investigação no contexto de epidemiologia e planeamento de saúde no contexto dos diagnósticos de enfermagem. (Melo, Fernandes e Bastos, 2018).

Após o exposto, considero extremamente importante que o Mestre em Enfermagem Comunitária – Área da Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública e EEEC seja capaz de efetuar uma articulação efetiva entre a VEDE, o empoderamento comunitário e a gestão de programas e projetos, parte integrante do planeamento em saúde, pois traduzir-se-á em ganhos em saúde para população e melhoria da qualidade dos cuidados.

Assim, torna-se imperioso escolher um modelo teórico de Enfermagem que sustente o empoderamento comunitário e a VEDE. Optei pela escolha do MAIEC, uma vez que este modelo dirige a sua abordagem em função da CIPE e, para além do mais, também já foi aplicado em outros estudos de investigação o que permite efetuar comparações.

### **2.2.2. Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário**

O MAIEC é um modelo orientador para a tomada de decisão clínica dos enfermeiros, centrado na comunidade enquanto unidade de cuidados. Este modelo, enquanto processo e resultado das intervenções dos enfermeiros, através da sua matriz de decisão clínica, constitui-se promotor do empoderamento comunitário, visando a obtenção de ganhos em saúde, sendo um processo participativo e de co-construção com as comunidades (Melo, 2020)

Já em 1986, na Carta de Ottawa, se dava ênfase à promoção da saúde através da participação ativa dos indivíduos e comunidades, definindo conceitos como advogar e capacitar. Nesta conferência, os líderes presentes chegaram a acordo e propuseram a implementação de diferentes medidas para a promoção da saúde, das quais se ressalva:

“[r]econhecer as pessoas e as populações como o principal recurso de saúde; apoiá-las e capacitá-las para se manterem saudáveis, através de meios financeiros ou outros, e aceitar a comunidade como a voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem estar (...) partilhar o poder com outros sectores, outras disciplinas e, acima de tudo, com as próprias populações.” (WHO, 1986, p.21)

Para colocar estes objetivos em prática é necessário recorrer à utilização de modelos de intervenção, que orientem a prática de enfermagem, e onde a comunidade é o alvo de cuidados; e que tenham “(...) uma ação intencional que promova o empoderamento comunitário e lhe permita avaliar o processo e o resultado das suas decisões clínicas, desde o diagnóstico de enfermagem à avaliação de resultados.” (Melo, Silva & Figueiredo, 2018, p.81).

O MAIEC é um referencial que tem por base outros modelos, nomeadamente: o Modelo Contínuo de Empoderamento Comunitário proposto por Laverack, em 2008, e os pressupostos e postulados do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar proposto por Figueiredo, em 2012.

Os referenciais teóricos da Enfermagem e OE defendem quatro metaparadigmas da Enfermagem: Saúde, Pessoa, Ambiente e Cuidados de Enfermagem. Por seu lado, o MAIEC também aborda quatro conceitos fundamentais, sendo eles: comunidade, ambiente comunitário, saúde comunitária e cuidados de enfermagem à comunidade. Quando usado como referencial teórico permite que

“(…) os enfermeiros de saúde comunitária sejam capazes de basear a profissão de enfermagem na disciplina de enfermagem, introduzir a comunidade como cliente no processo de enfermagem, realizar diagnósticos de enfermagem de saúde comunitária e prescrever intervenções de enfermagem para dar resposta aos diagnósticos formulados” (Melo & Alves, 2019, p.6).

Para tal, a Matriz de decisão clínica do MAIEC tem um papel preponderante. Esta integra “(…) as áreas de atenção dos enfermeiros centradas na comunidade como unidade de cuidados e as intervenções de enfermagem associada à CIPE” (Melo, 2020, p 56.). Esta matriz defende que o foco central de atenção dos enfermeiros é a gestão comunitária, e esta por sua vez é associada a três dimensões de diagnóstico: liderança comunitária, participação comunitária e processo comunitário. Cada dimensão diagnóstica, é avaliada em função de critérios de diagnósticos pré-definidos, o que permite atribuir o juízo clínico de comprometida/não comprometida à gestão comunitária, caso uma ou mais das dimensões de diagnósticos esteja comprometida (Melo, 2020).

No que concerne à dimensão diagnóstica da liderança comunitária é avaliada através dos conhecimentos, crenças e volição dos membros e líderes da comunidade. Na dimensão diagnóstica da participação comunitária é avaliada a eficácia da comunicação e a existência de estruturas organizativas na comunidade e parcerias comunitárias. E por último, no que diz respeito, à dimensão diagnóstica do processo comunitário é avaliado o *coping* comunitário (Melo, 2020).

Em suma, estes critérios de diagnóstico permitem identificar vários aspetos da comunidade, e basta um deles não corresponder para a respetiva dimensão diagnóstica estar comprometida.

### **2.2.3. Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender**

Nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública, são definidos enunciados descritivos dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública. Um destes enunciados é a promoção da saúde, que preconiza “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública ajuda os grupos/comunidades a alcançarem o máximo potencial de saúde” (Regulamento n.º 348/2015, p.16483).

O Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender serviu de fio condutor para a realização do nosso estudo, assim como referencial teórico para todo o percurso do ENP.

O MPS de Nola Pender, foi criado em 1982, tendo sido revisto por 3 vezes, e que está alicerçado na perspectiva da enfermagem holística, na psicologia social e na teoria de aprendizagem social de Albert Bandura. Este modelo é baseado em várias premissas, uma vez que reconhece que a saúde é um estado positivo e dinâmico, que vai além da ausência de doença, que os indivíduos têm o poder de controlar o seu próprio comportamento de saúde e que a promoção de saúde envolve mudanças comportamentais direcionadas a alcançar um estilo de vida saudável. (Tomey & Alligood, 2004).

O MPS de Nola Pender enfatiza a interação entre três componentes: características e experiências individuais (constituído por fatores pessoais associados a comportamentos anteriores); sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se deseja alcançar (que inclui barreiras, autoeficácia, percepção de benefícios e influências interpessoais) e comportamento de promoção da saúde alcançável (que abrange aspetos como compromisso com o plano de ação delineado, preferências e exigências) (Aguiar, Silva, Queiroz & Santos, 2021). Os fatores pessoais são classificados como: biológicos (idade, género, entre outros), socioculturais (educação, etnia, nível socioeconómico, religião, estado civil), psicológicos (autoestima, automotivação, entre outros). (Tomey & Alligood, 2004).

Para além disto, o MPS de Nola Pender é “(...) uma tentativa de descrever a natureza multifacetada das pessoas que interagem com o ambiente enquanto procuram saúde” (Tomey & Alligood, 2004, p. 706), e está assente em pressupostos que “(...) refletem a perspectiva da ciência comportamental e enfatizam o papel activo do doente na gestão dos comportamentos de saúde, alterando o contexto ambiental” (Tomey & Alligood, 2004, p. 705).

De acordo com o MPS de Nola Pender, o EEEC poderá desempenhar um papel fundamental na promoção da saúde dos indivíduos, fornecendo informações, suporte e recursos para que eles possam adotar comportamentos saudáveis.

Em resumo, este modelo enfatiza a importância da capacitação dos indivíduos para tomar decisões saudáveis, reconhecendo a influência de fatores pessoais, ambientais e sociais e fornece uma estrutura abrangente para a prática de enfermagem baseada na promoção de saúde e no fortalecimento do bem-estar dos indivíduos.

## 2.3. FASE METODOLÓGICA

A fase metodológica procura “determinar um certo número de operações e de estratégias, que especificam como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho, que indicará o percurso a seguir para organizar as fases posteriores de realização e de interpretação / difusão” (Fortin, 2009, p.211),

Assim, neste capítulo, procede-se: à definição dos objetivos e finalidade do estudo; à apresentação do tipo de estudo e opções metodológicas, da população e dos métodos e técnicas de recolha de dados; à definição das variáveis em estudo; à descrição do tratamento de dados; e, por último, apresentam-se as considerações éticas que estiveram presentes na realização deste estudo.

### 2.3.1. Finalidade e Objetivos

Este estudo de investigação tem por finalidade contribuir para a criação do ODE do ACeS do Alto Minho e visa os seguintes objetivos definidos:

- Determinar a prevalência dos diagnósticos de enfermagem relacionados com as áreas prioritárias do plano local de saúde do Alto Minho;
- Analisar a sensibilidade/recetividade dos Enfermeiros do ACeS do Alto Minho para a implementação da VEDE no Alto Minho;
- Identificar potencialidades e constrangimentos à implementação da VEDE no ACeS do Alto Minho.

### 2.3.2. Tipo de Estudo

Em alinhamento com os objetivos, o presente estudo é do tipo observacional, transversal e descritivo. O estudo descritivo “(...) visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência de ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar informação” (Fortin, 2009, p. 34).

Deste modo, tendo em consideração as características de um estudo descritivo, a opção metodológica que consideramos foi a abordagem quantitativa, nesta fase, apoiada fundamentalmente no paradigma positivista. A abordagem quantitativa tem como objetivo “(...) explorar fenómenos, eventos, comunidades, processos, factos e conceitos (...) descrevê-los (...) relacioná-los ou ligá-los (...) e considerar o efeito de alguns sobre

outros (...)” (Sampieri, Collado & Lucio, 2014, p. 52). Logo, é possível quantificar os dados observados através de um processo sistemático e rigoroso, podendo posteriormente relacioná-los mediante análise estatística.

### **2.3.3. População e Amostra**

A população ou universo define-se como o conjunto total de casos sobre os quais se pretendem retirar conclusões (Hill & Hill, 2016).

A população deste estudo é composta pelos enfermeiros que desempenham funções nas diferentes UF do ACeS do Alto Minho, ou seja, 262 enfermeiros. A amostra deste estudo é constituída pelos enfermeiros que responderam ao questionário, sendo que obtivemos 78 respostas. Contudo, uma vez que um dos participantes não anui ao consentimento informado, considera-se a amostra é composta por 77 enfermeiros, o que perfaz 29,4% dos enfermeiros a exercerem funções no ACeS do Alto Minho.

### **2.3.4. Métodos e Técnicas de Recolha de Dados**

Para Sampieri, Collado & Lucio (2014), o momento da aplicação dos métodos e técnicas de recolha de dados constitui-se como a oportunidade de o investigador confrontar o trabalho conceptual com os factos.

Para a colheita de dados foram utilizadas duas técnicas, a saber sendo elas:

- Consulta do Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS) para determinação da prevalência dos diagnósticos de enfermagem para as áreas prioritárias do PLS;
- Aplicação de um questionário para a avaliação da gestão comunitária do ACeS do Alto Minho, como comunidade alvo de intervenção, no que diz respeito à VEDE.

#### **2.3.4.1. Instrumento de recolha de dados**

Relativamente, ao instrumento de medida e recolha de dados, optamos por usar um questionário, uma vez que tem por “(...) objetivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimento, sentimentos e opiniões” (Fortin, 2009, p. 380).

O questionário selecionado, já foi aplicado noutros estudos de investigação (Bastos, 2018; Fernandes, 2019; Ferreira, 2019) com enfermeiros de ACeS da ARS Norte, sendo o mesmo da autoria Melo (2019, Melo, Fernandes & Ferreira). Neste contexto, não consideramos necessária a realização de um pré-teste.

O questionário (anexo I) é de autopreenchimento com questões fechadas e abertas, através da plataforma *Microsoft-forms*, e é constituído por duas partes. A primeira diz respeito à caracterização socioprofissional. A segunda parte refere-se à caracterização da gestão comunitária do ACeS sobre a VEDE.

#### 2.3.4.2. Procedimento de Recolha de Dados

O processo de recolha de dados, que decorreu de durante o mês de junho de 2022.

Numa primeira fase, procedeu-se à recolha de dados da plataforma SIARS sobre os diagnósticos de enfermagem em estudo, no ano de 2019 e no ano de 2021. Optamos por selecionar estes dois anos, dado a situação pandémica COVID 19 que foi vivenciada desde março de 2020, o que decerto poderá ter influenciado o déficit dos processos de documentação nos sistemas de informação. Para tal foram definidas taxas de documentação (TD) para cada um dos diagnósticos de enfermagem em estudo (apêndice II).

Numa segunda fase, procedeu-se à divulgação do questionário de vigilância epidemiológica no ACeS do Alto Minho, via *email* institucional.

Para a recolha de dados dos diagnósticos de enfermagem relacionados com os problemas prioritários no SIARS, foi construída uma grelha de registos dos fenómenos de enfermagem (Excesso de Peso; Autocuidado: Atividade física; Comportamento de Adesão; Auto-Vigilância; Gestão do Regime Terapêutico; Uso do Tabaco; Papel de Prestador de Cuidados) por mês/ano (apêndice I).

#### 2.3.5. Variáveis

“As variáveis são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos ou situações que são objeto de investigação.” (Fortin, 2009, p.175).



Assim, as variáveis deste estudo são de atributo e contextuais. No que concerne às variáveis de atributo são de cariz socioprofissional (género, idade, unidade funcional em que exerce funções, habilitações académicas, tempo de experiência profissional como enfermeiro, tempo Unidade Funcional do ACeS em que exerce funções).

As variáveis contextuais, foram obtidas através da consulta da base de dados do SIARS para mensuração dos diagnósticos de enfermagem alvo de estudo e opinião/perceção dos participantes sobre a VEDE através do questionário, que pode ser consultada no apêndice III.

### **2.3.6. Tratamento de Dados**

O tratamento de dados obtidos pelo questionário, foi realizado com recurso ao programa IBM Statistical Package for Social Sciences® (SPSS), versão 28, no qual foi construída uma base de dados.

Dado o questionário, conter alguns perguntas de resposta aberta, procedeu-se primeiramente à análise de conteúdo, e posteriormente as respostas foram categorizadas de modo a poderem ser quantificadas.

Foi efetuada uma análise descritiva, recorrendo-se a frequências absolutas ( $n_i$ ) e frequências relativas ( $f_i$ ). Para o tratamento de variáveis quantitativas recorreu-se ainda a medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (amplitude e desvio padrão).

### **2.3.7. Considerações Éticas**

Para Fortin (1999, p. 116), o investigador tem “(...) obrigações e responsabilidades morais para com a sociedade, a comunidade científica e os participantes nos projetos de investigação.” Deste modo, qualquer se seja a investigação realizada, o investigador deve respeitar os princípios e direitos fundamentais, como são o direito à autonomia, confidencialidade, anonimato, o princípio da beneficência e não maleficência e o princípio da justiça.

Foi preocupação inerente a este estudo, o cumprimento e respeito por todos os princípios anteriormente referidos. Para além destes, foi garantido o direito à livre participação no

estudo conforme é preconizado pela Declaração de Helsínquia, através do consentimento informado,

Assim, foi formalmente solicitado ao Professor Doutor Pedro Melo a autorização para a implementação e devida adaptação do questionário à realidade do ACeS do Alto Minho e aplicação do mesmo, ao que ele anuiu (Anexo II).

O presente estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da ULSAM, EPE (Anexo III), consubstanciada pelo parecer n.º 23/2022 e 24/2022.

O referencial conceptual do presente estudo de investigação pautou-se pela salvaguarda das questões éticas, particularmente quanto às fontes utilizadas e pela adequada referenciação das citações, sempre que foram utilizadas.

O rigor, a agregação e a isenção na recolha, tratamento e análise dos dados obtidos constituíram -se na pedra basilar deste estudo. Não foi efetuada qualquer forma de identificação dos envolvidos na base de dados criada, e a utilização de qualquer dado recolhido durante o estudo, teve fins meramente académicos e de investigação.

## 2.4. RESULTADOS

A apresentação dos resultados através do questionário inicia-se com a caracterização socioprofissional e posteriormente damos a conhecer resultados de acordo com os objetivos delineados para o estudo. Para facilitar a visualização da informação foram utilizados tabelas e quadros.

### **2.4.1. Determinação da Prevalência dos Diagnósticos de Enfermagem para as Áreas Prioritárias do PLS**

Como já foi referido anteriormente, foram definidas taxas de documentação para os diagnósticos de enfermagem, em estudo, relacionados com as áreas prioritárias do PLS, no ano de 2019 e 2021. De uma forma geral, podemos afirmar que as taxas de documentação dos diagnósticos de enfermagem em estudo são baixas, sendo que no ano de 2021, comparativamente com o ano de 2019, são menores. Isto deve-se com toda a certeza ao facto de, no ano de 2021, estarmos em contexto pandémico.

**Tabela 1: Taxa de documentação dos diagnósticos de enfermagem, segundo o foco de enfermagem atividade física, excesso de peso e uso de tabaco, no ano de 2019 e 2021**

Ano	Mês	Utentes Inscritos	Diagnósticos de Enfermagem em estudo					
			Atividade Física		Excesso de Peso		Uso de Tabaco	
			n <sub>i</sub>	TD(%)	n <sub>i</sub>	TD(%)	n <sub>i</sub>	TD(%)
2019	1	246010	14	0,006	2510	1,020	1024	0,416
	2	245955	27	0,011	2178	0,886	1632	0,664
	3	245935	16	0,007	2157	0,877	1606	0,653
	4	246043	9	0,004	2143	0,871	1518	0,617
	5	246121	18	0,007	2435	0,989	1632	0,663
	6	246272	13	0,005	1596	0,648	1020	0,414
	7	246450	4	0,002	1817	0,737	1053	0,427
	8	246575	3	0,001	1269	0,515	671	0,272
	9	246917	4	0,002	1483	0,601	867	0,351
	10	247091	4	0,002	2087	0,845	1263	0,511
	11	247454	6	0,002	1681	0,679	963	0,389
	12	247532	4	0,002	1305	0,527	696	0,281
2021	1	247727	7	0,003	665	0,268	255	0,103
	2	247557	4	0,002	592	0,239	242	0,098
	3	247715	11	0,004	871	0,352	657	0,265
	4	248024	7	0,003	774	0,312	635	0,256
	5	248139	6	0,002	862	0,347	798	0,322
	6	248333	4	0,002	694	0,279	522	0,210
	7	248508	7	0,003	702	0,282	357	0,144
	8	248428	2	0,001	667	0,268	428	0,172
	9	248277	2	0,001	888	0,358	683	0,275
	10	248610	11	0,004	1 003	0,403	851	0,342
	11	248821	14	0,006	1 204	0,484	939	0,377
	12	249161	3	0,001	787	0,316	610	0,245

Verificamos que as taxas de documentação da atividade física no ano de 2021, são menores que no ano de 2019, mas em ambos os anos as taxas de documentação são inferiores a 0,011%.

Constatamos que relativamente às taxas de documentação do excesso de peso são menores no ano de 2021 do que no ano de 2019. Sendo que no ano de 2021 a taxa de documentação é inferior a 0,484%, e no ano de 2019 é inferior a 1,020%.

Relativamente ao uso de tabaco, verificamos que as taxas de documentação são menores no ano de 2021 do que em 2019. Sendo que no ano de 2021 é inferior a 0,377% e no ano de 2019 é inferior a 0,664%.

**Tabela 2: Taxa de documentação do diagnóstico de enfermagem: Gestão do regime terapêutico na HTA, no ano de 2019 e 2021**

Ano	Mês	Utentes Inscritos	Diagnóstico de Enfermagem em estudo	
			Gestão do regime terapêutico na Hipertensão $n_i$	TD(%)
2019	1	2383	1413	59,295
	2	4373	1825	41,733
	3	6405	1885	29,430
	4	8168	1565	19,160
	5	10127	2001	19,759
	6	11105	1027	9,248
	7	2632	1089	41,375
	8	4201	649	15,449
	9	6280	895	14,252
	10	8621	1448	16,796
	11	10551	1284	12,169
	12	11686	724	6,195
2021	1	1012	548	54,150
	2	2047	519	25,354
	3	3498	868	24,814
	4	4913	864	17,586
	5	6478	866	13,368
	6	7618	574	7,535
	7	1608	515	32,027
	8	2926	471	16,097
	9	4473	662	14,800
	10	6155	873	14,184
	11	7965	1 094	13,735
	12	9011	613	6,803

Constatamos que a taxa de documentação da gestão do regime terapêutico na hipertensão é similar no ano de 2019 e 2021. Sendo que no ano de 2019 varia entre os 6,195% e os 59,295%, e no ano de 2021 varia entre 6,803% e os 54,150%.

**Tabela 3: Taxa de documentação do diagnóstico de enfermagem: Gestão do regime terapêutico na Diabetes *Mellitus*, no ano de 2019 e 2021**

Ano	Mês	Utentes Inscritos	Fenómenos de Enfermagem em estudo	
			Gestão do regime terapêutico na Diabetes <i>Mellitus</i>	
			$n_i$	TD(%)
2019	1	4992	1413	28,305
	2	10179	1825	17,929
	3	16080	1885	11,723
	4	20524	1565	7,625
	5	25696	2001	7,787
	6	28145	1027	3,649
	7	17360	1089	6,273
	8	19634	649	3,305
	9	22932	895	3,903
	10	27125	1448	5,338
	11	30670	1284	4,187
	12	32703	724	2,214
2021	1	2784	548	19,684
	2	5867	519	8,846
	3	9997	868	8,683
	4	14148	864	6,107
	5	17931	866	4,830
	6	20492	574	2,801
	7	11536	515	4,464
	8	13719	471	3,433
	9	16684	662	3,968
	10	20368	873	4,286
	11	24056	1094	4,548
	12	26528	613	2,311

Relativamente à gestão do regime terapêutico na Diabetes *Mellitus*, verificamos que a taxa de documentação é similar no ano de 2019 e 2021. Sendo que no ano de 2019 varia entre os 2,214% e os 28,305%, e no ano de 2021 varia entre 2,311% e os 19,684%.

