



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Comunitária:
Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

**PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA- “PONTO DE ENCONTRO DE
ACESSO À SAÚDE”**

**COMMUNITY INTERVENTION PROJECT - “HEALTH ACCESS MEETING
POINT”**

Por

Suraiya Mansurali Mamadhussene

Lisboa 2020



Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Comunitária:

Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública

.....

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA- “PONTO DE ENCONTRO DE ACESSO À SAÚDE”

COMMUNITY INTERVENTION PROJECT - “HEALTH ACCESS METTING POINT”

Por

Suraiya Mansurali Mamadhussene

Sob a orientação de Prof. Doutora Cândida Ferrito

Lisboa 2020

Pensamento

“O Enfermeiro do futuro é o que faz acontecer”.

Enfermeiro Sérgio Gomes

Chief Nursing da Direção Geral da Saúde

Agradecimentos

Este é o momento que me apraz manifestar o quanto foi importante a presença, disponibilidade e apoio incondicional de muitas pessoas que me permitiram chegar aqui, ao fim de um percurso muito árduo, com muitas inquietações e hesitações, mas que consegui ultrapassar graças às pessoas maravilhosas que existem na minha vida e que não me deixaram nunca desistir.

Foram momentos de grande tensão e de grande stress, mas também de muita alegria. Esta ambivalência deve-se ao fato de ter sido uma experiência muito enriquecedora tanto a nível pessoal, como profissional. Conheci pessoas fantásticas ao longo de todo este percurso. Foi um desafio, mas que está quase a chegar ao fim. E isso muito se deve às pessoas que nos acompanham nestes momentos, por isso gostaria de deixar o meu especial agradecimento:

À minha orientadora, Prof. Dra. Cândida Ferrito pelo apoio, disponibilidade e pela partilha de conhecimentos ao longo deste projeto;

À minha orientadora, Enfermeira Sílvia Matias, sem a qual teria sido muito difícil realizar este percurso. Obrigada pelo investimento, pela partilha de conhecimentos, pelo apoio e pela amizade;

À Enfermeira Maria Teresa Figueiredo por ter acreditado em mim desde o primeiro momento e por todo o apoio e carinho ao longo deste percurso.

A toda a equipa multidisciplinar da UCC, em especial à equipa de Enfermagem, pela forma como me acolheram e me ajudaram a desenvolver este trabalho;

A todos os meus amigos e colegas de trabalho pelo vosso apoio e carinho nos momentos mais difíceis;

Aos professores da escola pelos conhecimentos transmitidos, por toda a sua disponibilidade e compreensão ao longo de todo este percurso;

À minha família (Mãe, Pai e Irmão, Marido) por todo o apoio incondicional que me deram ao longo deste desafio e sem o qual este Sonho não teria sido realizado.

E em especial ao meu filho por ter sido tão compreensivo neste período em que a Mãe nem sempre pode estar presente.

Resumo

Os fluxos migratórios são um fenómeno complexo e multifacetado da sociedade atual, que colocam desafios à saúde pública. Muitos migrantes vivem em condições adversas, pelo que são considerados mais vulneráveis, pela desigualdade de acesso aos serviços. A constituição da república portuguesa, garante o direito à proteção da saúde, contudo a pobreza, a posição social na comunidade e a cultura de cada um são determinantes no acesso aos cuidados de saúde. É necessário, uma política de proximidade nas intervenções associadas a estes grupos, por parte dos serviços de saúde. Foi neste contexto que foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária numa UCC do ACES Loures - Odivelas, durante o estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, intitulado “*Health Access Meeting Point*”.

As intervenções de enfermagem implementadas, visam contribuir para o aumento da vigilância de saúde da população migrante, através da promoção de saúde da mesma.

O Projeto foi concebido com recurso à metodologia de Planeamento em Saúde e o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

Foi através da educação para a saúde, que a população migrante foi capacitada a reconhecer a importância do recurso aos cuidados de saúde, como forma de vigilância da sua saúde. Promoveu-se o aumento dos conhecimentos e a mudança de comportamentos de procura de saúde.

As estratégias implementadas visaram melhorar as respostas comunitárias de cuidados de enfermagem à população migrante, contribuindo para a vigilância de saúde da mesma.