**Tabela 4: Taxa de documentação do diagnóstico de enfermagem: Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia do cólon/reto, no ano de 2019 e 2021**

Ano	Mês	Utentes Inscritos	Diagnósticos de Enfermagem em estudo	
			Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia do cólon/reto	
			$n_i$	TD(%)
2019	1	43256	634	1,466
	2	44594	660	1,480
	3	46094	670	1,454
	4	47375	552	1,165
	5	48309	980	2,029
	6	49133	474	0,965
	7	50083	418	0,835
	8	50866	261	0,513
	9	51577	412	0,799
	10	53855	1145	2,126
	11	54784	599	1,093
	12	55558	354	0,637
2021	1	41117	712	1,732
	2	41958	403	0,960
	3	43476	332	0,764
	4	44432	363	0,817
	5	45221	237	0,524
	6	46395	164	0,353
	7	47786	205	0,429
	8	48584	145	0,298
	9	49352	208	0,421
	10	50116	998	1,991
	11	51038	793	1,554
	12	52209	459	0,879

Verificamos que a taxa de documentação do comportamento de adesão ao rastreio da neoplasia do cólon/reto é similar no ano de 2019 e 2021. Sendo que no ano de 2019 varia entre os 0,637% e os 2,126%, e no ano de 2021 varia entre 0,298% e os 1,991%.

**Tabela 5: Taxa de documentação dos diagnósticos de enfermagem: Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia da mama feminina e Autovigilância da mama feminina, no ano de 2019 e 2021**

<b>Diagnósticos de Enfermagem em estudo</b>						
<b>Ano</b>	<b>Mês</b>	<b>Utentes Inscritos</b>	<b>Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia da mama feminina</b>		<b>Autovigilância da mama feminina</b>	
			<b>n<sub>i</sub></b>	<b>TD(%)</b>	<b>n<sub>i</sub></b>	<b>TD(%)</b>
<b>2019</b>	1	6296	634	10,070	658	10,451
	2	6730	660	9,807	894	13,284
	3	8044	670	8,329	832	10,343
	4	8292	552	6,657	720	8,683
	5	8821	980	11,110	928	10,520
	6	9385	474	5,051	494	5,264
	7	9817	418	4,258	645	6,570
	8	11033	261	2,366	445	4,033
	9	12953	412	3,181	491	3,791
	10	15595	1145	7,342	729	4,675
	11	17232	599	3,476	593	3,441
	12	19908	354	1,778	465	2,336
<b>2021</b>	1	9680	712	7,355	308	3,182
	2	10353	403	3,893	243	2,347
	3	11235	332	2,955	389	3,462
	4	12097	363	3,001	411	3,398
	5	12825	237	1,848	374	2,916
	6	13123	164	1,250	271	2,065
	7	14542	205	1,410	242	1,664
	8	15409	145	0,941	302	1,960
	9	15714	208	1,324	344	2,189
	10	16830	998	5,930	475	2,822
	11	17707	793	4,478	514	2,903
	12	19562	459	2,346	445	2,275

Verificamos que a taxa de documentação do comportamento de adesão ao rastreio da neoplasia da mama feminina no ano de 2021 é menor que no ano de 2019. Sendo que no ano de 2019 varia entre os 1,778% e os 11,110%, e no ano de 2021 varia entre 0,941% e os 7,355%.

Relativamente à autovigilância da mama feminina, constatamos que a taxa de documentação é menor no ano de 2021 do que no ano de 2019. Sendo que no ano de 2019 varia entre os 2,336% e os 13,284%, e no ano de 2021 varia entre 1,664% e os 3,398%.

**Tabela 6: Taxa de documentação dos diagnósticos de enfermagem: Comportamento de Adesão ao Rastreio da Neoplasia do colo do útero, no ano de 2019 e 2021**

Ano	Mês	Utentes Inscritos	Diagnóstico de Enfermagem em estudo	
			Comportamento de Adesão ao Rastreio das Neoplasia do colo do útero	
			$n_i$	TD(%)
2019	1	28160	634	2,251
	2	28661	660	2,303
	3	29174	670	2,297
	4	29524	552	1,870
	5	30186	980	3,247
	6	30775	474	1,540
	7	31357	418	1,333
	8	31831	261	0,820
	9	32264	412	1,277
	10	33733	1145	3,394
	11	34273	599	1,748
	12	34991	354	1,012
2021	1	25030	712	2,845
	2	25429	403	1,585
	3	25794	332	1,287
	4	26183	363	1,386
	5	27033	237	0,877
	6	27719	164	0,592
	7	28486	205	0,720
	8	28969	145	0,501
	9	29424	208	0,707
	10	30012	998	3,325
	11	30484	793	2,601
	12	31342	459	1,464



Verificamos que a taxa de documentação do comportamento de adesão ao rastreamento da neoplasia do colo do útero nos anos em estudo é similar. Sendo que no ano de 2019 varia entre os 0,820% e os 3,394%, e no ano de 2021 varia entre 0,501% e os 3,325%.

**TABELA 7: Taxa de documentação dos diagnósticos de enfermagem: Papel Prestador de Cuidados na Demência, no ano de 2019 e 2021**

Ano	Mês	Utentes Inscritos	Diagnóstico de Enfermagem em estudo	
			Papel Prestador de Cuidados na Demência	
			ni	TD(%)
2019	1	1980	65	3,283
	2	1987	75	3,775
	3	2004	74	3,693
	4	2017	80	3,966
	5	2060	84	4,078
	6	2093	56	2,676
	7	2118	44	2,077
	8	2124	47	2,213
	9	2132	49	2,298
	10	2156	54	2,505
	11	2176	76	3,493
	12	2199	38	1,728
2021	1	2040	18	0,882
	2	2055	21	1,022
	3	2060	12	0,583
	4	2100	21	1,000
	5	2111	34	1,611
	6	2150	7	0,326
	7	2180	25	1,147
	8	2200	16	0,727
	9	2245	35	1,559
	10	2259	33	1,461
	11	2300	27	1,174
	12	2350	23	0,979

Constatamos que a taxa de documentação do papel prestador de cuidados na demência nos anos é menor em 2021. Sendo que no ano de 2019 varia entre os 1,728% e os 4,078%, e no ano de 2021 varia entre 0,326% e os 1,611%.

#### **2.4.2. Caracterização do Perfil Socioprofissional dos Enfermeiros do ACeS do Alto Minho**

Quanto à caracterização do perfil socioprofissional, optamos por subdividir em duas categorias: caracterização sociodemográfica e situação profissional.

No que concerne à caracterização sociodemográfica (tabela 1), verifica-se que os 77 enfermeiros que integram o estudo são maioritariamente do género feminino (89,6%). A idade está compreendida entre os 35 e os 61 anos, sendo a média de 46,19 anos e a mediana de 46 anos. Quando agrupados por grupos etários, observa-se que o grupo etário mais representado é o de 45-49 anos, com 27.3%, seguido do grupo etário 40-44 anos, com 26,0%, seguido do grupo etário dos 35-39 anos, com 16.9%, em ex aequo com o grupo etário dos 50-54 anos, seguido do grupo etário dos 55-59 anos, com 9.1% e do grupo etário > 60 anos, com 3,9%.

Relativamente às habilitações académicas, verifica-se que a 63,6% possuem curso de licenciatura; 20,8% possuem curso de mestrado; 11,7% têm curso de pós-graduação e 3.9% possuem curso de bacharelato. Optamos, por categorizar as repostas ao relativamente à frequência de mestrados e/ou pós-graduações em áreas de cuidado. Assim no que diz respeito aos mestrados, as áreas de cuidado definidas foram: cuidados paliativos (1,3%); promoção e educação para a saúde (3,9%), enfermagem comunitária (6,5%), enfermagem saúde mental e psiquiátrica (1,3%), enfermagem médico-cirúrgica (1,3%), gestão das organizações (1,3%), reabilitação (1,3%), saúde materna e obstétrica (1,3%) e saúde pública (2,6%). Relativamente às pós-graduações, as áreas de cuidados designam-se por: enfermagem de reabilitação (1,3%), saúde familiar (3,9%), geriatria (1,3%), cuidados paliativos (1,3%), saúde materna (1,3%), saúde comunitária (1,3%) e emergência e trauma (1,3%).

No que diz respeito, à especialidade em Enfermagem verificamos que a 66,2% dos enfermeiros não possui especialidade; 18,2% dos enfermeiros têm especialidade em enfermagem comunitária; 5,2% dos enfermeiros possui especialidade em enfermagem de saúde materna e obstétrica; 5,2% dos enfermeiros possui especialidade em enfermagem de reabilitação; 2,6% dos enfermeiros possui especialidade em enfermagem médico-cirúrgica e 2.6% dos enfermeiros possui especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

**Tabela 8: Distribuição dos enfermeiros, segundo as características sociodemográficas (n=77)**

		n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
<b>Gênero</b>	Feminino	69	89,6
	Masculino	8	10,4
<b>Grupo Etário</b>	35-39 anos	13	16,9
	40-44 anos	20	26,0
	45-49 anos	21	27,3
	50 -54 anos	13	16,9
	55 -59 anos	7	9,1
	> 60 anos	3	3,9
	<b>Habilitações Acadêmicas</b>	Bacharelato	3
Licenciatura		49	63,6
Mestrado		16	20,8
Pós-Graduação		9	11,7
<b>Área do Mestrado</b>	Cuidados Paliativos	1	1,3
	Promoção e Educação para a Saúde	3	3,9
	Enfermagem Comunitária	5	6,5
	Enfermagem Saúde Mental e Psiquiátrica	1	1,3
	Enfermagem Médico-Cirúrgica	1	1,3
	Gestão das Organizações	1	1,3
	Reabilitação	1	1,3
	Materna e Obstétrica	1	1,3
	Saúde Pública	2	2,6
<b>Área da Pós-Graduação</b>	Enfermagem de Reabilitação	1	1,3
	Saúde Familiar	3	3,9
	Geriatrics	1	1,3
	Cuidados Paliativos	1	1,3
	Saúde Comunitária	1	1,3
	Saúde Materna	1	1,3
	Emergência e Trauma	1	1,3
	Enfermagem de Reabilitação	1	1,3
<b>Especialidade em Enfermagem</b>	Especialidade em Enfermagem Comunitária	14	18,2
	Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	4	5,2
	Especialidade em Enfermagem de Reabilitação	4	5,2
	Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica	2	2,6
	Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	2	2,6
	Não possui especialidade	51	66,2

No que concerne, à situação profissional (tabela 2), optamos por não divulgar a localização das UF onde os enfermeiros exercem funções, por forma a manter o anonimato. Verificamos que 35,1% dos enfermeiros exerce funções nas USF; 24,7% dos enfermeiros exerce funções na UCC; 23,4% dos enfermeiros exerce funções na UCSP; 10,4% dos enfermeiros exercem funções em CS, 2,6% dos enfermeiros exercem funções na USP, 2,6% dos enfermeiros exercem funções no Alto Minho e 1,3% dos enfermeiros exerce funções no norte.

Quanto ao tempo de experiência profissional como enfermeiro, verificamos que o tempo mínimo de experiência profissional é de 10 anos e o tempo máximo é de 39 anos. Observa-se ainda que o intervalo de tempo de experiência profissional mais frequente é o de 25-29 anos (29,95%); seguido do intervalo de tempo de 20-24 anos, com 27,3%, seguido do intervalo de tempo de 15-19 anos, com 23,4%; seguido do intervalo de tempo de 30-34 anos, com 11,7%; seguido do intervalo de tempo de 10-14 anos, com 3,9% em ex aequo com o intervalo de tempo > 35 anos.

Relativamente ao tempo de serviço na UF do ACeS em que exerce funções, verificamos que o tempo mínimo de serviço é de 1 ano e o tempo máximo de serviço é de 33 anos. Observa-se ainda que o intervalo de tempo de serviço na UF do ACeS em que exerce funções mais frequente é o < a 4 anos (29,9%); seguido do intervalo, em ex aequo, de 5-9 anos com 19,5% e o de 10-14 anos (19,5%); seguido do intervalo de tempo de 15-19 anos, com 16,9%, seguido do intervalo de tempo de 20-24 anos, com 11,7% e por fim o intervalo de tempo de 25-29 anos, com 2,6%.

**Tabela 9: Distribuição dos enfermeiros, pela situação profissional (n=77)**

		n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
<b>Unidade Funcional do ACeS em que exerce funções</b>	Alto Minho	2	2,6
	USP	2	2,6
	UCC	19	24,7
	USF	27	35,1
	Centros de Saúde	8	10,4
	UCSP	18	23,4
	Norte	1	1,3
<b>Tempo de experiência profissional como Enfermeiro/a</b>	10-14 anos	3	3,9
	15-19 anos	18	23,4
	20 -24 anos	21	27,3
	25 -29 anos	23	29,9
	30-34 anos	9	11,7
	> 35 anos	3	3,9
<b>Tempo de serviço na Unidade Funcional do ACeS em que exerce funções</b>	< 4 anos	23	29,9
	5-9 anos	15	19,5
	10-14 anos	15	19,5
	15-19 anos	13	16,9
	20 -24 anos	9	11,7
	25 -29 anos	2	2,6

#### **2.4.2. Análise da Opinião/Percepção dos Enfermeiros do ACeS do Alto Minho sobre a VEDE**

Quanto a análise da opinião/percepção dos enfermeiros do ACeS do Alto Minho sobre a VEDE, os dados podem ser consultados no apêndice IV, uma vez que de seguida serão apresentados de uma forma mais sucinta.

No que concerne, aos **conhecimentos sobre a VEDE** a maioria dos enfermeiros considera que têm poucos conhecimentos (42,9%), seguido dos que têm razoáveis conhecimentos (31,2%), seguido dos que não têm nenhum conhecimento (22,1%) e somente 3,9% têm bons conhecimentos.

Quanto, à **motivação para participar num projeto do seu ACeS que promova a VEDE** a maioria dos enfermeiros está motivada (44,2%), seguido dos que nem está motivado nem desmotivado (23,4%), seguido dos que estão pouco motivados (18,2%), seguido dos que estão muito motivados (9,1%) e somente 5,2% não estão nada motivados.

Relativamente, ao **contributo da documentação dos cuidados de enfermagem nos sistemas de informação para o Diagnóstico de Saúde do ACeS** a maioria dos enfermeiros considera que é importante (45,5%), seguido dos que consideram que é moderadamente importante (23,4%), seguido dos que consideram que é muito importante (20,8%), seguido dos que consideram que é pouco importante (7,8%) e somente 2,6% consideram que não é importante. Quando questionados sobre a importância da documentação dos cuidados de enfermagem nos sistemas de informação para o Diagnóstico de Saúde do ACeS, 5,9% dos enfermeiros não responderam e os restantes apontaram diferentes razões, nomeadamente:

- os sistemas de informação são uma importante ferramenta para: a avaliação/visibilidade dos cuidados de enfermagem prestados (16,2%); os processos de documentação dos cuidados de enfermagem (16,2%) e para a obtenção de resultados sobre os cuidados de enfermagem prestados (14,5%);
- os processos de documentação dos cuidados de enfermagem prestados são muito importantes para o diagnóstico de saúde do ACeS (9,4%).
- os processos de documentação dos cuidados de enfermagem prestados permitem assegurar a continuidade e qualidade dos mesmos (8,5%);
- a parametrização dos sistemas de informação é insuficiente (8,5%);
- os sistemas de informação são complexos (6%)

- a morosidade dos processos de documentação dos cuidados de enfermagem nos sistemas de informação (3,4%);
- os processos de documentação dos cuidados de enfermagem prestados nos sistemas de informação contribuem para a identificação de necessidades/problemas (3,4%); a definição de políticas de saúde (0,9%) e a formulação de novas práticas (0,9%);
- a dificuldade na obtenção e divulgação dos resultados dos processos de documentação dos cuidados de enfermagem nos sistemas de informação (1,7%);
- os processos de documentação dos cuidados de enfermagem prestados nos sistemas de informação não dão qualquer tipo de contributo (1,7%);
- a correta utilização dos sistemas de informação para os processos de documentação dos cuidados de enfermagem prestados (1,7%);
- a insuficiente formação sobre os processos de documentação dos cuidados de enfermagem nos sistemas de informação (0,9%);
- o aspeto jurídico (0,9%).

No que diz respeito, ao **conhecimento sobre necessidades de saúde, os problemas identificados e os objetivos de saúde do PLS do ACeS** a maioria dos enfermeiros não conhece nenhum (58,4%), seguido dos que têm conhecimento de todos (24,7%), 10,4% têm conhecimento somente dos problemas de saúde, 5,2% só têm conhecimento dos objetivos de saúde e 1,3% só conhece as necessidades em saúde. Aos que responderam ter conhecimento, foi-lhes pedido que identificassem um ou mais do que um deles, sendo que só identificaram problemas de saúde e objetivos de saúde, e 34,2% destes não responderam. Assim, os problemas de saúde identificados foram: Doenças Cerebrovasculares (10,5%); Acessibilidade aos cuidados de saúde (7,9%); Tabagismo (5,3%); Alcoolismo (5,3%); Diabetes *Mellitus* (2,6%); Ansiedade/Depressão (2,6%); Tumores Malignos (2,6%); Doença Mental (2,6%); Gestão das Doenças Crónicas (2,6%); Tempos de reposta das consultas de saúde demorados (2,6%); Comportamento de adesão à vigilância da saúde da mulher (2,6%) e Gestão do regime terapêutico ineficaz (2,6%). Os objetivos de saúde identificados foram: Redução da incidência da Diabetes *Mellitus* (5,3%); Reduzir a mortalidade por doença cérebro-cardiovascular (2,6%); Rastreios (2,6%); Promoção da Saúde (2,6%) e Melhoria continua da qualidade (2,6%),

Relativamente, ao **projeto que melhore a VEDE contribui para o Diagnóstico de Saúde do ACeS**, 97,4% dos enfermeiros considera que seria positivo e somente 2,6% consideram que não seria benéfico.

No que diz respeito, aos **diagnósticos de enfermagem que os enfermeiros avaliam mais frequentemente**, constatamos o seguinte: 81,8% dos enfermeiros avaliam com maior frequência a Gestão do Regime Terapêutico na HTA seguido do da Gestão de Regime Terapêutico da DM (77,9%), seguido da Auto-Vigilância da Mama Feminina (53,2%) em ex aequo com o Uso do Tabaco (53,2%), seguido do Excesso de Peso (51,9%), seguido da Atividade Física (49,4%), seguido do Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia do Colo do Útero (28,6%), seguido do Papel do Prestador de Cuidados na Demência (24,7%), seguido do Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia da Mama Feminina (19,5%), seguido do Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia do Cólon/Reto (3,9%) e 7,8% dos enfermeiros não avaliam nenhum dos fenômenos em estudo frequentemente.

No que concerne, aos **diagnósticos de enfermagem que os enfermeiros consideram mais oportuno avaliar frequentemente** são: a Gestão do Regime Terapêutico na HTA (70,1%) em ex aequo com a Gestão de Regime Terapêutico da DM (70,1%), Excesso de Peso (58,4%), Auto-Vigilância da Mama Feminina (53,2%) em ex aequo com o Uso do Tabaco (53,2%) e ainda com a Atividade Física (53,2%), Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia do Colo do Útero (49,4%), Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia da Mama Feminina (48,1%) em ex aequo com o Papel do Prestador de Cuidados na Demência (48,1%), seguido do Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia do Cólon/Reto (46,8%) e 6,5% dos enfermeiros afirmou não saber responder. Quando questionados sobre porque consideram quais os diagnósticos de enfermagem que consideram oportuno avaliar frequentemente, 7,3% dos enfermeiros não responderam e os restantes mencionaram as seguintes razões:

- Prevenção da doença por forma a obter ganhos em saúde (12,5%);
- Vigilância da saúde dos utentes (10,4%);
- Os problemas de saúde com elevada prevalência/incidência no ACeS (10,4%);
- Os problemas de saúde mais sensíveis aos cuidados de enfermagem (10,4%);
- Elevada frequência de utilização dos fenômenos de enfermagem (8,3%);
- Os hábitos/comportamentos de vida dos utentes influenciam a saúde dos mesmos (8,3%);
- Contributo para a construção/avaliação de um plano de cuidados devidamente ajustado ao utente (8,3%);
- Promoção da Saúde (6,3%);

- Importância da realização/documentação de rastreios (4,2%);
- Avaliação da adesão dos utentes aos cuidados de enfermagem (4,2%);
- Contributo para a diminuição da prevalência das doenças (3,1%);
- Os registos dos cuidados de enfermagem não refletem a prática profissional (2,1%)
- Indicadores das UF contratualizados (2,1%);
- A gestão do regime terapêutico eficaz, produz ganhos em saúde (1%);
- Contributo para o diagnóstico de saúde da população (1%).

No que se refere, **à formação sobre sistemas de informação com utilização de linguagem da CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem** relativamente aos fenómenos em estudo verificamos que 55,8% dos enfermeiros considera não ter, enquanto 44,2% consideram que têm. Aos enfermeiros que afirmaram ter formação nesta área, foi lhes questionado em qual dos fenómenos em estudo. Verificando que 94,1% dos enfermeiros têm formação sobre sistemas de informação com utilização de linguagem da CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem, sobre a Gestão do Regime Terapêutico na HTA; Gestão de Regime Terapêutico da DM (88,2%); Excesso de Peso (73,5%); Uso do Tabaco (70,6%); Auto-Vigilância da Mama Feminina (67,6%); Atividade Física (64,7%); Comportamento de Adesão ao Rastreio da Neoplasia da Mama Feminina (44,1%); Papel do Prestador de Cuidados na Demência (41,2%); Comportamento de Adesão ao Rastreio da Neoplasia do Colo do Útero (38,2%); e por fim do Comportamento de Adesão ao Rastreio da Neoplasia do Cólon/Reto (32,4%).

No que concerne, **às necessidades formativas sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos fenómenos em estudo**, 72,7% dos enfermeiros reconhece a necessidade e 27,2% não. Dentro dos que afirmaram ter necessidades formativas, verificamos o seguinte: 75% dos enfermeiros remete-nos para a formação sobre a Gestão do Regime Terapêutico na HTA; para a Gestão de Regime Terapêutico da DM (75%); Excesso de Peso (62,5%); Uso do Tabaco; Auto-Vigilância da Mama Feminina e Atividade Física em ex aequo (59,6%); Comportamento de Adesão ao Rastreio da Neoplasia do Colo do Útero (52,8%); Comportamento de Adesão ao Rastreio da Neoplasia da Mama Feminina e Papel do Prestador de Cuidados na Demência em ex



aequo (51,4%); e por fim, o Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia do Cólon/Reto (50%).

Quanto ao **circuito de informação entre a sua Unidade Funcional e o ACeS, é eficaz para compreender a importância da documentação dos cuidados de enfermagem para o Diagnóstico de Saúde**, 53,2% dos enfermeiros considera que é eficaz, enquanto 46,8% considera que não.

No que diz respeito, à **informação transmitida** 66,2% dos enfermeiros considera que é clara, enquanto 33,8% considera que não. Aos que consideram que a informação transmitida não é clara, foi lhes pedido que dessem sugestões para a sua melhoria. Destes 37% não responderam, e os restantes apontaram as seguintes sugestões de melhoria: formação contínua (22,2%); articulação de cada unidade funcional com o ACeS, através de um elemento da unidade funcional, previamente eleito (7,4%); não tem qualquer sugestão a dar (7,4%); contratualização de indicadores para os diagnósticos de enfermagem (3,7%); divulgação dos objetivos institucionais para a área da enfermagem (3,7%); criação de uma *Newsletter* (3,7%); reuniões trimestrais entre o ACeS e as UF (3,7%); sinalização dos casos críticos (3,7%); criação de *Webinar* (3,75) e demora nas respostas (3,7%)

Relativamente à **análise/discussão das questões relacionadas com a documentação e VEDE**, a maioria dos enfermeiros (79,2%) considera que não é realizada enquanto 20,8% considera que sim. Quanto à situação/situações em que esta análise é realizada, verificamos que 75% dos enfermeiros afirma que é nas reuniões de enfermagem, enquanto 43,8% aponta para as reuniões de contratualização do ACeS e em ex aequo com as reuniões do conselho técnico (43,8%) e 25% afirmam que é nas reuniões do conselho geral da UF.

No que concerne, às **parcerias formais da sua UF que promovem a melhoria da documentação dos Diagnósticos de Enfermagem e VEDE**, a maioria dos enfermeiros (81,8%) considera que não existem enquanto 18,2% dos enfermeiros considera que tem.

No que diz respeito, aos **recursos da sua UF para a documentação dos diagnósticos de enfermagem**, maioria dos enfermeiros (54,5%) considera que a sua UF não tem recursos suficientes, enquanto 45,5% considera que tem. Dos enfermeiros que mencionaram que os recursos eram insuficientes, constatamos que 71,4% dos enfermeiros atribuem-na aos recursos humanos; enquanto 28,6% atribuem-na aos recursos materiais,

8,6% aos recursos organizacionais e 2,9% referem ainda a falta de formação e informação sobre a documentação dos diagnósticos de enfermagem.

Relativamente, às **estruturas organizativas que envolvam a respetiva UF no Diagnóstico de Saúde do ACeS**, 76,6% dos enfermeiros considera que não existem enquanto 23,4% responde afirmativamente.

No que concerne, ao **líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos Diagnósticos de Enfermagem na sua UF**, constatamos que 63,6% dos enfermeiros afirma que não existe enquanto 36,4% afirma que existe.

#### **2.4.3. Avaliação da Gestão Comunitária do ACeS do Alto Minho face à VEDE**

Esta avaliação é fundamental para dar resposta aos objetivos do estudo: analisar a sensibilidade/recetividade dos Enfermeiros do ACeS do Alto Minho para a implementação da VEDE no Alto Minho e identificar potencialidades e constrangimentos à implementação da VEDE no ACeS do Alto Minho.

Tal como mencionado anteriormente, o MAIEC assume como foco central da atenção do EEEEC, a gestão comunitária, à qual estão acometidas três dimensões de diagnóstico: a liderança comunitária, a participação comunitária e o processo comunitário. Neste sentido, a atividade diagnóstica relacionada com o foco gestão comunitária e as suas três dimensões, foi realizada tendo em conta as respostas à segunda parte do questionário, estando cada pergunta associada a uma atividade diagnóstica. Foram avaliadas as dimensões diagnósticas individualmente (apêndice V).

Verificamos que a gestão comunitária do ACeS do Alto Minho sobre a VEDE está comprometida (quadro 1) em todas as suas dimensões diagnósticas.

**Quadro 1: Diagnósticos de enfermagem identificados e a justificação do juízo clínico atribuído (n=77)**

Diagnóstico de Enfermagem		Justificação do Juízo Atribuído	
Foco Central	Dimensão Diagnóstica		
Gestão Comunitária Comprometida	Liderança Comunitária por	Conhecimento não demonstrado	42,9% considera tem poucos conhecimentos sobre a VEDE
			22,1% considera não ter qualquer conhecimento sobre a VEDE.
			Apenas 24,7% conhece as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do Plano Local de Saúde do ACeS.
			58,4% não conhece nenhum dos documentos (Necessidades de Saúde, Problemas de Saúde identificados, Objetivos de Saúde do Plano Local de Saúde)
			16,9% conhece apenas 1 dos documentos (Necessidades de Saúde, Problemas de Saúde identificados, Objetivos de Saúde do Plano Local de Saúde)
			55,8% não tem formação sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo.
		97,4% considera ter necessidades formativas sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo.	
		Crenças comprometidas	2,6% considera que a sua documentação não tem um contributo importante para o Diagnóstico de Saúde do ACeS
			7,8% considera que a sua documentação tem um contributo pouco importante para o Diagnóstico de Saúde do ACeS
		Volição não demonstrada	5,2 % não se sente motivado/a para participar num projeto do seu ACeS que promova a VEDE
			18,2 % sente-se pouco motivado/a para participar num projeto do seu ACeS que promova a VEDE
			23,4% sente-se nem motivado/nem desmotivado para participar num projeto do seu ACeS que promova a VEDE
Participação Comunitária por:	Comunicação não eficaz	46,8% considera que o circuito de informação entre a sua UF e o ACeS não é eficaz para compreender a importância da documentação dos cuidados de enfermagem para o diagnóstico local de saúde.	
		33,8% considera que a informação transmitida não é clara.	
		79,2% considera que não são analisadas/discutidas as questões relacionadas com a documentação e a VEDE.	

Diagnóstico de Enfermagem		Justificação do Juízo Atribuído	
Foco Central	Dimensão Diagnóstica		
Gestão Comunitária Comprometida	Participação Comunitária por:	Inexistência de Parcerias comunitárias	81,8% considera que a sua UF não tem parcerias formais que promovam a melhoria da documentação dos focos de enfermagem e da vigilância epidemiológica dos mesmos
			54,5% considera que a sua unidade funcional não tem recursos suficientes para a documentação dos diagnósticos nos focos de enfermagem em estudo
		Inexistência de Estruturas Organizativas	76,6% considera que não existem estruturas organizativas que envolvam a sua UF no diagnóstico de saúde do ACeS tendo em conta os diagnósticos de enfermagem.
	Processo Comunitário por:	<i>Coping</i> Comunitário não efetivo	7,8 % não costuma avaliar nenhum dos focos em estudo
		63,6% considera que não existe, na sua UF, um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem.	

## 2.5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As TD dos diagnósticos de enfermagem estudados são baixas, com a exceção da gestão do regime terapêutico na hipertensão e na diabetes *mellitus*. Cremos que isto se deve ao facto de estes serem matéria de contratualização por todas as UF do ACeS.

Relativamente à liderança comunitária, verificamos que esta se encontra comprometida pelo conhecimento não demonstrado uma vez que:

- 42,9% dos enfermeiros do ACeS do Alto Minho consideram ter poucos conhecimentos sobre a VEDE e 22,1% desconhece a VEDE;
- 58,4% não conhece nenhum dos documentos (Necessidades de Saúde, Problemas de Saúde identificados, Objetivos de Saúde do Plano Local de Saúde) e 16,9% conhece apenas 1 destes documentos;
- 55,8% não tem formação sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo;

- 97,4% considera ter necessidades formativas sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo.

No estudo de Fernandes (2019) 79,5% dos inquiridos não tem conhecimento sobre a VEDE; 54,5% não têm conhecimento sobre o Diagnóstico Local de Saúde e 47,7% demonstram não ter conhecimento sobre sistemas de informação em Enfermagem. Enquanto, no estudo de Ferreira (2019) 47,8% não tem conhecimento sobre VEDE; 47,8% não tem perceção de conhecimento sobre as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do PLS do ACES e 41,8% não tem formação sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar o processo de cuidados de enfermagem que presta, relativamente aos focos em estudo. Para Moura (2020), 82,5% não demonstra Conhecimento sobre VEDE, 36,9% não demonstra conhecimento sobre as Necessidades de Saúde, ou os Problemas de Saúde identificados ou os Objetivos de Saúde do Plano Local de Saúde do ACeS e 82,5% não demonstra conhecimento sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo. No estudo de Bastos (2018) 81% não demonstra conhecimento sobre a VEDE. Deste modo, consideramos que os resultados obtidos neste estudo de investigação no que concerne aos conhecimentos sobre a VEDE são positivos, uma vez que somente 22,1% dos inquiridos afirma desconhecer a mesma. Relativamente, à perceção do conhecimento sobre as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do PLS do ACeS do Alto Minho verificamos que não são satisfatórios, uma vez que a maioria dos inquiridos (58,4%) afirma desconhecê-los, pelo que se torna imperiosa a divulgação dos mesmos a todas as UF do referido ACeS. No que concerne, às necessidades de formação sobre sistemas de informação com a utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem, no presente estudo de investigação verificamos que a maioria dos inquiridos (97,4%) considera que existem, tornando-se assim fundamental o investimento nesta área, nomeadamente através do planeamento de ações de formação sobre esta temática.

No que diz respeito ao foco das crenças, verificamos que 2,6% dos enfermeiros considera que o seu processo de documentação não tem um contributo importante para o Diagnóstico de Saúde do ACeS e 7,8 % consideram que é pouco importante. No estudo de Fernandes (2019) 9,1% dos participantes considera que o seu processo de

documentação não tem um contributo importante para o Diagnóstico de Saúde do ACeS, enquanto no estudo de Ferreira (2019) são 4,5% e no estudo de Moura (2020) são 15,8%. Relativamente ao foco da volição, verificamos que 5,2% dos enfermeiros não se sente motivado, 18,2% sente-se pouco motivado e 23,4% sente-se nem motivado/nem desmotivada para participar num projeto do seu ACeS que promova a VEDE. O que é corroborado pelo estudo de Ferreira (2019), Fernandes (2019) e Moura (2020) pois 26,9%, 18,2% e 12,3% dos participantes, respetivamente, não se sente motivado para participar num projeto do seu ACeS que promova a VEDE. No estudo realizado, verificamos que ¼ dos inquiridos não se sente motivado para participar num projeto do seu ACeS que promova a VEDE, assim torna-se imperioso demonstrar a importância da mesma na melhoria da qualidade dos cuidados assistenciais prestados, através da documentação dos mesmos nos sistemas de informação, podendo estes traduzir-se em indicadores das UF potenciando uma adequada gestão de programas e projetos, que dão resposta ao Plano Local de Saúde e Diagnóstico Local de Saúde, sustentados pelo PNS.

Quanto à dimensão diagnóstica da participação comunitária verificamos que a comunicação não é eficaz, uma vez que 46,8% dos enfermeiros consideram que o circuito de informação entre a sua UF e o ACeS não é eficaz para compreender a importância da documentação dos cuidados de enfermagem para o diagnóstico local de saúde; 33,8% que a informação transmitida não é clara e 79,2% refere que não são analisadas/discutidas as questões relacionadas com a documentação e a VEDE. No estudo de Bastos (2018) 78,6% dos participantes consideram que o circuito de informação entre a sua UF e o ACeS não é eficaz para compreender a importância da documentação dos cuidados de enfermagem para o diagnóstico local de saúde; enquanto para Ferreira (2019) e Fernandes (2019) 73,1% e 75% dos participantes, respetivamente, consideram que a comunicação sobre VEDE está comprometida. Moura (2020), verificou que 61,4% dos participantes considera que o circuito de informação entre a sua UF e o ACeS não é eficaz para compreender a importância da documentação dos cuidados de enfermagem para o diagnóstico local de saúde; 24,6% considera que a informação transmitida não é clara e 71,9% considera que não são analisadas/discutidas as questões relacionadas com a documentação e a VEDE. Os inquiridos deram algumas sugestões para melhorar a participação comunitária do ACeS, que cremos que são passíveis de ser concretizadas, designadamente: a contratualização de indicadores para a documentação dos cuidados de enfermagem (diagnósticos de enfermagem) que contribuam para o diagnóstico local de

saúde, a realização de reuniões trimestrais entre o Departamento do ACeS e as UF, a eleição de um profissional de cada UF que fique responsável pela articulação entre a respectiva UF e o ACeS e, ainda, a criação de uma *newsletter* para a partilha de informação pertinente entre o Departamento do ACeS e as UF.

No que concerne ao foco das parcerias comunitárias, verificamos que 81,8% dos enfermeiros considera que a sua UF não tem parcerias formais que promovam a melhoria da documentação dos focos de enfermagem e da VEDE e 54,5% consideram que a sua UF não tem recursos suficientes para a documentação dos diagnósticos nos focos de enfermagem em estudo. No estudo de Bastos (2018) evidenciou-se que 73,8% dos participantes consideram que as parcerias formais são inexistentes e 76,2% consideram que a UF não tem recursos suficiente para a documentação dos diagnósticos nos focos de enfermagem em estudo. Enquanto no estudo de Fernandes (2019) 79,5% dos participantes tem a percepção de que as parcerias comunitárias são inexistentes. No estudo de Ferreira (2019) 76,1% dos participantes afirma que não existem parcerias formais que promovem a melhoria da documentação dos fenómenos de enfermagem e da VEDE 59,7% relatam a falta de recursos suficientes para a documentação. Já para Moura (2020) 93% dos participantes consideram que a sua UF não tem parcerias formais que promovam a melhoria da documentação dos focos de enfermagem e a VEDE e 47,4% considera que a sua unidade funcional não tem recursos suficientes para a documentação dos diagnósticos nos focos de enfermagem em estudo. cremos que seria importante estabelecer parcerias com outros ACeS, onde a VEDE já se encontra implementada, por forma a melhorar o desempenho do ACeS alvo do estudo de investigação, no que diz respeito a documentação dos focos de enfermagem. Quanto aos recursos, cremos que os recursos materiais poderão ser colmatados mais facilmente do que os recursos humanos. Certo é, que para se colmatar o *déficit* de recursos humanos que os inquiridos apontam no estudo, é necessário realizar-se uma documentação exaustiva e efetiva dos cuidados prestados, pois esse é o principal indicador para as dotações seguras de cada UF.

Relativamente ao foco das estruturas organizativas, verificamos que 76,6% dos enfermeiros consideram que não existem estruturas organizativas que envolvam a sua UF no diagnóstico de saúde do ACeS tendo em conta os diagnósticos de enfermagem. O que é corroborado por Moura (2020), Bastos (2018), Ferreira (2019) e Fernandes (2018) que verificaram que 89,5%, 73,8%, 58,2% e 72,7%, respetivamente, dos participantes consideram que não existem estruturas organizativas que envolvam a sua UF no

diagnóstico de saúde do ACeS tendo em conta os diagnósticos de enfermagem. Acreditamos que a constituição de grupos de trabalho nas UF, à semelhança do que acontece com as vias verdes nos cuidados hospitalares, será uma mais-valia para as próprias UF. Os grupos de trabalho, poderão ter diferentes áreas de intervenção, designadamente a documentação dos cuidados de enfermagem segundo a linguagem CIPE nos sistemas de informação, as necessidades de saúde, os problemas de saúde e os objetivos de saúde do Plano Local de Saúde, de modo a contribuírem para o diagnóstico local de saúde.

Quanto à dimensão diagnóstica do processo comunitário verificamos que o *coping* comunitário não é eficaz dado que 1,1% dos enfermeiros não costuma avaliar nenhum dos focos de enfermagem estudo e 63,6 % considera que não existe na sua UF um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem. Nos estudos de Bastos (2018), Fernandes (2019) e Ferreira (2019) 73,8 %, 70,5% e 68,7% dos participantes, respetivamente, considera que não existe na sua UF um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem. Para Moura (2020) 8,8% costuma avaliar nenhum dos focos em estudo e 84,2% considera que não existe na sua UF um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos diagnósticos de enfermagem.

## 2.6. CONCLUSÃO

Do estudo realizado, destacam-se as seguintes conclusões:

- As TD dos diagnósticos de enfermagem estudados são baixas. Constatamos ainda que a situação pandémica COVID 19, teve influência na documentação dos cuidados de enfermagem prestados, uma vez que em 2021 as TD são menores que em 2019.
- 42,9% dos enfermeiros do ACeS do Alto Minho considera ter poucos conhecimentos sobre a VEDE e 22,1% afirma desconhecer a mesma;
- 58,4% dos enfermeiros não conhecem nenhum dos documentos (Necessidades de Saúde, Problemas de Saúde identificados, Objetivos de Saúde do Plano Local de Saúde) e 16,9% conhece apenas 1 destes documentos;



- 55,8% dos enfermeiros não tem formação sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo;
- 97,4% dos enfermeiros consideram ter necessidades formativas sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo.
- 45,5% dos enfermeiros consideram que a documentação dos cuidados de enfermagem nos sistemas de informação dá um contributo importante para o diagnóstico de saúde do ACeS.
- 44,2% dos enfermeiros estão motivados para participar num projeto do seu ACeS que promova a VEDE a maioria dos enfermeiros está motivada, e somente 5,2% refere que não se sente motivado.
- 97,4% dos enfermeiros consideram que um projeto que melhore a VEDE contribui para o Diagnóstico de Saúde do ACeS;
- 46,8% dos enfermeiros consideram que o circuito de informação entre a sua UF e o ACeS não é eficaz para compreender a importância da documentação dos cuidados de enfermagem para o diagnóstico local de saúde; e 33,8% dos enfermeiros consideram que a informação transmitida não é clara.
- 79,2% dos enfermeiros consideram que não são analisadas/discutidas as questões relacionadas com a documentação e com a VEDE.
- 81,8% dos enfermeiros considera que a sua UF não tem parcerias formais que promovam a melhoria da documentação dos focos de enfermagem e da vigilância epidemiológica dos mesmos
- 54,5% dos enfermeiros consideram que a sua UF não tem recursos suficientes para a documentação dos cuidados de enfermagem prestados, relativamente aos diagnósticos de enfermagem estudados;
- 76,6% considera que não existem estruturas organizativas que envolvam a sua UF no diagnóstico de saúde do ACeS tendo em conta os diagnósticos de enfermagem;
- 7,8% não costuma avaliar nenhum dos diagnósticos de enfermagem estudados;

- A avaliação da gestão comunitária do ACeS do Alto Minho sobre a VEDE está comprometida em todas as suas dimensões diagnósticas, nomeadamente:

- Liderança Comunitária comprometida, por: conhecimento não demonstrado, crenças comprometidas e volição não demonstrada;

- Participação Comunitária comprometida por: comunicação não eficaz; inexistência de parcerias comunitária e inexistência de estruturas organizativas;

- Processo Comunitário comprometido por *coping* comunitário não efetivo.

Quanto aos aspetos metodológicos, este estudo deparou-se com alguns limites, sendo o mais importante o tamanho da amostra. No que concerne à amostra, é de baixa representatividade (29,45%), o que impede, desde logo, a generalização de conclusões e coloca reservas na interpretação dos resultados. Outro limite do estudo, não tão importante, mas que foi também limitativo, foi o tempo para a realização do mesmo, uma vez que ao mesmo tempo que decorria o estudo, decorria também o ENP, e era necessário conciliar com as atividades semanais deste com a realização do estudo de investigação e com a vida profissional.