Palavras-chave: populações vulneráveis, enfermagem comunitária, migrantes, cuidados de saúde, promoção de saúde

Abstract

Migratory flows are a complex and multifaceted phenomenon in today's society, which poses challenges to public health. Many migrants live in adverse conditions, which are why they are considered more vulnerable, due to unequal access to services. The constitution of the Portuguese republic, guarantees the right to health protection, however poverty, social position in the community and the culture of each one are determinants in access to health care. It is necessary, a policy of proximity in the interventions associated with these groups, by the health services. It was in this context that a community intervention project was developed in a UCC of ACES Loures-Odivelas, during the internship within the scope of the Master in Community Nursing and Public Health, entitled "Health Access Meeting Point".

The goal of the nursing interventions implemented is to contribute to increasing the health surveillance of the migrant population, through the promotion of their health.

It was implemented using the Health Planning methodology and Nola Pender's Health Promotion Model.

It was through health education that the migrant population was able to recognize the importance of accessing health care, as a way of monitoring their health. Healthy behaviors were promoted through increased knowledge and change in seeking for health care services.

The strategies implemented primary goal is to improve community nursing care responses to the migrant population, contributing to their health surveillance.

Keywords: vulnerable populations, community nursing, migrants, health care, health promotion

Lista de Siglas

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CIPE- Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

EE – Enfermeiro Especialista

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ESPCPC - Equipa de Suporte Comunitária em Cuidados Paliativos

INE – Instituto Nacional de Estatística

IST – Infecções Sexualmente transmissíveis

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PLS – Plano Local de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNV – Plano Nacional de Vacinação

MPSNP- Modelo de promoção de Saúde de Nola Pender

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIFA –Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizado

VIH – Vírus Imunodeficiência adquirida

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

1- INTRODUÇÃO	11
2- ENQUADRAMENTO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	13
2.1- Projeto “Saúde em Movimento” - Enquadramento do projeto de intervenção	14
3- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	17
3.1- Saúde- um Direito Universal.....	17
3.2- Acessibilidade	18
3.3- Vulnerabilidade/ Populações vulneráveis/População de risco	19
3.4- Diversidade Cultural	21
3.5- Literacia em Saúde.....	23
3.6- Vigilância de Saúde	24
3.7- Vigilância de Saúde Infantil/juvenil	25
4- REFERENCIAL TEÓRICO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER.....	27
5 – METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	29
5.1- Diagnóstico de Situação.....	29
5.2 – População alvo	33
5.3 – Diagnóstico de Enfermagem	34
5.4 – Definição de prioridades	35
5.5 – Fixação dos objetivos	37
5.6- Seleção de estratégias.....	39
5.7- Preparação da Execução.....	42
5.8- Aspectos éticos	44
5.9- Avaliação	45
6- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA E DE MESTRE	51
7- CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

ANEXOS

Anexo I- Grelha de Análise para determinação de prioridades.....	67
--	----

APÊNDICES

Apêndice I- Gráficos Resultados da plataforma Sclenic – Consultas de vigilância em CSP anterior ou posteriores ao atendimento na Unidade Móvel.....	71
Apêndice II – Folheto educativo “Saúde para Todos” (versão Portuguesa)	74
Apêndice III- - Folheto educativo ““Health for All” (versão inglesa)	75

Apêndice IV – Folheto educativo acerca da importância da vigilância de saúde (versão inglês)....	76
Apêndice V- Grelha de registo de atividades da Unidade Móvel	77
Apêndice VI- Fluxograma.....	78
Apêndice- VII – Orientações do fluxograma	84
Apêndice VIII – Senhas de Atendimento da Unidade Móvel	95
Apêndice IX – Fotos do Espaço Lúdico da Unidade Móvel	96
Apêndice X - Documento de referência da Unidade Móvel.....	97
Apêndice XI- Plano de sessão de educação realizada no templo	98
Apêndice XII - Sessão de educação para a saúde realizada no templo da Comunidade	99
Apêndice XIII - E-mail enviado para o templo da comunidade sikh	120

QUADROS

Quadro 1 -Priorização dos diagnósticos de enfermagem, de acordo com a grelha de análise	36
Quadro 2 – Objetivos específicos, operacionais, atividades e indicadores de avaliação	38

1- INTRODUÇÃO

Este documento tem como objetivo refletir o trabalho desenvolvido no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem, Área da Especialização Enfermagem Comunitária: Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Na sua construção, pretende-se espelhar a aquisição de conhecimentos que demonstrem o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, mais especificamente as definidas para o EEECS, que estabelece com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (OE, 2010). Neste contexto, foi proposta a realização de um projeto de intervenção comunitária, com recurso a esta metodologia. O estágio decorreu entre 9 de setembro e 19 de dezembro de 2019, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), do agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Loures-Odivelas da ARSLVT.