Contudo, consideramos que este estudo representa um grande contributo para impulsionar a documentação dos cuidados de enfermagem prestados como contributo para o diagnóstico local de saúde e também como indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, através da VEDE. Somente o que é quantificado, é passível de ser objeto de melhoria, deste modo um projeto que implemente a VEDE pode no futuro traduzir-se em ganhos para a saúde, tendo como objetivo a promoção da saúde das populações e do envolvimento de todos neste processo.

Dado que a USP é a UF com âmbito de competências indicada para a vigilância epidemiológica, a continuidade deste estudo estará assegurada através da implementação de um projeto de VEDE no ACeS do Alto Minho, pela USPAM, permitindo assim ao EEEEC o desenvolvimento da prática baseada na evidência científica.

**CAPÍTULO III. CONTRIBUTOS PARA O PROCESSO FORMATIVO E  
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO  
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NA  
ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COMUNITÁRIA**

Conforme o estabelecido no protocolo de estágio, o presente relatório tem como objetivo principal a análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas no contexto real de trabalho, tendo por base os referenciais teóricos da enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública (ESCSP), em que se reflete sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, bem como, o processo de aquisição de competências específicas do EEEC na área de ESCSP, nos termos respectivamente do Regulamento no 140/2019, de 6 de fevereiro e do Regulamento no 428/2018, de 16 de julho, da OE, incluindo a componente de investigação, bem como o documento orientador do ENP (IPVC, 2021<sup>a</sup>). Os objetivos de aprendizagem/competências preconizados para o ENP encontram explanados no Protocolo do ENP (IPVC, 2021<sup>a</sup>).

Neste capítulo será realizada uma reflexão sobre o percurso realizado até aqui, através da descrição e análise das aprendizagens e experiências vividas, durante os EC e o ENP, e a forma como estas contribuíram para o desenvolvimento e aquisição das competências, quer gerais quer específicas, do EEEC na área da ESCSP em estreita articulação com as competências preconizadas no âmbito do 2º ciclo de formação, nos termos de Bolonha.

A prática clínica do percurso formativo do MEC, foi realizada em três unidades curriculares, sendo que duas delas foram EC e a terceira é o ENP.

Os EC denominam-se de Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Pública e Ensino Clínico de Enfermagem Comunitária, ambos decorreram na mesma UF do ACeS do Alto Minho, inserido na ULSAM, E.P.E., nomeadamente a UCC de Ponte da Barca, no período de 27 de setembro de 2021 a 30 de novembro de 2021 e no período de 2 de dezembro de 2021 a 18 de fevereiro de 2022, respetivamente.

A caracterização da UCC de Ponte da Barca, já foi abordada neste relatório, no capítulo um.

O Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Pública teve como objetivos: aplicar conhecimentos aprofundados da Epidemiologia e da Enfermagem de Saúde Pública, em particular no âmbito do Planeamento em Saúde; aplicar pressupostos sociopolíticos, ético-legais, ideológicos e teórico-metodológicos norteadores da intervenção especializada em Enfermagem Comunitária, na área de ESCSP; selecionar/gerir a informação no âmbito do planeamento em saúde e da enfermagem de saúde pública; comunicar com grupos, comunidade, o poder loco-regional, meios de comunicação social

e equipa multidisciplinar no âmbito da enfermagem de saúde pública; elaborar o diagnóstico de saúde de uma comunidade ou diagnóstico de situação de uma problemática prioritária dessa mesma comunidade.

Assim, para dar resposta a estes objetivos foi realizado um diagnóstico de situação de saúde no âmbito de uma problemática considerada prioritária pela equipa pedagógica do EC, assim como das mestrandas que o frequentaram, tendo este sido objeto de reflexão e debate quer individualmente quer em plenário.

A problemática considerada prioritária recaiu sobre as pessoas idosas frágeis portador de doenças crónicas. Deste modo procedeu-se à realização de um estudo denominado de “Prevalência da doença crónica nos idosos frágeis inscritos numa unidade de saúde familiar do Alto Minho”, cuja finalidade foi a estratificação da situação das pessoas idosas por doenças crónicas na população alvo.

Tratou-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal e descritivo de cariz epidemiológico. A população alvo deste estudo foram idosos com idade igual ou superior a 75 anos inscritos na USF de Terra da Nóbrega no ano de 2021, nascidos entre 01/01/1900 e 29/09/1946 e integrados no(s) programa(s) nacionais de saúde da Direção Geral da Saúde, designadamente: Doenças Cardiovasculares, DM; Doenças Respiratórias; HTA; Hipocoagulados, Saúde das Pessoas Idosas e Saúde Mental, cujo último contacto com a USF, se efetivou entre 1 de janeiro de 2021 e 14 de outubro de 2021. Deste modo a população cifrou-se em 1847 utentes (S-Clínico, 2021). Mas após aplicação dos critérios de exclusão, aquando da consulta da fonte de informação (óbitos, residência oficial distasse mais de 5 Km dos limites do concelho de Ponte da Barca, inscrições esporádicas), foi obtida uma população alvo de 1736 utentes.

Com este estudo ficou demonstrada a importância e pertinência dos estudos de prevalência no que concerne à doença crónica no idoso frágil, uma vez que permitem compreender o peso das doenças crónicas numa determinada população/comunidade, tornando-se também fundamental para a implementação e adequação políticas de prevenção e controle das doenças crónicas.

Este EC, foi o primeiro contato com o contexto real de trabalho na área da ESCSP, o que permitiu a aquisição de novos saberes através da pesquisa em bases de dados específicas das USF/UCC e o primeiro contato com a USPAM.

Foi com toda a certeza uma experiência que permitiu perceber a importância dos estudos epidemiológicos e o desenvolvimento de competências específicas do EEEC, nomeadamente no que concerne à vigilância da saúde de uma população, assim como do planeamento em saúde.

A realização deste estudo de investigação permitiu sustentar, aprofundar e aplicar a teoria adquirida, através da partilha e reflexão com as restantes mestrandas que frequentaram o mesmo EC. Tratou-se de um momento com avanços e recuos, suscitando muitas dúvidas, devido à inexperiência nesta área, mas ao mesmo tempo também possibilitou a procura de novas aprendizagens para evoluir favoravelmente. Este foi o primeiro passo no caminho da investigação, que me fez crer que só assim é possível crescer, aprender e sobretudo melhorar a vida da comunidade para a qual trabalhamos.

O EC de Enfermagem Comunitária foi norteado pelos seguintes objetivos: desenvolver uma prática profissional e ética na área da enfermagem comunitária; promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Graças ao fato deste EC se desenrolar na UCC de Ponte da Barca, permitiu operacionalizar o trabalho iniciado no EC de Enfermagem de Saúde Pública, como é preconizado no protocolo de estágio.

Assim sendo, a partir do diagnóstico de situação realizado no EC de Enfermagem de Saúde Pública e da aplicação de Matriz de Eisenhower, foram definidas prioridades de intervenção no que diz respeito à prevalência das doenças crónicas na pessoa idosa frágil. Deste modo, surgiu um projeto de intervenção denominado “BARCA – Importa-sE”, cujo objetivo foi promover o empoderamento comunitário direcionado à população idosa frágil com doença crónica do concelho de Ponte da Barca, sensibilizando as equipas da USF/UCC de Ponte da Barca, assim como a comunidade da União de Freguesias de Ponte da Barca, Vila Nova de Muía e Paço Vedro de Magalhães para esta temática. Tendo também se constituído mais tarde como parceiro deste projeto o Contrato Local de Desenvolvimento Social “Barca de Oportunidades”.

Este projeto de intervenção comunitária seguiu os pressupostos conceituais e metodológicos inerentes ao planeamento em saúde, numa lógica participativa e empoderadora, ou seja, seguiu-se o preconizado pelo modelo teórico o MAIEC.

O caminho traçado com o projeto de intervenção anteriormente referido foi uma mais-valia, pois permitiu a consciencialização do papel preponderante que o EEEC na área de ESCSP e mestre na área da Enfermagem Comunitária – área da ESCSP, no que concerne à construção de projetos de intervenção para grupos vulneráveis e *settings*, assim como no estabelecimento de parecerias inter ou intra instituições e com a comunidade.

O ENP assume-se como o término do processo formativo formal no âmbito do MEC, possibilitando a contextualização de todo o processo formativo desenvolvido. Assim por estágio entende-se que são “os momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde e afins, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências.” (Alarcão e Rua, 2005, p. 376).

Para os mesmos autores, no ambiente formativo é presumível que o estudante desenvolva atitudes e processos de autorregulação e integre, mobilize e estimule os conhecimentos adquiridos na componente teórica e prática, através da interação com situações reais em contextos distintos (Alarcão, Rua, 2005).

Evidenciam ainda, que o estudante tem um papel preponderante no seu percurso formativo, uma vez que ninguém pode aprender por ele. Assim no período de estágio, compete ao estudante efetuar uma leitura compreensiva da realidade, que é viabilizada pelo referencial disciplinar que dispõe e pelas relações interdisciplinares que cria e nutre. Para que o estudante consiga alcançar esta perspetiva compreensiva, necessita de possuir duas capacidades indispensáveis: a capacidade de observar e capacidade de interpretar. Referem ainda, que o estudante deve inserir-se progressivamente nas atividades e desenvolver competências, o que implica, aprender rotinas e técnicas, desenvolver capacidades de comunicação e construir atitudes deontológicas (Alarcão, Rua, 2005).

Iniciei este percurso formativo, ao fim de 19 anos de prática profissional em contexto hospitalar, pela necessidade de mudança e enriquecer o percurso profissional com a aquisição de conhecimento de outras áreas de atuação da Enfermagem. Certo é que não conhecia a realidade dos cuidados de saúde primários (CSP), e que foi uma enorme surpresa o trabalho que é desenvolvido neste contexto profissional. Durante todo este percurso, foram constantes os momentos de aprendizagem, de aquisição de novos conhecimentos e capacidades, tendo como objetivo dar a melhor resposta às necessidades de cuidados de saúde das populações, através de uma intervenção sustentada pela prática

baseada na evidência científica e nos determinantes sociais da saúde, direcionada ao contexto situacional no cuidado à pessoa, à família e à comunidade.

### 3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento 140/2019, 2019, entende-se por enfermeiro especialista “...aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p. 4744).

Qualquer que seja a área de especialidade do enfermeiro especialista, todos os enfermeiros especialistas partilham competências que são comuns e transversais a todas as especialidades, aplicáveis a qualquer contexto de prestação de cuidados de saúde. Deste modo, no artigo 4.º, do Regulamento 140/2019, constam quatro domínios das competências comuns, sendo eles: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Nos próximos subcapítulos são apresentadas, analisadas e fundamentadas as competências desenvolvidas nos quatro domínios supracitados, fazendo emergir as vivências singulares inerentes ao processo de ensino/aprendizagem que lhe está subjacente.

#### **3.1.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

No que concerne ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, ao longo de todo o MEC, desenvolveram-se competências tendo sempre por base a legislação, os princípios éticos e a deontologia profissional, assegurando que a prática de cuidados respeita os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Para tal, estas competências têm um corpo de conhecimentos e habilidades assente no domínio ético e deontológico, na (auto)monitorização e avaliação sistemática da prática do cuidado, no respeito pelas preferências da pessoa, família e/ou comunidade e pelos direitos humanos, na análise, interpretação e gestão de situações específicas de cuidados, potencialmente geradoras de situações comprometedoras para a pessoa/família e/ou comunidade (Regulamento 140/2019, 2019).



Durante a prática clínica, foram desenvolvidas e cumpridas estas competências em todas as atividades desenvolvidas. Na mesma linha, foram sempre cumpridos os pedidos de autorização à Comissão de Ética da ULSAM, E.P.E. para a realização do estudo de investigação respeitando na íntegra os princípios do anonimato e confidencialidade. Respeitou-se pela autoria (e consequentemente autorização prévia de utilização) de instrumentos de recolha de dados e do modelo teórico que nos permitiu analisar e interpretar a realidade.

A tomada de decisão por parte dos enfermeiros especialistas assume-se como uma competência importante, uma vez que lhes permite avaliar as situações clínicas complexas, identificar os problemas e delinear as medidas apropriadas para a sua resolução. A tomada de decisão sobre as atividades desenvolvidas, foi sempre baseada na evidência científica e no diagnóstico de situação da USPAM e discutida em equipa multidisciplinar.

Numa fase inicial do ENP foi solicitada uma reunião formal (Enfermeira responsável pelo Departamento do ACeS do Alto Minho, Enfermeira Chefe) Enfermeira Fernanda Meira para a apresentação/negociação do plano de ação estágio, solicitando a sua colaboração na divulgação do estudo de investigação e das atividades inerentes à realização do ENP. Um dos aspetos a destacar nesta reunião prende-se com assunção clara da centralidade no trabalho em equipa para a obtenção de ganhos em saúde. Reconheço a relevância do envolvimento e colaboração da gestora do Departamento do ACeS na divulgação das atividades planeadas para a consecução das mesmas. Esta experiência permitiu-me refletir sobre a importância do envolvimento e compromisso de todos, quer gestores quer de prestadores/gestores de cuidados. Contudo, no estudo de investigação realizado, verificamos que os 46,8% dos inquiridos considera o circuito de informação entre a sua UF e o ACeS não é eficaz para compreender a importância da documentação dos cuidados de enfermagem para o diagnóstico local de saúde; 33,8% considera que a informação transmitida não é clara e 79,2% considera que não são analisadas/discutidas as questões relacionadas com a documentação e a VEDE. Deste modo cremos que se torna imperioso colmatar estas lacunas, uma vez que a maximização da proximidade entre todos os intervenientes é fundamental para melhoria dos processos de comunicação e fortalecimento das lideranças.

### **3.1.2. Melhoria Contínua da Qualidade**

Todas as atividades desenvolvidas durante o ENP contribuíram para o desenvolvimento de competências neste domínio. Dado que o ENP, decorreu na USPAM E.P.E., e esta tem um nível de atuação estratégico e não operacional como nas restantes UF, a forma de promover a melhoria continua da qualidade é realizada através da divulgação de resultados das atividades desenvolvidas aos enfermeiros das UF.

Durante o ENP foi realizada a avaliação do PNV de 2021, com recurso aos indicadores preconizados pela ARS Norte, tendo sido posteriormente devolvidos os resultados aos profissionais das UF, para que estes pudessem perceber quais indicadores que teriam de ser melhorados, potenciando assim a promoção da saúde e a obtenção de ganhos em saúde bem como a apropriação dos pressupostos inerentes à gestão participada por objetivos orientada para a centralidade do cidadão e à prática baseada na evidencia. Para além desta divulgação aos profissionais, também foi realizado um artigo para a *newsletter* da USPAM que é divulgada para todos os profissionais da ULSAM, E.P.E., assim como um *póster* intitulado "Programa Nacional de Vacinação - avaliação 2021 na ULSAM", apresentado no III Congresso Nacional de Médicos de Saúde Pública, realizado nos dias 2-4 Novembro de 2022, sob a organização da Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública.

Durante o ENP realizou-se ainda o diagnóstico da situação de Rede de Frio das Vacinas (RFV) do ACeS do Alto Minho, tendo por base os seguintes objetivos: conhecer a situação da RFV do ACeS do Alto Minho para atestar a segurança da mesma com base na norma da DGS para a RFV e caracterizar a RFV do ACeS do Alto Minho (quanto a equipamentos, garantia da monitorização da temperatura, gestão integrada, manutenção/higienização, organização/gestão do *stock*). Aquando do termino do ENP, esta atividade já estava concluída, contudo os resultados da mesma não foram devolvidos aos profissionais das UF, em tempo útil, mas ficou planeada a sua divulgação pela equipa coordenadora do PNV.

Tive ainda oportunidade de intervir com grupos em situação de vulnerabilidade no âmbito da promoção da literacia, através da educação para a saúde (EPS). Assim, como preconizado pela OE nos padrões de qualidade do EEEC, a EPS incluiu as oportunidades de aprendizagem concebidas consistentemente que supõe uma forma de comunicação gerada para melhorar a literacia em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Deste modo a parceria existente entre a USPAM e o Estabelecimento Prisional de Viana do Castelo, constitui-se como a uma forma de promoção da saúde e de promoção da literacia em

saúde. Esta pareceria, é desenvolvida já há alguns anos, e são realizadas várias sessões de EPS, mediante as necessidades identificadas com o estabelecimento prisional.

Durante o ENP, tivemos oportunidade de participar em três sessões de EPS sendo que a primeira foi denominada de Cidadania nos Estabelecimentos Prisionais; a segunda designada de Primeiros Socorros – Noções Básicas e a terceira intitulada de Perturbações do sono, Ansiedade e Depressão. As duas primeiras sessões foram preparadas pela equipa de coordenação do PNV, em que tivemos oportunidade de participar, e a terceira pela psicóloga da USPAM. Tivemos oportunidade de apresentar uma destas sessões, nomeadamente Primeiros Socorros – Noções Básicas, constituindo-se como um ótimo momento de aquisição de competências ao nível da comunicação em saúde e enriquecedor, não somente pela experiência humana decorrente da visita a um estabelecimento prisional, mas sobretudo por contribuir para a melhoria da literacia em saúde desta comunidade, dada a sua receptividade, interesse e motivação para a aprendizagem demonstradas durante as sessões. Certo é que nas restantes sessões realizadas, em que participamos, foi possível perceber o contributo que estas tiveram para a reinserção social desta comunidade, assim como para a melhoria do quotidiano no estabelecimento prisional através de conceitos básicos sobre a cidadania.

### **3.1.3. Gestão dos Cuidados**

Neste domínio, observam-se as seguintes competências: Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; e adapta a liderança e a gestão dos recursos as situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento 140/2019, 2019).

A gestão de cuidados de enfermagem subdivide-se em duas categorias, nomeadamente a segurança dos cuidados e a organização dos cuidados. Para a aquisição destas competências, foi essencial a integração na equipa coordenadora do PNV, que cremos que foi amplamente conseguida, uma vez que demonstramos sempre disponibilidade para colaborar com a mesma, em todas as atividades propostas, proporcionando um ambiente positivo e favorável à prática clínica.

Assim, durante o ENP foram desenvolvidas atividades no âmbito no nível de atuação da equipa coordenadora do PNV, sendo elas: a gestão do PNV e o diagnóstico da situação

da RFV do ACeS do Alto Minho. A primeira dá resposta à organização dos cuidados, enquanto a segunda dá resposta à segurança dos cuidados.

No que concerne à organização dos cuidados, foi possível através do esclarecimento de dúvidas sobre o PNV aos profissionais das UF. A consultadoria foi realizada maioritariamente por *email*, uma vez que a equipa coordenadora do PNV já tinha estabelecido esta estratégia e que se mostrou ser eficiente e eficaz. O momento das visitas às UF, para a realização das atividades, foi aproveitado para refletir conjuntamente sobre a promoção do registo vacinal e dúvidas existentes, motivando os profissionais para a mudança no que concerne a práticas de vacinação suscetíveis de serem melhoradas. Durante estas visitas foi perceptível a diversidade de estilos de liderança e condições de trabalho próprias, o que implicou um constante ajuste e adaptação de modo a fomentar um ambiente organizacional salutar, promovendo a qualidade e segurança das práticas e da obtenção de ganhos em saúde. Isto só foi possível de ser concretizado, pelo conhecimento que a enfermeira orientadora do ENP tinha da realidade do ACeS do Alto Minho e que eu desconhecia em absoluto, uma vez que venho da área hospitalar. Durante o ENP fui orientada para as especificidades organizacionais em CSP, permitindo-me desenvolver e aprofundar esta competência.

No que diz respeito à segurança dos cuidados, para dar cumprimento à caracterização da RFV dos ACeS do Alto Minho, foram efetuadas visitas às UF do ACeS do Alto Minho. Nestas visitas realizaram-se entrevistas estruturadas aos Enfermeiros Chefes e/ou em Funções de Chefia dos diferentes CS (responsáveis locais da RFV do ACeS) com base num guião previamente elaborado. Procedeu-se, ainda, à análise de situação da RFV, através de uma grelha de observação composta por três aspetos: características da sala onde se encontram os equipamentos da RFV (temperatura, exposição solar, disposição dos equipamentos, fontes de calor e acesso); características dos frigoríficos (tipo de frigorífico; capacidade de armazenamento, visor digital de temperatura instantânea, exclusividade de armazenamento para vacinas e/ou outros medicamentos/produtos farmacêuticos, circulação de ar no interior dos frigoríficos, monitorização contínua da temperatura, tipos de termómetros: incorporados ou externos, afixação do contacto do responsável local da rede de frio (em caso de incidentes), alarme sonoro, higienização e manutenção); outros equipamentos (número de malas térmicas, acumuladores de frio e equipamento de leitura da monitorização contínua da temperatura).

Assim, após a análise dos resultados destas visitas, foi possível elencar uma lista de pontos positivos e de problemas submetida à análise por um painel de Delphi, de forma a priorizar as áreas de intervenção.

Esta atividade, culminou com a realização de um relatório, onde foram apresentados os resultados, e delineado um projeto de intervenção com atividades planejadas que visam colmatar os problemas detetados. Contudo, até ao término deste ENP ainda não tinha sido divulgado aos profissionais das UF, pelo que a sua implementação ficou planeada, de modo que a equipa coordenadora do PNV desse seguimento ao mesmo.