O projeto de intervenção comunitária, foi desenvolvido no âmbito do projeto “Saúde em Movimento”, um dos projetos da UCC, escolhido pelo interesse em desenvolver competências nesta área e pela necessidade de intervenção, identificada pela equipa de enfermagem da respetiva unidade.

A opção pela realização do estágio numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), prende-se com o facto de ser um local privilegiado na proximidade de pessoas, famílias e grupos vulneráveis em situação de risco e por isso é exigido ao enfermeiro, o desenvolvimento de competências específicas nesta área de especialidade, para que desenvolva a capacidade de cuidar num contexto de elevada complexidade, como é o caso das populações migrantes, que envolvem a necessidade de desenvolver competências culturais.

Segundo Stanhope e Lancaster (2011, p. 149), a diversidade cultural da comunidade, implica que “os enfermeiros necessitam de prestar cuidados culturalmente relevantes” devido a mudanças na demografia dos contextos, com a integração de migrantes na sua carteira de utentes. Os migrantes muitas vezes pelas condições adversas que vivem, estão identificados na literatura, como sendo mais vulneráveis, constituindo um grupo de risco, o qual deve ser alvo de atenção por parte de todos os setores da sociedade.

As migrações são uma das principais características do mundo globalizado. As complexidades dos fluxos migratórios colocam desafios à saúde pública (Góis, 2019).

De acordo, com a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90) de 24 de Agosto, o Estado deve promover e garantir a todos os cidadãos, incluindo os migrantes, o acesso aos cuidados de saúde, bem como a sua equidade, de modo a diminuir os efeitos das desigualdades socioeconómicas e geográficas.

Pelo que foi descrito até então, foi idealizado um projeto de intervenção que tivesse em conta estas premissas e que conseguisse dar resposta a uma população migrante da área de abrangência da UCC, por forma a melhorar a sua acessibilidade aos cuidados de saúde.

O projeto “HEALTH ACCESS MEETING POINT”, é fruto de toda a intervenção comunitária desenvolvida durante o estágio e pretende ser apenas uma mudança no paradigma da prestação de cuidados, em que o cerne das intervenções têm por objetivo ajudar a população migrante a encontrar e aceder aos cuidados de saúde. O recurso à Unidade Móvel, torna este processo facilitador, pois a partir do mesmo irão obter acesso aos cuidados de saúde, através das estratégias implementadas para melhorar as respostas comunitárias à população migrante. A unidade móvel foi assim considerada como sendo o ponto de acesso à saúde.

O objetivo geral, a atingir no âmbito da especialidade em enfermagem comunitária e de saúde pública por nós delineado foi o seguinte:

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, integrando a equipa multidisciplinar de uma UCC, com recurso à Metodologia de Planeamento em Saúde;

Face ao acima exposto, implementou-se um projeto de intervenção comunitária, que teve como objetivo geral contribuir para o aumento da vigilância de saúde da população migrante. Os referenciais teóricos que foram mobilizados neste projeto foram o Planeamento em Saúde e o de Promoção da Saúde de Nola Pender. O foco de intervenção comunitária, foi no âmbito da promoção da saúde da população migrante da área de abrangência da UCC.

O presente relatório de estágio encontra-se estruturado em seis capítulos: enquadramento do local de estágio, enquadramento teórico, modelo teórico que deu suporte ao projeto de intervenção, metodologia do projeto, desenvolvimento de competências de EEECS e Mestre e conclusão.

As referências bibliográficas ao longo do documento foram elaboradas de acordo com a norma da American Psychological Association (APA).

2- ENQUADRAMENTO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do ACES Loures-Odivelas. O método de intervenção da UCC, representa um nível privilegiado de contacto com os indivíduos, famílias e comunidades, permitindo a aproximação dos cuidados de saúde aos locais onde a população vive e trabalha. O eixo de intervenção da UCC, privilegia a promoção e educação para a saúde, prevenção da doença, cuidados de tratamento, reabilitação e paliativos, estando a equipa multidisciplinar a direccionar o seu trabalho para os indivíduos, famílias e comunidades (artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).

À UCC, compete à luz do disposto no artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, “prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”.

A UCC tem por 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. Os cuidados de saúde por ela prestados, devem ser alinhados com o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS), centrando a sua organização numa coordenação efetiva entre os programas em desenvolvimento (artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).