Durante as visitas às UF, foi nos possível denotar a motivação da maioria dos profissionais para esta problemática, o que sem sombra de dúvidas será uma excelente forma de promover a segurança dos cuidados de enfermagem, e assim obter ganhos em saúde.

Para além do anteriormente exposto, foram também desenvolvidas atividades noutras áreas do cuidado do EEEC numa USP, nomeadamente na consulta do viajante e no centro de aconselhamento e deteção (CAD) de precoce do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e ainda na construção do protocolo de acolhimento de refugiados ucranianos nas UF do ACeS da ULSAM, E.P.E..

Quanto ao CAD e à consulta do viajante, a atuação do EEEC numa USP deve pautar-se pela promoção da saúde e prevenção da doença, através da EPS. No que diz respeito ao CAD, dado tratar-se de comportamentos de risco que podem pôr em causa a saúde do próprio e de outros, desempenhamos funções tendo em consideração a prevenção da doença e sensibilizando o utente para os cuidados que deve ter. Em relação à consulta de viajante, desempenhamos funções tendo em mente a promoção da saúde, alertando para os perigos do país que visita para a sua saúde, e ao mesmo tempo através da vacinação para a prevenção da doença.

No que concerne, ao protocolo de atuação sobre os refugiados ucranianos, foi-nos possível denotar o nível de atuação estratégico, o trabalho em equipa, a articulação com os diferentes departamentos das ULSAM, E.P.E., e com outras instituições, e ao mesmo tempo denotamos a importância da comunicação e a advocacia em saúde.

### **3.1.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

No que diz respeito ao domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, foram desenvolvidas competências intrínsecas ao autoconhecimento e assertividade, reconhecendo que os limites pessoais interferem no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais.

Procuramos usufruir de todas as oportunidades geradoras de crescimento de forma a aprender com todas as orientações fornecidas quer pela equipa pedagógica, quer pela equipa coordenadora do PNV; o que nos proporcionou uma crescente capacidade de avaliação das situações mais complexas. A esta capacidade crescente, não foi alheio o facto de termos realizado uma pesquisa e revisão bibliográficas das áreas temáticas de atuação do EEEC, assim como a consulta de peritos na área.

Da caracterização da RFV do ACeS do Alto Minho foram detetadas necessidades de intervenção a diferentes níveis, designadamente, inexistência de procedimento uniformizado para o acondicionamento das vacinas (inclui método e capacidade versus quantidade de vacinas), falta de procedimento uniformizado para a higienização dos frigoríficos (inclui método, recursos materiais e humanos) e falta de verificação local da higienização dos frigoríficos. Para colmatar estas necessidades, foi-nos proposto contruir fichas projeto e sessões de formação com recurso a dispositivos informáticos, o que cremos ter sido amplamente conseguido.

### **3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, NA ÁREA DA SAÚDE COMUNITÁRIA E SAÚDE PÚBLICA**

Conforme o Regulamento n.º 348/2015, de 19 de junho, o EEEC na área de ESCSP, fruto do seu conhecimento e prática clínica, tendo em consideração as repostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder adequadamente às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando, assim, efetivos ganhos em saúde. Segundo o mesmo documento, o EEEC na área da ESCSP, tem como alvo de intervenção a comunidade, sendo que os cuidados de enfermagem têm por foco de atenção as repostadas humanas aos processos e problemas de uma comunidade, através do desenvolvimento de um projeto de

intervenção que visa a capacitação e empoderamento da mesma (Regulamento n.º 348/2015, 2015).

Durante o ENP, foi possível o desenvolvimento de habilidades e capacidades, mediante o preconizado nos padrões de qualidade (Regulamento n.º 348/2015), para: perceber os determinantes dos problemas de saúde de grupos/comunidade na conceção do diagnóstico de saúde de uma comunidade; identificar as necessidades em saúde de grupos/comunidade; conceber, planear e implementar projetos de intervenção visando a consecução de projetos de saúde de grupos e/ou comunidades; intervir em grupos/comunidades com necessidades específicas assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados; coordenar e dinamizar programas de intervenção; mobilizar os parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde; cooperar na coordenação, operacionalização e monitorização dos programas de saúde que integram o plano nacional de saúde; monitorizar a eficácia dos programas e projetos de intervenção direcionados aos problemas de saúde visando a quantificação dos ganhos em saúde da comunidade; participar na gestão dos sistemas de vigilância epidemiológica e utilizar a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública.

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018, de 16 de junho, o EEEEC durante o seu percurso de formação especializada adquira competências clínicas especializadas e concretizadas conforme o alvo e contexto de intervenção, e que visam fornecer um enquadramento para a certificação das competências e transmitir aos cidadãos qual é o seu papel e o que podem esperar do trabalho que desenvolvem. (Regulamento n.º 428/2018, 2018).

As competências específicas do EEEEC, encontram-se no 2º artigo do Regulamento 428/2018, já foram referenciadas anteriormente neste relatório, e que posteriormente serão alvo de análise neste capítulo, e que só foram possíveis de ser desenvolvidas através da mobilização de conhecimentos e aprendizagens realizadas durante todo o percurso formativo do MEC, designadamente nos ensinos clínicos e no ENP.

### **3.2.1. Estabelece, com base na Metodologia do Planeamento em Saúde, a Avaliação do Estado de Saúde de uma Comunidade**

Toda a prática clínica foi desenvolvida com base na metodologia de planeamento em saúde.

A metodologia do planeamento em saúde

“(…) assenta numa análise multisectorial e integrada de uma comunidade (...) numa coordenação entre níveis de planeamento, local, regional e central e no envolvimento no processo de planeamento das várias partes interessadas: os responsáveis políticos, os responsáveis técnicos e os representantes da população.” (Imperatori & Giraldes, 1986, p.6).

O planeamento em saúde é um processo constituído por sete etapas: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação para a execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1986). É um processo contínuo e dinâmico, podendo a qualquer momento voltar a trás, qualquer que seja a etapa deste processo, desde que existam novas informações que levem a refazer determinada etapa. (Imperatori & Giraldes, 1986).

Assim, durante o percurso formativo, nos ensinamentos clínicos realizados, foi possível a avaliação do estado de saúde das comunidades. No EC de Enfermagem de Saúde Pública, foi realizado um estudo de Prevalência de Doença Crónica nos Idosos Frágeis. Enquanto, no EC de Enfermagem Comunitária foi criado um projeto de intervenção, aplicando o MAIEC, com diferentes comunidades (UCC de Ponte da Barca; União de freguesias de Ponte da Barca; Vila Nova de Muía e Paço Vedro de Magalhães; Contratos Locais de Desenvolvimento Social e a USF Terra da Nóbrega), cujo objetivo era promover o empoderamento comunitário direcionado à doença crónica na população idosa frágil do concelho de Ponte da Barca. Por último, no ENP, foi realizado um relatório da caracterização da RFV do ACeS do Alto Minho.

Assim em todos os estudos anteriormente referidos, as sete etapas do planeamento em saúde foram executadas, com avanços e retrocessos. cremos, contudo, que esta foi uma das áreas de maior desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos, habilidades e competências. Após o diagnóstico de situação, foi realizada a determinação de prioridades com recurso a dois métodos diferentes. Num dos estudos foi utilizada a Matriz de Eisenhower, noutra o Painel de Delphi; sendo que para este foi construído um



questionário na plataforma *Microsoft Forms*. Após a determinação de prioridades, estabeleceram-se os objetivos e as estratégias para alcançá-los, e por fim foram delineados projetos de intervenção, tendo em consideração a execução, monitorização e avaliação dos mesmos.

### **3.2.2. Contribui para o Processo de Capacitação de Grupos e Comunidades**

Durante o percurso formativo cremos ter contribuído para o processo de capacitação de grupos e comunidades, pelas atitudes tomadas, pela sensibilidade face às necessidades específicas inerentes designadamente ao contexto socioeconómico, à cultura, ao nível de literacia e os desafios que cada grupo/comunidade enfrenta. Para este processo de capacitação é fundamental promover a participação de outras instituições para além das do setor da saúde, como por exemplo instituições sociais, políticas e religiosas. Deste modo o EC de Enfermagem Comunitária, foi uma mais-valia, porque permitiu-nos o contacto com diferentes comunidades como: UCC de Ponte da Barca; União de freguesias de Ponte da Barca; Vila Nova de Muía e Paço Vedro de Magalhães; Contratos Locais de Desenvolvimento Social de Ponte da Barca e a USF Terra da Nóbrega, tendo por objetivo promover o empoderamento comunitário direcionado à população idosa frágil com doença crónica, do concelho de Ponte da Barca, de modo a obter ganhos em saúde para este grupo vulnerável.

Durante o ENP, após concluirmos a caracterização da RFV da ACeS do Alto Minho pudemos perceber as necessidades de formação sobre esta problemática nos diferentes intervenientes da RFV. Dado, que não foi possível em tempo útil realizar estas formações, estas ficaram planeadas, quer em versão *powerpoint* quer em versão de documento para ser submetido ao gabinete de qualidade da ULSAM, E.P.E.

### **3.2.3. Integra a Coordenação dos Programas de Saúde de Âmbito Comunitário e na Consecução dos Objetivos do Plano Nacional de Saúde**

Participamos e cooperamos em atividades de programas de saúde, que fazem parte do Plano Nacional de Saúde (PNS), designadamente no Programa Nacional de Vacinação (PNV).

O PNV tem como “(...) objetivo proteger os indivíduos e a população em geral contra as doenças com maior potencial para constituírem ameaças à saúde pública e individual e para as quais há proteção eficaz por vacinação” (DGS, 2020, p.17).

Deste modo torna-se imperioso uma gestão efetiva e eficaz deste programa de forma a potencializar ganhos em saúde para os indivíduos, grupos e comunidades. Para tal delineamos, a atividade Gestão do PNV. Esta atividade teve como objetivo avaliar a cobertura vacinal de 2021, proceder à avaliação intermédia da cobertura vacina de 2022 e assegurar os aspetos centrais da gestão efetiva do PNV.

Para dar cumprimento a avaliação da cobertura vacinal participamos na monitorização, análise e avaliação das coberturas vacinais do PNV no Alto Minho, por forma a identificar bolsas suscetíveis, através das seguintes ações: determinação das coberturas vacinais, através de indicadores preconizados pela DGS; realização da avaliação do PNV para o ano de 2021 nas unidades funcionais, centros de saúde e ULSAM, com recurso aos dados disponíveis na aplicação VACINAS; realização da avaliação intermédia (semestral) do PNV para o ano de 2022, através dos indicadores preconizados pela DGS; identificação das UF com cobertura vacinal inferior a 95% e respetiva divulgação às mesmas dos resultados; elaboração do relatório de avaliação do PNV para o ano de 2021; colaboração com a newsletter da ULSAM, E.P.E. através da publicação dos resultados da avaliação do PNV no ano de 2021; Revisão/Atualização dos procedimentos existentes sobre o PNV tendo em consideração o normativo da DGS em vigor.

No que concerne à gestão da operacionalização do PNV, tivemos a oportunidade de participar na reunião com o Serviço Farmacêutico da ULSAM, E.P.E., para o planeamento de necessidades vacinais que integram o PNV, vacinas extra para o ano de 2023; colaborar na consultoria sobre vacinação esclarecendo dúvidas dos enfermeiros de diferentes UF sobre o PNV.

Foram também atualizados alguns procedimentos internos sobre a vacinação, assim como a elaboração de novos procedimentos de atuação na vacinação, de acordo com PNV em vigor. Aquando do termino do ENP, estes documentos aguardavam a aprovação da equipa coordenadora do PNV da USPAM, o que de garante a continuidade dos cuidados.

Todas estas experiências, foram bastante enriquecedoras, uma vez que nos permitiram uma aquisição e desenvolvimento de competências específicas, mas fundamentalmente permitiram um enorme crescimento pessoal e profissional.

### **3.2.4. Realiza e Coopera na Vigilância Epidemiológica de Âmbito Geodemográfico**

No âmbito deste domínio, foi possível durante o ENP entender e participar na vigilância epidemiológica das doenças de notificação obrigatória, como a infeção humana por vírus *Monkeypox*. Este tipo de vigilância, está inserida na plataforma informática denominada de Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), que tem como principal objetivo

“(…) monitorizar a ocorrência de doenças transmissíveis suscetíveis de constituir um risco para a saúde pública, implementar com rapidez e segurança medidas de prevenção e controlo destas doenças e cortar a cadeia de transmissão na comunidade e ocorrência de novos casos de doença e surtos.” (SNS, 2016, p.2).

Embora, esta plataforma seja utilizada somente pelos médicos, foi-nos dada a possibilidade de acompanhar a sua utilização, entendendo como os casos são identificados e quais as estratégias adotadas para o acompanhamento, monitorização e avaliação dos mesmos.

Esta competência foi também desenvolvida através da realização dos diagnósticos de situação, do estudo de investigação VEDE: Qual a realidade no ACeS do Alto Minho? e da utilização de técnicas estatísticas específicas de cálculo e interpretação dos resultados.

**CONCLUSÃO**

Após o término do percurso formativo, com a realização deste relatório, surge a necessidade de mencionar algumas considerações finais sobre o desenvolvimento, as fraquezas e forças, os resultados obtidos assim como dos contributos de todo o percurso realizado.

O caminho percorrido ao longo da prática clínica que agora termina, foi com toda a certeza uma experiência interativa, em que se deu valor ao empoderamento comunitário para a melhoria da qualidade dos cuidados quer ao nível estratégico quer operacional. Ao concebermos a comunidade com parceiro para a prática de cuidados, esta constituir-se-á como um elemento preponderante para promoção da saúde. Para tal, é necessário efetuarmos a mobilização dos saberes adquiridos, no que concerne à liderança, comunicação em saúde, literacia em saúde, avaliação de estado de saúde das populações, planeamento em saúde e implementação de programas/projetos. Este percurso formativo foi, indubitavelmente, marcado por grandes experiências. Tratando-se de momentos intensos, repelos de emoções, partilha de conhecimentos e análise crítica-reflexiva, com avanços e retrocessos, onde surgiram dificuldades. Estas dificuldades prenderam-se, essencialmente, com o facto de a minha realidade profissional ser muito díspar da do percurso formativo, contudo com empenho, determinação e capacidade de superação, foi possível colmatá-las.

Consideramos que os objetivos inicialmente delineados para o ENP foram atingidos, proporcionando, assim, aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, assim como de competências específicas do EEEC na área da ESCSP, suportadas pela ética, deontologia e responsabilidade profissional, evidência científica e habilidades técnicas e sócio relacionais. Neste relatório foram descritas de forma reflexiva todas as atividades que permitiram a aquisição e desenvolvimento das competências referidas, o que contribuiu para o crescimento pessoal e profissional, assim como para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados á comunidade, de forma a se obterem ganhos em saúde.

A investigação em enfermagem realizada neste estágio, contribuiu, sem sombra de dúvidas, para um melhor entendimento sobre a importância dos processos de documentação dos cuidados prestados. Pois, a partir da correta utilização destes processos de documentação podem retirar-se indicadores de saúde, que permitam a valorização da Enfermagem enquanto profissão, e ao mesmo tempo contribuir para o empoderamento comunitário do ACeS do Alto Minho, no que concerne á VEDE.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Aguiar, C. A. D. S., Barbosa, M. C., Queiroz, S. A., & Santos, R. L. (2021). Modelo de promoção da saúde como aporte na prática de enfermagem. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 11(64), 5604-5615. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i64p5604-5615>
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3).
- Bastos, J. R. O. (2018). *Vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem – projeto de empoderamento comunitário num ACeS*. [Relatório de estágio, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Aberto da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/30684>
- Decreto Lei n.º 28/2008 – Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República I Série n.º 38, de 2008-02-22. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>.
- Decreto Lei n.º 183/2008 – Cria a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E. P. E., a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E. P. E., e a Unidade Local de Saúde da Guarda, E. P. E., e aprova os respectivos estatutos. Diário da República I Série n.º 171, de 2008-09-04. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/183-2008-453991>
- Despacho n.º 5855/2014 - Determina a obrigatoriedade de utilização da aplicação informática de suporte ao SINAVE para notificação de doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública. Diário da República II Série, n.º 85, de 2014-05-05. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5855-2014-25688419>
- Despacho Normativo n.º 10143/2009 - Aprovação do Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. Diário da República II Série, n.º 74, de 2009-04-16. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>
- Fernandes, C. I. M. (2019). *Enfermagem comunitária e MAIEC: um projeto de empoderamento comunitário para a vigilância epidemiológica*. [Relatório de estágio, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Aberto da Universidade Católica Portuguesa.

[https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/31555/1/CATARINA%20FERNANDES\\_RelatórioEstágioFinalMEEC.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/31555/1/CATARINA%20FERNANDES_RelatórioEstágioFinalMEEC.pdf)

Ferreira, L. M. A. C. T. V. (2019). *A vigilância epidemiológica em enfermagem e o empoderamento comunitário*. [Relatório de estágio, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Aberto da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/31630>

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lusociência.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.

Hill, M. M., & Hill, A. (2016). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Edições Silabo, Lda.

Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde – *Unidade curricular estágio de natureza profissional com relatório final: protocolo 2º ano do II*. Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária. ESS-IPVC, 2021a.

Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde – *Normas dos trabalhos científicos*. ESS-IPVC, 2021b.

Laverack, G. (2008). *Promoção de saúde – poder e empoderamento*. Lusodidacta.

Lei n.º 81/2009 - Institui um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, actualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública. Diário da República. I Série, n.º 162 (2009-08-21), pp. 5491- 5495. <https://files.dre.pt/1s/2009/08/16200/0549105495.pdf>

Melo, P. (2020). A importância da vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem. *JustNews*, 1-2. <https://justnews.pt/artigos/uma-nova-era-na-epidemiologia#.Yi472i8qLBI>

Melo, P. (2020). *Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública*. Lidel.

Melo, P., & Alves, O. (2019). Community empowerment and community partnerships in nursing decision-making. *Healthcare: Multidisciplinary Digital Publishing Institute*, 7 p. 1-876. [URL:https://www.mdpi.com/2227-9032/7/2/76/htm](https://www.mdpi.com/2227-9032/7/2/76/htm)



- Melo, P.; Fernandes, C. & Bastos, J. (2018). ACeS Porto Oriental desenvolve primeiro Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem. *Newsletter - Unidade de Saúde Pública do ACeS Porto Oriental*, 1-5. [https://f19850b1-9789-4e49-81d6-9535de81592c.filesusr.com/ugd/d51674\\_ed5a50cfd25d467f949625ff48a717b7.pdf](https://f19850b1-9789-4e49-81d6-9535de81592c.filesusr.com/ugd/d51674_ed5a50cfd25d467f949625ff48a717b7.pdf)
- Melo, P. M. A.; Silva, R. C. G., & Figueiredo, M. H. S. J. (2018). Os focos de atenção em enfermagem comunitária e o empoderamento comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. Coimbra, 19, p. 81-90. [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/26532/2/REF\\_dez2018\\_81to90\\_port.pdf.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/26532/2/REF_dez2018_81to90_port.pdf.pdf)
- Moura, M. C. D. F. (2020). *A unidade de saúde pública e o empoderamento comunitário*. [Relatório de estágio, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Aberto da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/35904/1/202505464.pdf>
- Município de Ponte da Barca. Divisão Gestão e Planeamento Territorial (2013). REOT: Relatório sobre o estado do ordenamento território. [https://www.cmpb.pt/pdf/Planeamento\\_e\\_Urb/REOT\\_Ponte\\_Barca.pdf](https://www.cmpb.pt/pdf/Planeamento_e_Urb/REOT_Ponte_Barca.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2015. Edição Portuguesa*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Tomada\\_Posicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Tomada_Posicao_26Abr2006.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendacoes-para-estagio-e-relatorio-da-componente-clinica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Porta, M. (2014) (Editor). *A dictionary of epidemiology*. (6º ed.) Oxford University Press.

- Portugal. Direção Geral de Saúde (2020). *Programa Nacional de Vacinação*. Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>>
- Portugal. Instituto Nacional de Estatística (2021). *Census 2021: resultados preliminares*. Portugal: 2021. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0011628&selTab=tab0](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0011628&selTab=tab0)
- Portugal. Serviço Nacional de Saúde. (2022). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: Unidade de Saúde Pública. Sistema de Informação e Monitorização do SNS*. <https://bicsp.min-saude.pt/biufs/1/10001/1160010/Pages/default.aspx>
- Portugal. Serviço Nacional de Saúde (2016). *Doenças de notificação obrigatória*. URL:<https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/12/22/doencas-de-notificacao-obrigatoria/>
- Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República II Série, n.º 26, de 2019-02-06. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 348/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. (2015). Diário da República n.º 118, de 2015-06-19. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/348-2015-67540266>
- Regulamento n.º 428/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. (2018). Diário da República II Série, n.º 135, de 2018-07-16. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Sampieri, R. H.; Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2014). *Metodologia de la investigación* (6º ed.). McGraw-Hill.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra - modelos e teorias de enfermagem* (5º ed.) Lusociência.

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. (2021). *Criação da ULSAM, E.P.E.*  
<https://www.ulsam.min-saude.pt/category/institucional/missao/#>

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. (2022) *Regulamento Interno*. Unidades  
Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. Unidade de Cuidados na Comunidade  
de Ponte da Barca. (2017). Carta de Qualidade da UCC de Ponte da Barca.