A UCC onde o estágio foi realizado é constituída por uma equipa multidisciplinar: 2 médicos, 7 enfermeiros, 1 psicóloga, 1 assistente social, 1 assistente técnica e 1 fisioterapeuta. Atualmente com 18 projetos de intervenção em curso, na comunidade ao longo de todo o ciclo vital. Todos os enfermeiros pertencem às Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) e são distribuídos pelos restantes projetos da UCC, de acordo com o seu Plano de Ação.

De seguida é feita uma breve descrição do projeto “*Saúde em Movimento*”, no qual foi desenvolvida toda a intervenção comunitária.

2.1– Projeto “Saúde em Movimento” - Enquadramento do projeto de intervenção

Nas últimas décadas, Portugal tem recebido migrantes provenientes de diversos países, com diferentes etnias e culturas. Verifica-se que as minorias étnicas enfrentam vários desafios: isolamento social, barreiras linguísticas, exclusão social, acesso dificultado aos cuidados de saúde, entre outros, sendo mais evidente nos bairros sociais das cidades (Oiko, 2014).

A realidade sociodemográfica e económica da periferia das grandes cidades revela a existência de bolsas de pobreza e exclusão social associados a grupos vulneráveis ou de risco. Torna-se assim, indispensável uma intervenção de proximidade por parte dos serviços de saúde, sendo esta função desenvolvida pelas UCC. Neste sentido, é essencial, a implementação de intervenções comunitárias para dar resposta aos cuidados de saúde destas populações, indo de encontro às suas necessidades.

Em 2018 verificou-se, pelo terceiro ano consecutivo, um acréscimo da população estrangeira residente, com um aumento de 13,9% face a 2017, totalizando 480.300 cidadãos estrangeiros titulares de autorização de residência, valor mais elevado registado pelo SEF (RIFA, 2018). Segundo o mesmo relatório, 5325 são do Bangladesh, 11,393 da Índia, 11.489 do Nepal e 4373 do Paquistão. Através da consulta no SEFSTAT (2018), constatamos que só em Lisboa, residem 213.065 e destes 14.266 residem em Odivelas e 16.605 em Loures (Ribeiro et al, 2018).

Estima-se que durante o ano de 2018, tenham entrado em Portugal, para aqui residir por um período igual ou superior a 1 ano (imigrantes permanentes), 43 170 pessoas (36 639, em 2017), das quais 47% eram do sexo masculino e 53% do sexo feminino (INE, 2018).

Do total de imigrantes permanentes, 20 415 eram de nacionalidade portuguesa (cerca de 47%) e 22 755 de nacionalidade estrangeira. Destes, 8 092 eram nacionais de outro país da União Europeia (UE28) e 14 663 de um país terceiro, verificando-se, assim, um aumento significativo deste último tipo de imigrantes (INE 2018).

Na lista dos cinco países com mais imigrantes em Portugal, o Brasil lidera de forma destacada. Em 2018, moraram em Portugal 105 mil cidadãos do país sul-americano. O Reino Unido aparece em segundo lugar e Itália surge em terceiro. Depois, seguem-se a Índia e o Nepal.

Os imigrantes do subcontinente Indiano, nomeadamente Bangladesh, Índia e Paquistão não são comunidades expressivas em Portugal, contudo é possível observar um aumento destes

migrantes ao longo dos últimos anos, dados que foram consultados no INE (2018) e no RIFA (Ribeiro et al, 2018).

É reconhecido que a crescente imigração em Portugal, tem provocado diversas consequências no Sistema Nacional de Saúde, devido às diferentes características dos grupos de imigrantes (Oliveira e Gomes, 2018). Sabe-se ainda que os imigrantes do subcontinente Indiano estão entre os mais dissemelhantes da população lusitana e as suas características peculiares repercutem-se no seu estado de saúde e também no acesso aos cuidados de saúde (Oiko, 2014).

Os fluxos migratórios são identificados como um desafio de saúde pública. “As migrações são o movimento de pessoas de um local de residência para outro. Enquanto o termo migrações abrange os movimentos populacionais internos de um país - rural para urbano ou de uma localidade para outra numa jurisdição diferente. As migrações internacionais são uma categoria jurídica, política e social distinta, uma vez que as pessoas se movimentam de um Estado- nação no qual são cidadãs com os direitos e proteções por ele conferidos, para outros países onde os direitos e proteções de nacionalidade, de acesso à proteção social e de identidade comum, muitas vezes não se aplicam e onde os paradigmas sociais e culturais podem ser significativamente diferentes “(Gois, 2019, p.12).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010), destaca quatro princípios que a saúde pública deverá promover para alcançar a saúde dos imigrantes e da população das sociedades de acolhimento: devem ser evitadas disparidades entre imigrantes e não imigrantes quanto ao estado de saúde e de acesso aos cuidados de saúde ; deve ser garantido o direito à proteção da saúde dos migrantes, reduzindo a discriminação e as barreiras que possam existir ao acesso dos imigrantes à saúde; deve ser reduzida a mortalidade e morbidade das populações migrantes; devem minimizar-se os impactos negativos do processo migratório, que nomeadamente induzem a uma maior vulnerabilidade e riscos de saúde dos migrantes, independentemente do contexto de acolhimento.

É neste contexto, que o projeto “*Saúde em Movimento*”, faz todo o sentido. Uma vez que, representa uma estratégia, com melhor desempenho na acessibilidade à saúde das populações vulneráveis, através do recurso á unidade móvel. Teve início em 2005, abrangendo 4 bairros da zona geográfica da UCC, que se caracterizam por uma fraca condição socioeconómica, migrantes em situação irregular, maioritariamente oriundos da

Índia, com fraca vigilância de saúde. As atividades da unidade móvel no atendimento à comunidade são: registo do utente, vacinação, consultas de saúde materna, planeamento familiar, saúde infantil, rastreios rápidos VIH/IST, encaminhamento para as unidades de saúde locais, vigilância de saúde, ações de promoção de saúde e prevenção da doença.

A unidade móvel, tem como recursos humanos: 5 enfermeiros (24h/semana), 1 Assistente técnica (2h/semana) e 1 Motorista (14h/semana) e funciona às quarta-feira e sexta-feira das 9h às 16h.

Este projeto visa melhorar o acesso aos cuidados de saúde a populações vulneráveis e de risco e vem de encontro à Lei de bases da Saúde, ao Decreto de lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro e ao Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020.

Segundo a Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, “o sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades”. O Dec. Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro no art.º 11º refere que a “UCC presta cuidados de saúde (...) comunitário especialmente (...) e grupos de maior risco (...) e na implementação de unidades móveis de intervenção”. O PNS Revisão e Extensão a 2020, visa “maximizar os ganhos em saúde através da integração de esforços sustentados em todos os sectores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade, acesso, qualidade e nas políticas saudáveis” (DGS, 2015, p.8). “Os planos locais de saúde devem estar alinhados com as estratégias nacional e regional, contribuindo concertadamente para o cumprimento das metas nacionais, mas devem também traçar estratégias e intervenções específicas e individualizadas, orientadas para os potenciais ganhos em saúde da comunidade que servem, promovendo o objetivo último de melhoria justa do estado de saúde da sua população” (DGS, 2017, p. 4).

Foi no âmbito do referido projeto que foi desenvolvida toda a intervenção comunitária ao longo do estágio, do qual resultou o projeto “*Health Access Meeting Point*”.

3- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para a compreensão da temática do projeto, foi necessário realizar pesquisa bibliográfica, que serviu de suporte científico, fundamentando toda a intervenção comunitária que foi realizada, tendo por base a metodologia do Planeamento em Saúde e como referencial teórico, o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

De seguida vão ser explorados alguns conceitos, relacionados com a problemática em estudo, nomeadamente: saúde- um direito universal, acessibilidade, vulnerabilidade/populações vulneráveis/populações de risco, diversidade cultural, literacia em saúde, vigilância de saúde e vigilância de saúde infantil/juvenil.

3.1- Saúde- um Direito Universal

A Saúde é um” estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade “(OMS, Carta de Ottawa 1986). “A saúde começa em casa, na família, na comunidade e na sociedade” (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014, p.39).

“A saúde é um domínio complexo de elevada incerteza, dependente de fenómenos biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais, que beneficia de grande inovação e rápida evolução do conhecimento e das práticas. Que exige, políticas consistentes e persistentes. É na complexidade deste contexto de recursos finitos e, por isso, de decisões éticas difíceis, que se movem governantes, gestores, profissionais e cidadãos” (DGS, 2015, p. 14), pelo que a responsabilidade da promoção da saúde envolve todos os setores da sociedade (OMS, 2012).

É neste contexto que a estratégia Health 2020 (OMS, 2012), vem mencionada como sendo o “quadro de referência para as políticas europeias de saúde” (DGS, 2015, p. 6). Centrado na melhoria da saúde e bem-estar da população e na redução das desigualdades em saúde, através do reforço da liderança e governação da saúde. No Plano Nacional de Saúde estão definidos 4 eixos estratégicos transversais, que promovem a melhoria da saúde das populações, devendo estar refletidos em todas as intervenções do sistema de saúde, sendo eles: a Cidadania em Saúde, a Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde, Qualidade em Saúde e as Políticas Saudáveis (DGS, 2015).