[https://bicsp.min-  
saude.pt/pt/biufs/1/10001/1160612/O%20QUE%20OFERECEMOS/Carta%20da%20Q  
ualidade%20UCCPB.pdf](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10001/1160612/O%20QUE%20OFERECEMOS/Carta%20da%20Qualidade%20UCCPB.pdf)

World Health Organization (1986). *Carta de Ottawa: promoção da saúde*. WHO.

**ANEXOS**

ANEXO I – QUESTIONÁRIO VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS  
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

# Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem

O meu nome é Marta Lima, neste momento estou a desenvolver o Estágio de Natureza Profissional, na Unidade de Saúde Pública do Alto Minho, integrado no Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viana do Castelo, sob orientação pedagógica da Enfermeira Nicole Viana e da Professora Carminda Morais.

Neste contexto surge o presente estudo de investigação intitulado “Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem: Qual a realidade no Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Minho?”, já aprovado pela Comissão de Ética da ULSAM, cuja finalidade é a criação do Observatório dos Diagnósticos de Enfermagem no Alto Minho, fortalecendo a Enfermagem da região e o seu papel no seio das outras profissões.

Este estudo de investigação tem por analisar a sensibilidade/recetividade dos enfermeiros do Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Minho para a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem.

O questionário que se segue usa como referência o Modelo de Avaliação, Intervenção e Empoderamento Comunitário (MAIEC), versão adaptada de Melo (2019). Este questionário centra-se nos Fenómenos de Enfermagem relacionados com os problemas de saúde prioritários do ACeS do Alto Minho atualmente identificados.

A sua participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem prejuízo resultante e os dados serão destruídos.

As informações prestadas são estritamente confidenciais e os dados obtidos serão codificados de modo a cumprir o princípio do anonimato. Somente a investigadora envolvida no processo terá acesso aos dados.

O preenchimento do questionário tem duração de aproximadamente 8 minutos.

Ao dispor, para qualquer esclarecimento através do contacto:

[marta.lima@ulsam.min-caude.pt](mailto:marta.lima@ulsam.min-caude.pt)

1. Consentimento \*

*Marcar apenas uma resposta*

- Estou esclarecido(a) e CONCORDO com o CONSENTIMENTO INFORMADO, pelo que ACEITO PARTICIPAR no presente estudo.
- NÃO ACEITO PARTICIPAR no presente estudo, um vez que não concordo com os termos e condições do CONSENTIMENTO INFORMADO.

## Caracterização Sócioprofissional

### 2. Género \*

*Marcar apenas uma resposta*

Masculino

Feminino

### 3. Idade (em anos) \*

### 4. Em que Unidade Funcional do ACeS exerce funções? \*

### 5. Habilitações académicas \*

*Marcar apenas uma resposta*

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Pós-graduação



6. Se selecionou Mestrado, Doutorado ou Pós-Graduação, indique em que área(s) \*

7. Tem alguma especialidade? \*

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

8. Tempo de experiência profissional como Enfermeiro/a (em anos) \*

9. Tempo de serviço na Unidade Funcional do ACeS em que exerce funções (em anos) \*

## Opinião/Perceção face a diferentes questões relacionadas com o estudo de investigação

10. Tem conhecimentos sobre a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem? \*

*Marcar apenas uma resposta*

- nenhuns conhecimentos
- Poucos conhecimentos
- Razoáveis conhecimentos
- Bons conhecimentos

11. Sente-se motivado(a) para participar num projeto do seu ACeS que promova a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem? \*

*Marcar apenas uma resposta*

- Nada motivado
- Pouco motivado
- Nem motivado nem desmotivado
- Motivado
- Muito Motivado

12. Considera importante um projeto que promova a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem? \*

*Marcar apenas uma resposta*

- Não é importante
- Pouco importante
- Moderadamente importante
- Importante
- Muito importante

13. Considera que **os seus processos de documentação dos Cuidados de Enfermagem nos Sistemas de Informação** têm um contributo importante para o Diagnóstico de Saúde do ACeS? \*

*Marcar apenas uma resposta*

- Não é importante
- Pouco importante
- Moderadamente importante
- Importante
- Muito importante

14. Independentemente da sua resposta anterior explique o porquê da sua opção. \*

15. Conhece as Necessidades de Saúde, os Problemas Identificados e os Objetivos de Saúde do Plano Local de Saúde do ACeS? \*

*Marcar apenas uma resposta*

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

16. Se respondeu Sim na sua resposta anterior, indique um Objetivo de Saúde e/ou um Problema de Saúde e/ou uma Necessidade de Saúde.

17. Considera que um projeto que melhore a Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem - Atividade Física; Auto-Vigilância da Mama Feminina; Comportamento de Adesão ao Rastreio das Neoplasias: do Colo do Útero, do Cólon/Reto e da Mama Feminina; Excesso de Peso; Gestão do Regime Terapêutico na Hipertensão e na Diabetes *Mellitus*; Papel do Prestador de Cuidados na Demência; Uso de Tabaco - pode contribuir para o Diagnóstico de Saúde do ACeS? \*

*Marcar apenas uma resposta*

- Sim
-

18. Dos Fenómenos em estudo, qual/quais costuma avaliar mais frequentemente? \*

*Marcar tudo o que for aplicável*

- Atividade Física
- Auto-Vigilância da Mama Feminina
- Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia do Colo do Útero
- Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia do Cólon/Reto
- Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia da Mama Feminina
- Excesso de Peso
- Gestão do Regime Terapêutico na Hipertensão
- Gestão do Regime Terapêutico na Diabetes *Mellitus*
- Papel do Prestador de Cuidados na Demência
- Uso de Tabaco
- Nenhum

19. Dos Fenómenos em estudo qual/quais considera mais oportuno fazer parte de uma avaliação frequente? \*

*Marcar tudo o que for aplicável*

- Atividade Física
- Auto-Vigilância da Mama Feminina
- Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia do Colo do Útero
- Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia do Cólon/Reto
- Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia da Mama Feminina
- Excesso de Peso
- Gestão do Regime Terapêutico na Hipertensão
- Gestão do Regime Terapêutico na Diabetes *Mellitus*
- Papel do Prestador de Cuidados na Demência
- Uso de Tabaco
- Nenhum
- Não sei responder

20. Porquê? \*

21. Tem formação sobre Sistemas de Informação com utilização de linguagem da CIPE para conseguir documentar os seus Cuidados de Enfermagem relativamente aos Fenómenos em estudo? \*

*Marcar apenas uma resposta*

- Sim
- Não

22. Se respondeu Sim na sua resposta anterior, indique em qual/ quais: \*

*Marcar tudo o que for aplicável*

- Atividade Física
- Auto-Vigilância da Mama Feminina
- Comportamento de Adesão ao Rastreio da Neoplasia do Colo do Útero
- Comportamento de Adesão ao Rastreio da Neoplasia do Cólon/Reto
- Comportamento de Adesão ao Rastreio da Neoplasia da Mama Feminina
- Excesso de Peso
- Gestão do Regime Terapêutico na Hipertensão
- Gestão do Regime Terapêutico na Diabetes *Mellitus*
- Papel do Prestador de Cuidados na Demência
- Uso de Tabaco

23. Considera ter necessidades formativas sobre Sistemas de Informação com utilização de linguagem da CIPE para conseguir documentar os seus Cuidados de Enfermagem relativamente aos Fenómenos em estudo? \*

*Marcar apenas uma resposta*

- Sim
- Não

24. Se respondeu Sim na sua resposta anterior, indique em qual/quais: \*

*Marcar tudo o que for aplicável*

- Atividade Física
- Auto-Vigilância da Mama Feminina
- Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia do Colo do Útero
- Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia do Cólon/Reto
- Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia da Mama Feminina
- Excesso de Peso
- Gestão do Regime Terapêutico na Hipertensão
- Gestão do Regime Terapêutico na Diabetes *Mellitus*
- Papel do Prestador de Cuidados na Demência
- Uso do Tabaco

25. O circuito de informação entre a sua Unidade Funcional e o ACeS é eficaz para compreender a importância da documentação dos Cuidados de Enfermagem para o Diagnóstico de Saúde? \*

*Marcar apenas uma resposta*

- Sim
- Não

26. Considera que a informação transmitida é clara? \*

*Marcar apenas uma resposta*

- Sim
- Não



27. Se não considera a comunicação clara, dê sugestões para que seja.

28. Considera que são analisadas/discutidas as questões relacionadas com a documentação e Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem? \*

*Marcar apenas uma resposta*

- Sim
- Não

29. Se respondeu Sim na sua resposta anterior, indique em que situação/situações: \*

*Marcar tudo o que for aplicável*

- Nas reuniões de contratualização do ACeS
- Nas reuniões de Conselho Técnico
- Nas reuniões das Unidades Funcionais (Conselho Geral)
- Nas reuniões de Enfermagem
- Outro

30. A sua Unidade Funcional tem parcerias formais que promovem a melhoria da documentação dos Diagnósticos de Enfermagem e da Vigilância Epidemiológica dos mesmos (por exemplo, uma parceria com um perito em documentação em enfermagem, ou com a ACSS, ou entre a sua Unidade Funcional e USP)? \*

*Marcar apenas uma resposta*

- Sim
- Não

31. A sua Unidade Funcional tem recursos suficientes para a documentação dos Diagnósticos de Enfermagem? \*

*Marcar apenas uma resposta*

- Sim
- Não

32. Sem responder Não na questão anterior, que recursos considera ter em falta?

*Marcar tudo o que for aplicável*

- Recursos Humanos
- Recursos Materiais (por ex. Computadores)
- Recursos Organizacionais (por ex. horários)
- Outro

33. Existem estruturas organizativas (como Comissões ou Grupos de Trabalho) que envolvam a sua Unidade Funcional no Diagnóstico de Saúde do ACeS, tendo em conta os Diagnósticos de Enfermagem? \*

*Marcar apenas uma resposta*

- Sim
- Não

34. Existe na sua Unidade Funcional um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos Diagnósticos de Enfermagem? \*

*Marcar apenas uma resposta*

- Sim
- Não

---

Este conteúdo não foi criado nem é aprovado pela Microsoft. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário.

 Microsoft Forms

ANEXO II - CONSETIMETNO DA APLICAÇÃO E ADAPTAÇÃO DO  
QUESTIONÁRIO VEDE.

---

## Autorização para utilização do Questionário de vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem

---

Marta Lima <martitalima31@gmail.com>  
Para: Pedro Melo <pmelo@ucp.pt>

21 de março de 2022 às 15:45

Boa tarde, Professor Pedro Melo.

Neste momento, estou a realizar o estágio de natureza profissional, inserido no II Curso de Mestrado de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, na Unidade Saúde Pública do Alto Minho, e tenho como orientadora a Professora Carmina Morais (orientadora docente) e a Enfermeira Nicole Viana (Enfermeira tutora).

No passado mês de Janeiro já havia entrado em contato consigo, por meio da Enfermeira Odete Alves, para a aplicação do MAIEC num projeto de intervenção em Ponte da Barca, no âmbito do estágio de Enfermagem Comunitária do Mestrado anteriormente referido.

Para a investigação preconizada pelo ENP, definimos como tema a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem (gestão do regime terapêutico nos diabéticos e hipertensos, atividade física, papel prestador de cuidados, comportamento de adesão aos rastreios, uso do tabaco) mediante as áreas prioritárias do plano local de saúde, tendo como finalidade a criação do observatório dos diagnósticos de enfermagem do Alto Minho, tendo como Modelo o MAIEC.

Como questões de partida do estudo:

***Quais as condições existentes para a implementação da ODE no ACeS do Alto Minho?***

O estudo de investigação centra-se na recolha de dados (prevalência dos diagnósticos de enfermagem) do SIARS e ainda a auscultação dos Enfermeiros das UCC do Alto Minho e dos Enfermeiros do conselho técnico das unidades funcionais do ACeS do Alto Minho sobre a VEDE.

Venho por este meio solicitar a autorização de utilização do questionário de vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem, desenvolvido por si em 2018 e 2019, que constam dos relatórios de estágio de Joana Bastos, Catarina Fernandes, Luísa Ferreira. Solicito também autorização para adaptar as questões referentes aos diagnósticos de enfermagem para os que se adequam ao estudo de investigação que pretendo realizar.

Anexo o questionário que vi no relatório da Enfermeira Luísa Ferreira, como modelo do que pretendo utilizar no estudo que vou desenvolver.

Com os melhores cumprimentos.

Marta Lima  
Contacto: 934534773;  
email: [martitalima31@gmail.com](mailto:martitalima31@gmail.com)

---

 **Questionário de Avaliação da gestão comunitária - pedro melo.docx**  
1328K



Marta Lima <martitalima31@gmail.com>

---

## **Autorização para utilização do Questionário de vigilância epidemiológica dos fenómenos de enfermagem**

---

**Pedro Melo** <pmelo@ucp.pt>  
Para: Marta Lima <martitalima31@gmail.com>

21 de março de 2022 às 15:51

Bom dia Enf. Marta Lima.

Começo por lhe desejar muito sucesso neste percurso do Mestrado!

Tem toda a autorização para usar e adaptar o questionário, sim!

Parabéns por abraçarem este projeto. Se depois quiserem considerar integrar o nosso projeto "MAIEC" com os vossos dados, serão muito bem-vindas à equipa! 😊 Fale com a Prof. Carmina Morais e com a Enf. Nicole Viana!

No que precisarem disponham sempre!

**Cordialmente/ Best Regards**

**Pedro Melo**, PhD

**Professor Auxiliar/ Investigador Integrado**

**Coordenador da área de Enfermagem Comunitária no Mestrado em Enfermagem**

**Assistant Professor/ Researcher**

**Coordinator of the area of Community Health Nursing in the Master in Nursing**

---

**Escola de Enfermagem | Instituto de Ciências da Saúde (Porto)**

**Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde**

Universidade Católica Portuguesa

**Caring for the Future of Care**

[Citação ocultada]

ANEXO III - CONSETIMETNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ULSAM, E.P.E.

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

<p>Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº15 29-03-2022</p> <p><b>Assunto:</b></p> <p>Vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem: qual a realidade no AceS do Alto Minho?</p>	<p>Solicitado pelo Conselho de Administração</p> <p>Em nome do(s) investigador(es):</p> <p>Marta Ivone Lima, enfermeira no Serviço de Urgência Geral da ULSAM, a desenvolver estágio profissional na USP do Alto Minho, integrado no mestrado em enfermagem comunitária do ESS do IP de Viana do Castelo, sob orientação pedagógica da Enfermeira Nicole Viana e da Prof. Carminda Morais.</p>
--	--

**1. A(s) questão(ões) colocada(s)**

Pedido de autorização para realizar, até 31 de Julho de 2022, com caráter quantitativo, descritivo e transversal, o estudo referido em epígrafe, mediante colheita de dados a partir do Sistema de Informação da Administração Regional de Saúde (SIARS), bem como através de um questionário socioprofissional e contextual, dirigido aos enfermeiros do ACeS do Alto Minho que aceitem participar neste estudo, tendo por finalidade contribuir para a criação do Observatório de Enfermagem no ACeS do Alto Minho, com os seguintes objetivos: determinar a prevalência dos diagnósticos de enfermagem relacionados com as áreas prioritárias do plano local de saúde do Alto Minho; analisar a sensibilidade/recetividade dos enfermeiros do ACeS do Alto Minho para a implementação da VEDE no Alto Minho; identificar potencialidades e constrangimentos à implementação da VEDE no Alto Minho.

Será garantido o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados, mediante codificação das respostas ao questionário, com prévio consentimento informado, em obediência ao texto que consta deste processo.

Foi manifestada opinião favorável à realização deste estudo pela Enfermeira Chefe do Dep. de Agrupamentos do Centro de Saúde do Alto Minho.

**2. Fundamentação**

Os enfermeiros de cuidados de saúde primários desenvolvem cuidados de enfermagem, dando resposta aos níveis de saúde primordial, secundária, terciária e quaternária, estabelecendo diagnósticos de enfermagem para cada um deles e possibilitando a VEDE por parte dos EEEEC.

A USP constitui-se como o núcleo de desenvolvimento da VEDE, uma vez que funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACeS em que se integra.

Quando se alia a metodologia do planeamento em saúde, a VEDE e o empoderamento comunitário, à gestão de programas e projetos, funções desempenhadas em exclusivo pelos EEEEC, traduz-se em ganhos em saúde para a população abrangida pela sua intervenção.



identificar quais as dificuldades percecionadas pelo CI, no cuidar do idoso dependente, o que contribuirá para uma intervenção mais direcionada para as necessidades reais dos mesmos.

### 3. Conclusão/parecer

Cabe á Equipa que está a acompanhar estes doentes e seus cuidadores, ser o elo de ligação entre estes e a investigadora. O primeiro contacto deverá ser sempre feito através da equipa que os acompanha e nunca diretamente pela investigadora. O Projecto está conforme com as exigências do Mod. Q755-CES, pelo que não foi encontrado qualquer obstáculo à emissão de um parecer favorável à sua realização.

**Nota:** Referências bibliográficas:

Relator(es)	Lurdes Beco
Ratificado em reunião do dia	28/04/2022
Enviado parecer:	

28/04/2022

O Presidente da CES

  
 ANTÓNIO RODRIGUES, DR  
 PRESIDENTE DA CES

  
 Rosária BALTOS  
 Enfermeira

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I. GRELHA DE OBSERVAÇÃO DOS DADOS DO SIARS

Fenómeno de Enfermagem	Métrica	Nº de Fenómenos de Enfermagem													
	Mês	2021-12	2021-11	2021-10	2021-09	2021-08	2021-07	2021-06	2021-05	2021-04	2021-03	2021-02	2021-01	Total	%
Excesso de Peso															
Auto Cuidado: Actividade Física															
Comportamento de Adesão															
Auto – Vigilância															
Gestão do Regime Terapêutico															
Uso de Tabaco															
Papel de Prestador de Cuidados															

APÊNDICE II. TAXAS DE DOCUMENTAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMAGEM EM ESTUDO

## **Taxas de documentação dos Diagnósticos de Enfermagem em estudo**

Período analisado: 01-01-2019 -31-12-2019; 01-01-2021 a 31-12-2021

Data da recolha: Maio 2022

### Diagnósticos de Enfermagem em Estudo:

- Atividade Física (1)
- Autovigilância da mama feminina (2)
- Comportamento de Adesão ao Rastreio das Neoplasia do colo do útero (3)
- Comportamento de Adesão ao Rastreio das Neoplasia do cólon/reto (4)
- Comportamento de Adesão ao Rastreio das Neoplasia da mama feminina (5)
- Excesso de Peso (1)
- Gestão do Regime Terapêutico na Hipertensão (6)
- Gestão do Regime Terapêutico Diabetes *Mellitus* (7)
- Papel Prestador de Cuidados na Demência (8)
- Uso de Tabaco (1)

Taxas de Documentação:

(1) Taxa de documentação: n.º vezes que o fenómeno foi ativado x 100

Nº de Utentes inscritos no ACeS

(2) Taxa de documentação: n.º vezes que o fenómeno foi ativado x 100

Nº de Utentes do sexo feminino inscritos no ACeS, com Registo de Mamografia nos Últimos Dois Anos

(3) Taxa de documentação: n.º vezes que o fenómeno foi ativado x 100

Nº de Utentes do sexo feminino inscritos no ACeS, com Registo de Mamografia nos Últimos Dois Anos

(4) Taxa de documentação: n.º vezes que o fenómeno foi ativado x 100

Nº de Utentes inscritos no ACeS, com Rastreio do Cancro do Colon e Reto Efetuado

(5) Taxa de documentação: n.º vezes que o fenómeno foi ativado x 100

Nº de Utentes do sexo feminino inscritos no ACeS, com Colpocitologia Atualizada

(6) Taxa de documentação:  $\frac{\text{N.º de vezes que o fenómeno em estudo foi ativado}}{\text{N.º de utentes com HTA inscritos no ACeS}} \times 100$

(7) Taxa de documentação/:  $\frac{\text{N.º vezes que o fenómeno em estudo foi ativado}}{\text{N.º de utentes com DM inscritos no ACeS}} \times 100$

(8) Taxa de documentação:  $\frac{\text{n.º de vezes que o fenómeno em estudo foi ativado}}{\text{N.º de utentes com Demência inscritos no ACeS}} \times 100$



APÊNDICE III- TABELA DE VARIÁVEIS CONTEXTUAIS SOBRE A  
OPINIÃO/PERCEÇÃO DOS PARTICIPANTES NO ESTUDO NO QUE  
CONCERNE À VEDE

Variáveis		Perguntas do Questionário.		
Avaliar a Gestão Comunitária	Avaliar a Liderança Comunitária	Avaliar Conhecimento (Membros da comunidade/ Líder)	10. Tem conhecimentos sobre a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem?	
			15. Conhece as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde identificados e os Objetivos de Saúde do Plano Local de Saúde do Aces?	
			21. Tem formação sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativa- mente aos focos em estudo?	
			23. Considera ter necessidades formativas sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos focos em estudo?	
		Avaliar Crenças (Membros da comunidade/ Líder)	12. Considera importante um projeto que promova a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem?	
			13. Considera que <b>os seus processos de documentação dos Cuidados de Enfermagem nos Sistemas de Informação</b> tem um contributo importante para o Diagnostico de Saúde do Aces?	
			17. Considera que um projeto que melhore a Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem - Atividade Física; Autovigilância da Mama Feminina; Comportamento de Adesão ao Rastreo das Neoplasias: do Colo do Útero, do Colon/Reto e da Mama Feminina; Excesso de Peso; Gestão do Regime Terapêutico na Hipertensão e na Diabetes <i>Melitos</i> ; Papel do Prestador de Cuidados na Demência; Uso de Tabaco - pode contribuir para o Diagnostico de Saúde do Aces?	
		Avaliar Volição (Membros da co- unidade/Líder )	11. Sente-se motivado(a) para participar num projeto do seu Aces que promova a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem?	
	Avaliar Participação Comunitária	Avaliar a eficácia da comunicação		25. Considera que o circuito de informação entre a sua unidade funcional e o Aces é eficaz para compreender a importância da documentação dos cuida- dos de enfermagem para o diagnostico local de saúde?
				26. Considera que a informação transmitida é clara?
				28. Considera que são analisadas/discutidas as questões relacionadas com a documentação e vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem?
		Avaliar a existência de Parcerias comunitárias		30. A sua Unidade Funcional tem parcerias formais que promovem a melhoria da documentação dos Diagnósticos de Enfermagem e da Vigilância Epidemiológica dos mesmos (por exemplo, uma parceria com um perito em documentação em enfermagem, ou com a ACSS, ou entre a sua Unidade Funcional e USP)?
				31. A sua Unidade Funcional tem recursos suficientes para a documentação dos Diagnósticos de Enfermagem?
	Avaliar a existência de estruturas organizativas		33. Existem estruturas organizativas (como Comissões ou Grupos de Trabalho) que envolvam a sua Unidade Funcional no Diagnostico de Saúde do Aces, tendo em conta os Diagnósticos de Enfermagem?	
	Avaliar Processo Comunitário	Avaliar <i>Coping</i> Comunitário		18. Dos Fenómenos em estudo, qual/quais costuma avaliar mais frequentemente?
			19. Dos Fenómenos em estudo qual/quais considera mais oportuno fazer parte de uma avaliação frequente?	
			34. Existe na sua Unidade Funcional um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos Diagnósticos de Enfermagem?	

APÊNDICE IV. DADOS DO QUESTIONÁRIO: OPINIÃO/PERCEÇÃO FACE A  
DIFERENTES QUESTÕES RELACIONADAS COM O ESTUDO DE  
INVESTIGAÇÃO

10. Tem conhecimentos sobre a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem?

Tabela 1: Distribuição dos enfermeiros, segundo o nível de conhecimento sobre a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem (n=77)

	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
<b>Conhecimento sobre a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem</b>	Nenhuns conhecimentos	17 22,1
	Poucos conhecimentos	33 42,9
	Razoáveis conhecimentos	24 31,2
	Bons conhecimentos	3 3,9

11. Sente-se motivado(a) para participar num projeto do seu ACeS que promova a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem?

Tabela 2: Distribuição dos enfermeiros, segundo a motivação para participar num projeto do seu ACeS que promova a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem (n=77)

	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
<b>Motivação para participar num projeto do seu ACeS que promova a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem</b>	Nada motivado	4 5,2
	Pouco motivado	14 18,2
	Nem motivado nem desmotivado	18 23,4
	Motivado	34 44,2
	Muito motivado	7 9,1

13. *Considera que os seus processos de documentação dos cuidados de Enfermagem nos sistemas de informação têm um contributo importante para o Diagnóstico de Saúde do ACeS?*

**Tabela 3: Distribuição dos enfermeiros, segundo a importância do contributo da documentação dos cuidados de Enfermagem nos sistemas de informação para o Diagnóstico de Saúde do ACeS (n=77)**

	$n_i$	$f_i$ (%)	
<b>Importância do contributo da documentação dos cuidados de Enfermagem nos sistemas de informação para o Diagnóstico de Saúde do ACeS</b>	Não é importante	2	2,6
	Pouco importante	6	7,8
	Moderadamente importante	18	23,4
	Importante	35	45,5
	Muito importante	16	20,8

14. *Independentemente da sua resposta anterior explique o porquê da sua opção.*

Esta é uma questão aberta, pelo que primeiramente foi efetuada análise de conteúdo de todas as respostas, tendo se agrupado as mesmas em categorias num total de dezassete. Alguns dos enfermeiros apontaram mais do que uma razão para a importância que atribuem ao contributo da documentação dos cuidados de Enfermagem nos sistemas de informação para o Diagnóstico de Saúde do ACeS.

**Tabela 4: Distribuição dos enfermeiros, segundo a razão para importância que atribuem ao contributo da documentação dos cuidados de Enfermagem nos sistemas de informação para o Diagnóstico de Saúde do ACeS (n=77)**

	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Parametrização dos sistemas de informação insuficiente.	10	8,5
Morosidade dos processos de documentação dos cuidados de enfermagem nos sistemas de informação.	4	3,4
Os sistemas de informação são uma importante ferramenta para os processos de documentação dos cuidados de enfermagem.	19	16,2
Os sistemas de informação são uma importante ferramenta para a obtenção de resultados sobre os cuidados de enfermagem prestados.	17	14,5
Os sistemas de informação são uma importante ferramenta para a avaliação/visibilidade dos cuidados de enfermagem prestados.	19	16,2
Resposta não validada.	6	5,1
Os processos de documentação dos cuidados de enfermagem prestados são muito importantes para o diagnóstico de saúde do ACeS.	11	9,4
Os processos de documentação dos cuidados de enfermagem prestados permitem assegurar a continuidade e qualidade dos mesmos.	10	8,5
Os sistemas de informação são complexos.	7	6,0
Dificuldade na obtenção e divulgação dos resultados dos processos de documentação dos cuidados de enfermagem nos sistemas de informação.	2	1,7
A correta utilização dos sistemas de informação para os processos de documentação dos cuidados de enfermagem prestados.	2	1,7
Os processos de documentação dos cuidados de enfermagem prestados nos sistemas de informação contribuem para a identificação de necessidades/problemas.	4	3,4
Os processos de documentação dos cuidados de enfermagem prestados nos sistemas de informação contribuem para a definição de políticas de saúde.	1	0,9
Insuficiente formação sobre os processos de documentação dos cuidados de enfermagem nos sistemas de informação.	1	0,9
Os processos de documentação dos cuidados de enfermagem prestados nos sistemas de informação não dão qualquer tipo de contributo.	2	1,7
Aspeto jurídico.	1	0,9
Os processos de documentação dos cuidados de enfermagem prestados nos sistemas de informação contribuem para a formulação de novas práticas.	1	0,9

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

Tabela 5: Distribuição dos enfermeiros, segundo o conhecimento sobre as necessidades de saúde, problemas identificados e os objetivos do Plano Local de Saúde do ACeS (n=77)

		n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
<b>Conhecimento sobre Necessidades de Saúde, os Problemas Identificados e os Objetivos de Saúde do Plano Local de Saúde do ACeS</b>	Sim	19	24,7
	Sim, mas só as Necessidades de Saúde	1	1,3
	Sim, mas só os Problemas de Saúde	8	10,4
	Sim, mas só os Objetivos de Saúde	4	5,2
	Não	45	58,4

16. *Se respondeu Sim na sua resposta anterior, indique um Objetivo de Saúde e/ou um Problema de Saúde e/ou uma Necessidade de Saúde.*

Trata-se de uma questão aberta, pelo que primeiramente foi realizada análise de conteúdo de 32 respostas, que dizem respeito a todos os que responderam “Sim”, tendo se agrupado as mesmas em categorias num total de dezassete. Alguns dos enfermeiros não responderam à questão (34,2%), e os restantes identificaram, somente, problemas e necessidades de saúde, sendo de ressaltar que alguns apontaram mais do que um problema e/ou necessidade de saúde.

**Tabela 6: Distribuição dos enfermeiros, segundo a identificação de um objetivo de saúde e/ou um problema de saúde e/ou uma necessidade de saúde (n=32)**

	$n_i$	$f_i$ (%)
<b>Problemas de Saúde</b>		
Diabetes <i>Mellitus</i>	1	2,6
Ansiedade/Depressão	1	2,6
Tabagismo	2	5,3
Alcoolismo	2	5,3
Doenças Cerebrovasculares	4	10,5
Tumores Malignos	1	2,6
Doença Mental	1	2,6
Gestão de Doenças Crônicas	1	2,6
Tempos de reposta das consultas de saúde demorados	1	2,6
Acessibilidade aos cuidados de saúde	3	7,9
Comportamento de adesão à vigilância da saúde da mulher	1	2,6
Gestão do Regime Terapêutico ineficaz	1	2,6
<b>Objetivos de Saúde</b>		
Reduzir a mortalidade por doença cérebro-cardiovascular	1	2,6
Redução da incidência da Diabetes Mellitus	2	5,3
Rastreios	1	2,6
Promoção da saúde	1	2,6
Melhoria continua da qualidade	1	2,6
<b>Não responde</b>	13	34,2



17. *Considera que um projeto que melhore a Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem - Atividade Física; Autovigilância da Mama Feminina; Comportamento de Adesão ao Rastreamento das Neoplasias: do Colo do Útero, do Cólon/Reto e da Mama Feminina; Excesso de Peso; Gestão do Regime Terapêutico na Hipertensão e na Diabetes Mellitus; Papel do Prestador de Cuidados na Demência; Uso de Tabaco - pode contribuir para o Diagnóstico de Saúde do ACeS?*

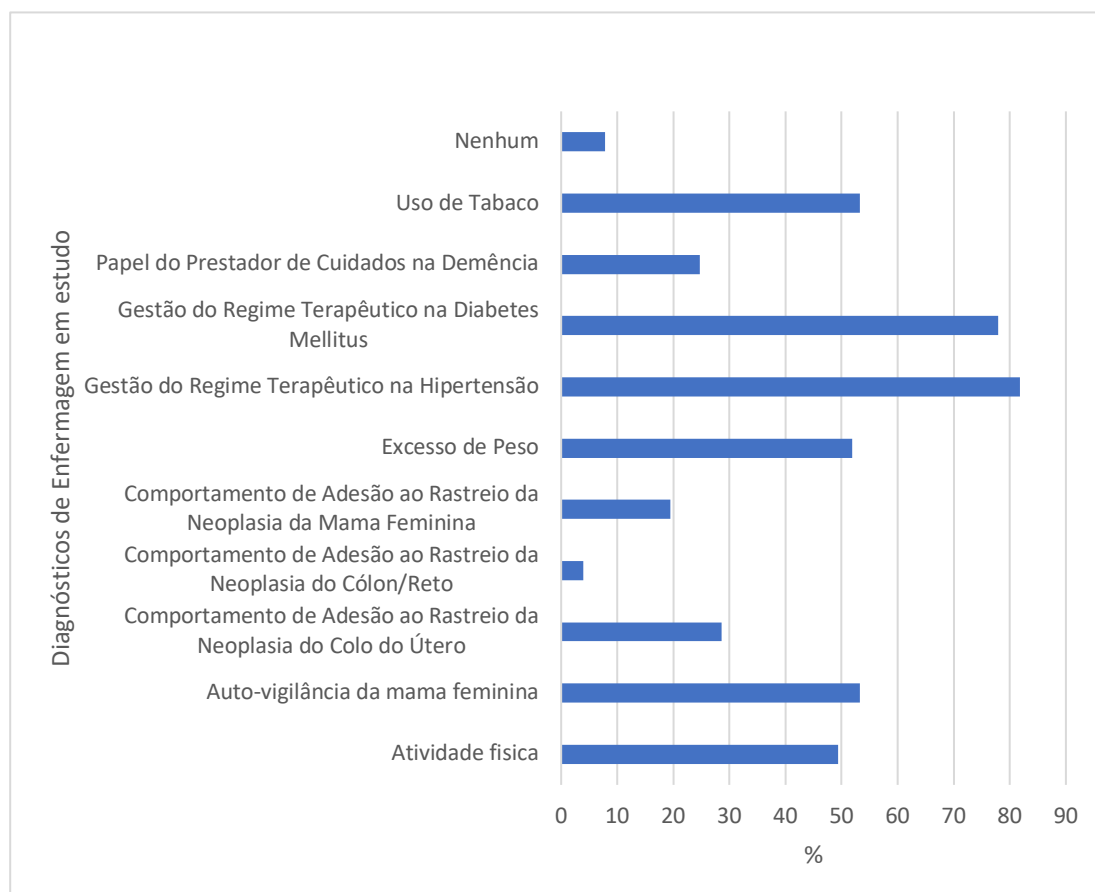
**Tabela 7: Distribuição dos enfermeiros, segundo a percepção de que um projeto que melhore a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem contribui para o Diagnóstico de Saúde do ACeS (n=77)**

		n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
<b>Considera que um projeto que melhore a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem em estudo pode contribuir para o Diagnóstico de Saúde do ACeS.</b>	Sim	75	97,4
	Não	2	2,6

18. Dos Fenómenos em estudo, qual/quais costuma avaliar mais frequentemente?

Trata-se de uma questão, em que os enfermeiros poderiam escolher mais do que uma opção.

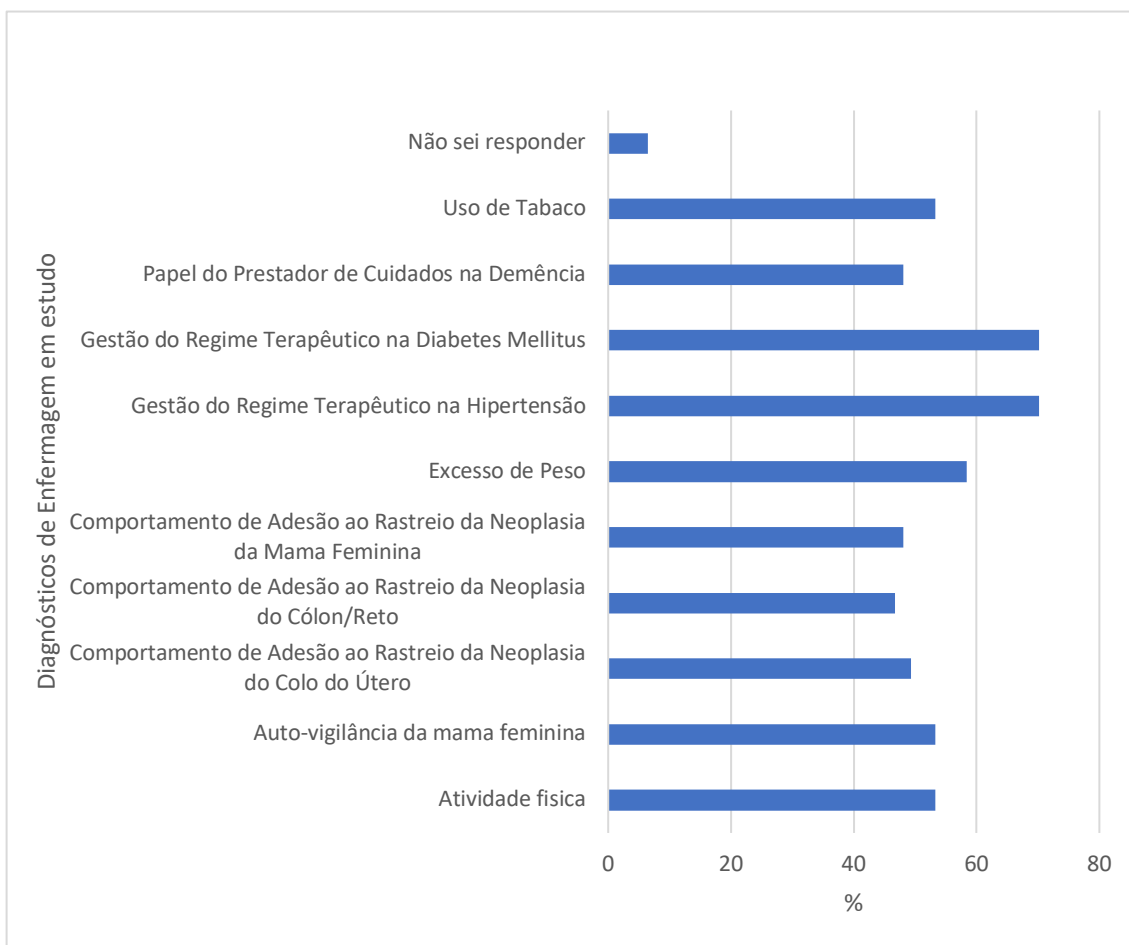
GRÁFICO 1: DISTRIBUIÇÃO DOS ENFERMEIROS, SEGUNDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM ESTUDO AVALIADOS MAIS FREQUENTEMENTE (N=77)



19. *Dos Fenómenos em estudo qual/quais considera mais oportuno fazer parte de uma avaliação frequente?*

Trata-se de uma questão, em que os enfermeiros poderiam escolher mais do que uma opção.

**Gráfico 2: Distribuição dos enfermeiros, segundo os diagnósticos de enfermagem em estudo que consideram mais oportuno avaliar frequentemente (n=77)**



## 20. Porquê?

Esta é uma questão aberta, pelo que primeiramente foi efetuada análise de conteúdo de todas as respostas, tendo se agrupado as mesmas em categorias num total de dezasseis.

**Tabela 8: Distribuição dos enfermeiros, segundo a razão pela qual consideram mais oportuno avaliar frequentemente os diagnósticos de enfermagem em estudo (n=77)**

	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
São os problemas de saúde com elevada prevalência/incidência no ACeS.	10	10,4
Os registos dos cuidados de enfermagem não refletem a prática profissional.	2	2,1
Elevada frequência de utilização dos fenómenos de enfermagem.	8	8,3
Resposta inválida.	7	7,3
Os problemas de saúde mais sensíveis aos cuidados de enfermagem.	10	10,4
Os hábitos/comportamentos de vida dos utentes influenciam a saúde dos mesmos.	8	8,3
Prevenção da doença por forma a obter ganhos em saúde.	12	12,5
Vigilância da saúde dos utentes.	10	10,4
Importância da realização/documentação de rastreios.	4	4,2
Contributo para a diminuição da prevalência das doenças.	3	3,1
Promoção da saúde.	6	6,3
A gestão do regime terapêutico eficaz, produz ganhos em saúde.	1	1,0
Avaliação da adesão dos utentes aos cuidados de enfermagem.	4	4,2
Contributo para o diagnóstico de saúde da população.	1	1,0
Contributo para a construção/avaliação do um plano de cuidados devidamente ajustado ao utente.	8	8,3
Indicadores das Unidades Funcionais contratualizados.	2	2,1

*21. Tem formação sobre Sistemas de Informação com utilização de linguagem da CIPE para conseguir documentar os seus Cuidados de Enfermagem relativamente aos Fenómenos em estudo?*

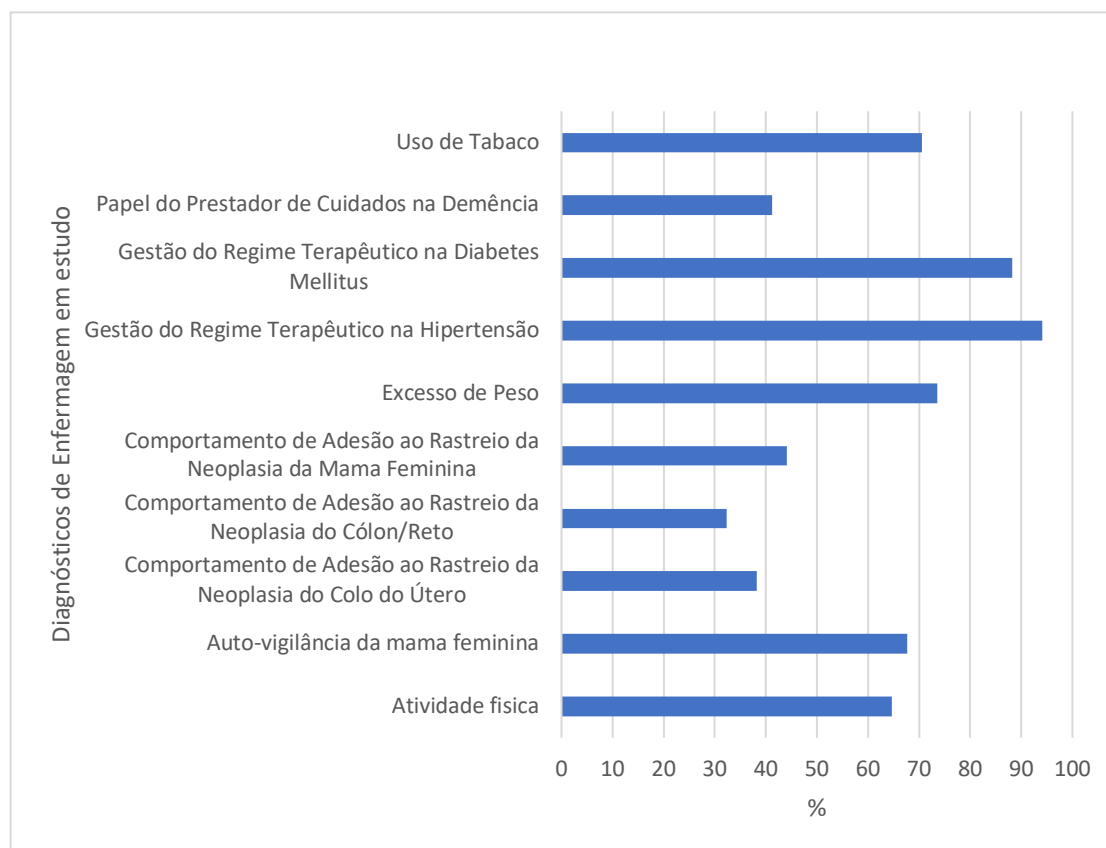
**Tabela 9: Distribuição dos enfermeiros, segundo a formação sobre os sistemas de informação com utilização de linguagem CIPE que permitem a documentação dos cuidados de enfermagem (n=77)**

		n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
<b>Formação sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE que permitam a documentação dos cuidados de enfermagem.</b>	Sim	34	44,2
	Não	43	55,8

22. Se respondeu Sim na sua resposta anterior, indique em qual/quais?

Trata-se de uma questão, em que os enfermeiros poderiam escolher mais do que uma opção.

**Gráfico 3: Distribuição dos enfermeiros, segundo os diagnósticos de enfermagem em estudo, objeto de formação sobre os sistemas de informação com utilização de linguagem CIPE que permitem a documentação dos cuidados de enfermagem (n=34)**



23. Considera ter necessidades formativas sobre Sistemas de Informação com utilização de linguagem da CIPE para conseguir documentar os seus Cuidados de Enfermagem relativamente aos Fenómenos em estudo?

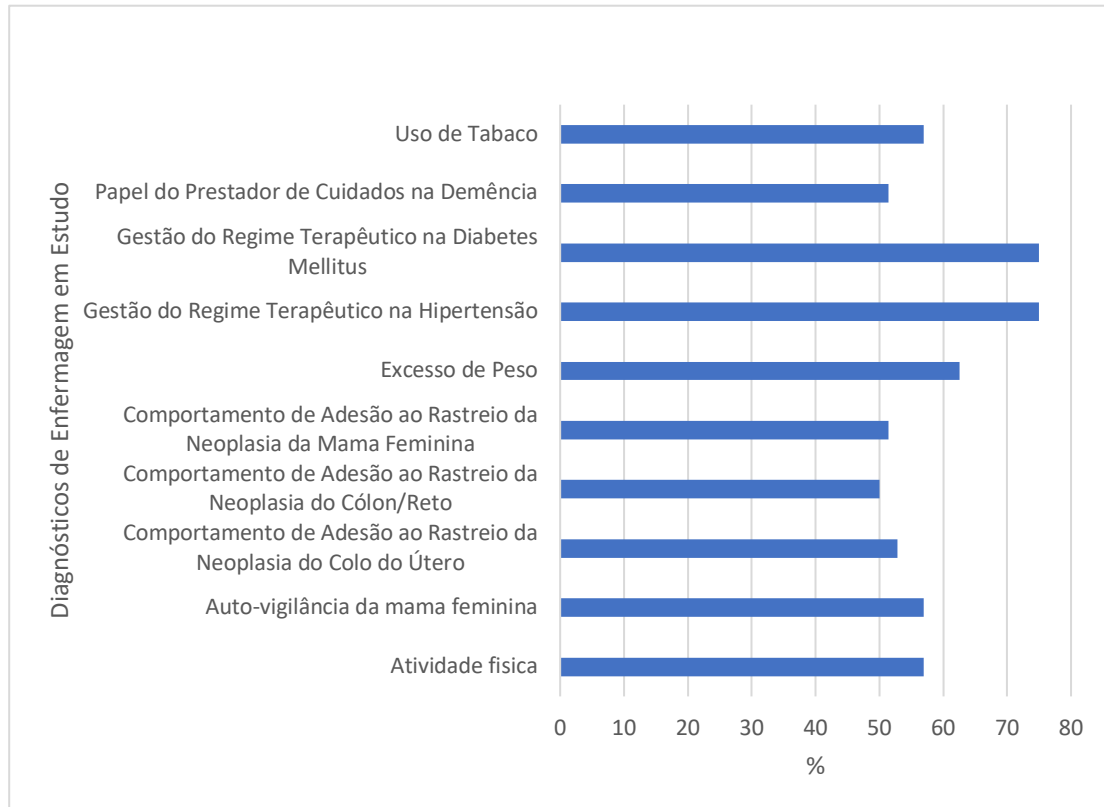
**Tabela 10: Distribuição dos enfermeiros, segundo a necessidade de formação sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos fenómenos em estudo (n=77)**

		$n_i$	$f_i$ (%)
<b>Necessidade de Formação sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus Cuidados de Enfermagem relativamente aos Fenómenos em estudo.</b>	Sim	56	72,7
	Não	21	27,3

24. Se respondeu Sim na sua resposta anterior, indique em qual/quais.

Trata-se de uma questão, em que os enfermeiros poderiam escolher mais do que uma opção.

**Gráfico 4: Distribuição dos enfermeiros, segundo a necessidade de formação sobre os sistemas de informação com utilização de linguagem CIPE que permitem a documentação dos cuidados de enfermagem, relativamente aos fenómenos em estudo (n=56)**



25. *O circuito de informação entre a sua Unidade Funcional e o ACeS é eficaz para compreender a importância da documentação dos Cuidados de Enfermagem para o Diagnóstico de Saúde?*

**Tabela 11: Distribuição dos enfermeiros, segundo a eficácia do circuito de informação entre a sua Unidade Funcional e o ACeS, relativamente à importância da documentação dos cuidados de enfermagem para o Diagnóstico de Saúde (n=77)**

	$n_i$	$f_i$ (%)
<b>O circuito de informação entre a sua Unidade Funcional e o ACeS, é eficaz para compreender a importância da documentação dos cuidados de enfermagem para o Diagnóstico de Saúde.</b>	Sim	41 53,2
	Não	36 46,8

26. *Considera que a informação transmitida é clara?*

**Tabela 12: Distribuição dos enfermeiros, segundo a clareza da informação transmitida (n=77)**

	$n_i$	$f_i$ (%)
<b>A informação transmitida é clara.</b>	Sim	51 66,2
	Não	26 33,8

27. *Se não considera a comunicação clara, dê sugestões para que seja.*

Esta é uma questão aberta, pelo que primeiramente foi efetuada análise de conteúdo de todas as respostas, tendo-se agrupado as mesmas em categorias num total de onze.

Alguns dos enfermeiros apontaram mais do que uma sugestão para colmatar a não clareza da comunicação.

**Tabela 13: Distribuição dos enfermeiros, segundo as sugestões para colmatar a não clareza da comunicação (n=26)**

	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Contratualização de indicadores para os diagnósticos de enfermagem.	1	3,7
Divulgação dos objetivos institucionais para a área da enfermagem.	1	3,7
Criação de uma <i>Newsletter</i> .	1	3,7
Reuniões trimestrais entre o ACeS e as Unidades Funcionais.	1	3,7
Articulação de cada unidade funcional com o ACeS, através de um elemento da unidade funcional, previamente eleito.	2	7,4
Não têm sugestões.	2	7,4
Sinalização dos casos críticos.	1	3,7
Formação contínua.	6	22,2
Demora nas respostas.	1	3,7
Criação de <i>Webinar</i> .	1	3,7
Não responde.	10	37

28. *Considera que são analisadas/discutidas as questões relacionadas com a documentação e Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem?*

**Tabela 14: Distribuição dos enfermeiros, segundo a clareza da informação transmitida (n=77)**

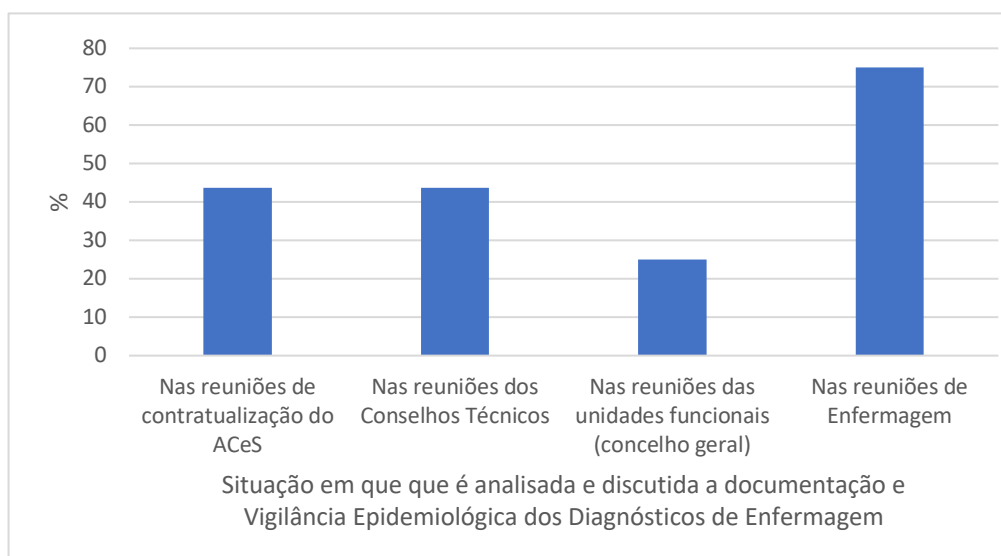
	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
Análise/Discussão das questões relacionadas com a documentação e Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem.	16	20,8
	61	79,2

29. *Se respondeu Sim na sua resposta anterior, indique em que situação/situações.*

Trata-se de uma questão, em que os enfermeiros poderiam escolher mais do que uma opção, a esta questão reponderam 16 enfermeiros.



**Gráfico 5: Distribuição dos enfermeiros, segundo as situações em que é analisada e discutida a documentação e Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de enfermagem (n=77)**



30. *A sua Unidade Funcional tem parcerias formais que promovem a melhoria da documentação dos Diagnósticos de Enfermagem e da Vigilância Epidemiológica dos mesmos (por exemplo, uma parceria com um perito em documentação em enfermagem, ou com a ACSS, ou entre a sua Unidade Funcional e USP)?*

**Tabela 15: Distribuição dos enfermeiros, segundo as parcerias formais da sua unidade funcional que promovem a melhoria da documentação dos Diagnósticos de Enfermagem e da Vigilância Epidemiológica dos mesmos (n=77)**

	n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
<b>Parcerias formais da sua unidade funcional que promovem a melhoria da documentação dos Diagnósticos de Enfermagem e da Vigilância Epidemiológica dos mesmos</b> Sim	14	18,2
Não	63	81,8

31. *A sua Unidade Funcional tem recursos suficientes para a documentação dos Diagnósticos de Enfermagem?*

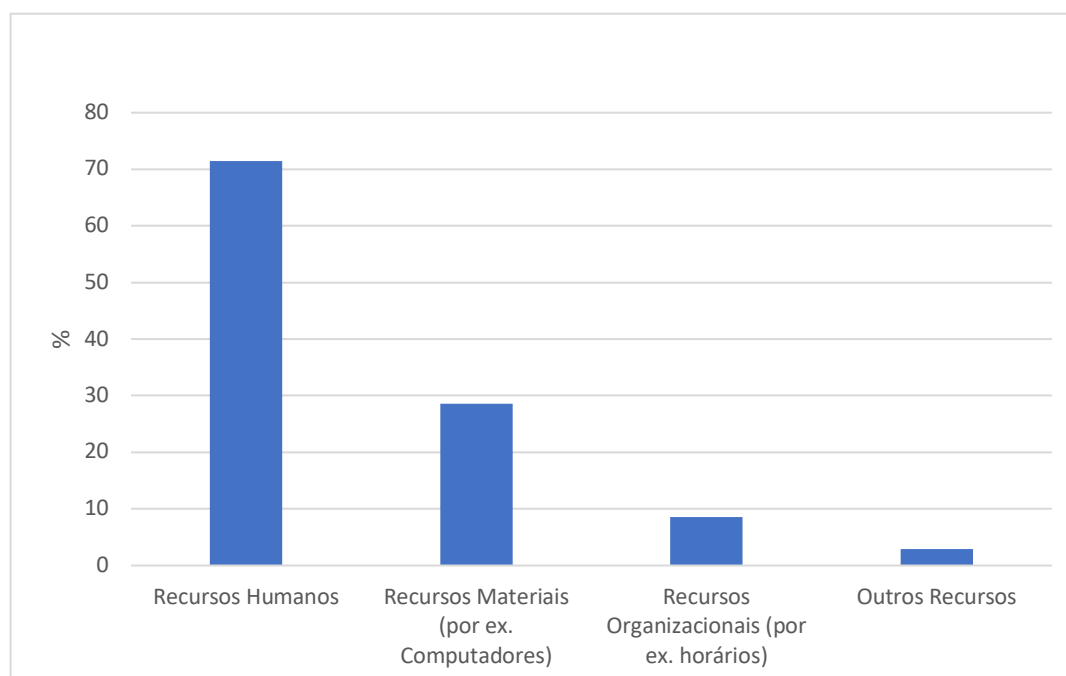
**Tabela 16: Distribuição dos enfermeiros, segundo a existência de recursos suficientes na sua unidade funcional para a documentação dos Diagnósticos de Enfermagem (n=77)**

		n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
<b>A sua Unidade funcional tem recursos suficientes para a documentação dos Diagnósticos de Enfermagem</b>	Sim	35	45,5
	Não	42	54,5

32. *Sem respondeu Não na questão anterior, que recursos considera ter em falta?*

Trata-se de uma questão, em que os enfermeiros poderiam seleccionar mais do que uma opção, a esta questão reponderam 42 enfermeiros.

**Gráfico 6: Distribuição dos enfermeiros, segundo os recursos que consideram em falta na sua unidade funcional para a documentação dos Diagnósticos de Enfermagem (n=77)**



33. *Existem estruturas organizativas (como Comissões ou Grupos de Trabalho) que envolvam a sua Unidade Funcional no Diagnóstico de Saúde do ACeS, tendo em conta os Diagnósticos de Enfermagem?*

**Tabela 17: Distribuição dos enfermeiros, segundo as estruturas organizativas que envolvam a sua Unidade Funcional no Diagnóstico de Saúde do ACeS, tendo em conta os Diagnósticos de Enfermagem (n=77)**

		n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
<b>Existem estruturas organizativas que envolvam a sua Unidade Funcional no Diagnóstico de Saúde do ACeS, tendo em conta os Diagnósticos de Enfermagem</b>	Sim	18	23,4
	Não	59	76,6

34. *Existe na sua Unidade Funcional um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos Diagnósticos de Enfermagem?*

**Tabela 18: Distribuição dos enfermeiros, segundo a existência de um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos Diagnósticos de Enfermagem na sua Unidade Funcional (n=77)**

		n <sub>i</sub>	f <sub>i</sub> (%)
<b>Existe um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos Diagnósticos de Enfermagem na sua Unidade Funcional.</b>	Sim	28	36,4
	Não	49	63,6

APÊNDICE V. AVALIAÇÃO DAS DIMENSÕES DIAGNÓSTICAS DA GESTÃO  
COMUNITÁRIA

**Quadro 1: Distribuição dos enfermeiros, segundo a Liderança Comunitária (n=77)**

<b>Liderança Comunitária</b>		<i>n<sub>i</sub></i>	<i>f<sub>i</sub></i>
<b>Conhecimento</b>	<i>Tem conhecimentos sobre a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem</i>		
	Nenhuns conhecimentos	17	22,1
	Poucos conhecimentos	33	42,9
	Razoáveis conhecimentos	24	31,2
	Bons conhecimentos	3	3,9
	Nenhuns conhecimentos	17	22,1
	<i>Conhece as Necessidades de Saúde, os Problemas de Saúde Identificados e os Objetivos de Saúde do PLS do ACeS?</i>		
	Sim	19	24,7
	Sim, mas só as Necessidades de Saúde	1	1,3
	Sim, mas só os Problemas de Saúde	8	10,4
	Sim, mas só os Objetivos de Saúde	4	5,2
	Não	45	58,4
	<i>Tem formação sobre sistemas de informação com utilização da linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos fenómenos de enfermagem em estudo?</i>		
	Não	43	55,8
	Sim	34	44,2
<i>Considera ter necessidades formativas sobre sistemas de informação com utilização de linguagem CIPE para conseguir documentar os seus cuidados de enfermagem relativamente aos fenómenos de enfermagem em estudo?</i>			
Não	2	2,6	
Sim	75	97,4	
<b>Crenças</b>	<i>Considera importante um projeto que promova a Vigilância Epidemiológica dos Diagnósticos de Enfermagem?</i>		
	Não é importante	1	1,3
	Pouco importante	2	2,6
	Moderadamente importante	22	28,6
	Importante	34	44,2
	Muito importante	18	23,4
	<i>Considera que os seus processos de documentação dos Cuidados de Enfermagem nos Sistemas de Informação tem um contributo importante para o Diagnostico de Saúde do Aces?</i>		
	Não é importante	2	2,6
	Pouco importante	6	7,8
	Moderadamente importante	18	23,4
	Importante	35	45,5
	Muito importante	16	20,8
<i>Considera que um projeto que melhore a Vigilância Epidemiológica dos Fenómenos de Enfermagem - Atividade Física; Autovigilância da Mama</i>			

	<i>Feminina; Comportamento de Adesão ao Rastreamento das Neoplasias: do Colo do Útero, do Colon/Reto e da Mama Feminina; Excesso de Peso; Gestão do Regime Terapêutico na Hipertensão e na Diabetes Melitos; Papel do Prestador de Cuidados na Demência; Uso de Tabaco - pode contribuir para o Diagnóstico de Saúde do Aces?</i>	
	Não	2 2,6
	Sim	75 97,4
<b>Volição</b>	<i>Sente-se motivado(a) para participar num projeto do seu ACeS que promova a vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem?</i>	
	Nada motivado	4 5,2
	Pouco motivado	14 18,2
	Nem motivado nem desmotivado	18 23,4
	Motivado	34 44,2

**Quadro 2: Distribuição dos enfermeiros, segundo a Participação Comunitária (n=77)**

<b>Participação Comunitária</b>		<i>n<sub>i</sub></i>	<i>f<sub>i</sub></i>
<b>Eficácia da comunicação</b>	<i>Considera que o circuito de informação entre a sua unidade funcional e o Aces é eficaz para compreender a importância da documentação dos cuidados de enfermagem para o diagnóstico local de saúde?</i>		
	Não	36	46,8
	Sim	41	53,2
	<i>Considera que a informação transmitida é clara?</i>		
	Não	26	33,8
	Sim	51	66,2
	<i>Considera que são analisadas/discutidas as questões relacionadas com a documentação e vigilância epidemiológica dos diagnósticos de enfermagem?</i>		
	Não	61	79,2
	Sim	16	20,8
<b>Parcerias comunitárias</b>	<i>A sua Unidade Funcional tem parcerias formais que promovem a melhoria da documentação dos Diagnósticos de Enfermagem e da Vigilância Epidemiológica dos mesmos (por exemplo, uma parceria com um perito em documentação em enfermagem, ou com a ACSS, ou entre a sua Unidade Funcional e USP)</i>		
	Não	63	81,8
	Sim	14	18,2
	<i>A sua Unidade Funcional tem recursos suficientes para a documentação dos Diagnósticos de Enfermagem?</i>		
	Não	42	54,5
Sim	35	45,5	
<b>Estruturas organizativas</b>	<i>Existem estruturas organizativas (como Comissões ou Grupos de Trabalho) que envolvam a sua Unidade Funcional no Diagnóstico de Saúde do Aces, tendo em conta os Diagnósticos de Enfermagem?</i>		
	Não	59	76,6
	Sim	18	23,4

**Quadro 3: Distribuição dos enfermeiros, segundo o Processo Comunitário (n=77)**

<b>Processo Comunitário</b>		<i>n<sub>i</sub></i>	<i>f<sub>i</sub></i>
<b>Coping Comunitário</b>	<i>Dos Fenómenos em estudo, qual/quais costuma avaliar mais frequentemente?</i>		
	Atividade Física	38	49,4
	Auto-Vigilância da Mama Feminina	41	53,2
	Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia do Colo do Útero	22	28,6
	Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia do Cólon/Reto	3	3,9
	Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia da Mama Feminina	15	19,5
	Excesso de Peso	40	51,9
	Gestão do Regime Terapêutico na Hipertensão	63	81,8
	Gestão do Regime Terapêutico na Diabetes <i>Mellitus</i>	60	77,9
	Papel do Prestador de Cuidados na Demência	19	24,7
	Uso de Tabaco	41	53,2
	Nenhum	6	7,8
	<i>Dos Fenómenos em estudo qual/quais considera mais oportuno fazer parte de uma avaliação frequente?</i>		
	Atividade Física	41	53,2
	Auto-Vigilância da Mama Feminina	41	53,2
	Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia do Colo do Útero	38	49,4
	Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia do Cólon/Reto	36	46,8
	Comportamento de Adesão ao Rastreamento da Neoplasia da Mama Feminina	37	48,1
	Excesso de Peso	45	58,4
	Gestão do Regime Terapêutico na Hipertensão	54	70,1
	Gestão do Regime Terapêutico na Diabetes <i>Mellitus</i>	54	70,1
	Papel do Prestador de Cuidados na Demência	37	48,1
	Uso de Tabaco	41	53,2
	Nenhum	0	0,0
	Não sei responder	5	6,5
	<i>Existe na sua Unidade Funcional um líder formal/elemento de referência para a promoção da documentação dos Diagnósticos de Enfermagem?</i>		
	Não	49	63,6
	Sim	28	36,4