Em Portugal, o direito à proteção da saúde está consagrado no Artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, onde está descrito:

“1. Todos têm o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. 2. O direito à proteção da saúde é realizado: a) Através de um Serviço Nacional de Saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito. 3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: b) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”.

3.2- Acessibilidade

A prestação de cuidados de saúde, é atualmente um encargo social com custos elevados, que é assegurado pelo SNS. Apesar das garantias constitucionais de equidade na saúde, há assimetrias no acesso aos cuidados de saúde e aos bens que promovem a saúde, como a educação e o rendimento. As desigualdades podem ser minimizadas por meio de políticas de saúde, fundadas na equidade e na responsabilidade social, só assim se torna possível o acesso equitativo e a distribuição dos recursos disponíveis face às necessidades de saúde (Oliveira e Gomes, 2018).

Estas questões, estão fundamentadas no PNS Revisão e Extensão a 2020, onde vem descrito que “o acesso aos cuidados de saúde, significa que são disponibilizados cuidados de qualidade, seguros, necessários e oportunos, no local tecnicamente apropriado, no momento adequado” (DGS, 2015, p. 15) e ainda no facto de que “o PNS pretende contribuir para que o sistema de saúde, bem como outros setores com impacto na saúde, encontrem equilíbrios entre a proximidade de serviços e a gestão racional de recursos limitados (...) e entre uma resposta compreensiva e uma resposta especializada às necessidades da população” (DGS, 2015, p. 15). Deste modo, obter-se-ão mais ganhos em saúde, se houver melhor adequação entre as necessidades de saúde e as respostas dos serviços e se existir melhor relação entre os recursos existentes e os resultados obtidos (DGS, 2015).

O acesso aos cuidados de saúde de qualidade é um fator fundamental para o desenvolvimento económico das sociedades e constitui um dos objetivos dos sistemas de saúde. Como refere (Heathy People, 2010, Healthy People 2000 in Stanhope e Lancaster, 2011, p. 108), “o acesso aos cuidados de saúde é um problema de saúde pública”. A este respeito Stanhope e Lancaster (2011, p. 108), acrescentam que “o estatuto socioeconómico está inversamente relacionado com a mortalidade de quase todas as doenças”.

A Constituição da República Portuguesa, garante o direito à proteção da saúde, contudo, a pobreza, a posição social na comunidade e a cultura de cada um, são determinantes do seu estado de saúde e das suas condições de recurso e de acesso aos cuidados de saúde.

O conceito de “acessibilidade” é complexo e pode ser entendido como o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (Donabedian, 2003).

Segundo Stanhope e Lancaster (2011), as principais razões pelo atraso/dificuldade no acesso aos cuidados de saúde, incluem: a incapacidade de suportar financeiramente os cuidados de saúde, (...), falta de transportes, barreiras físicas, problemas de comunicação, necessidades de cuidados às crianças, falta de tempo ou de informação, recusa de serviços pelos prestadores de cuidados, longos tempos de espera nos atendimentos e a necessidade de percorrer longas distâncias. As características da comunidade também contribuem para a capacidade de o indivíduo aceder aos cuidados de saúde (Stanhope e Lancaster, 2011).

Desta forma, há que capacitar os cidadãos, possibilitando às pessoas uma escolha informada e a aceitação de responsabilidade pela própria saúde, tornando-se a educação para a saúde, um instrumento fundamental, de forma a garantir a igualdade na saúde e impedir a discriminação no acesso aos cuidados de saúde das populações vulneráveis.

3.3- Vulnerabilidade/ Populações vulneráveis/População de risco

A vulnerabilidade” pode ser amplamente definida como a incapacidade de proteger os próprios interesses” (CIOMS, 2002).

Populações vulneráveis podem ser definidas, como aquelas em maior risco de mau estado de saúde e défice de acessibilidade aos cuidados de saúde (Shi and Stevens, 2005). “Em cuidados de saúde, risco, é um termo da epidemiologia, que significa que certas pessoas têm maior probabilidade de contrair doenças, do que outras. No entanto nem todos os indivíduos em risco, desenvolvem problemas de saúde” (Stanhope e Lancaster, 2011, p. 748). “Um grupo populacional vulnerável é um subgrupo da população que tem maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde como resultado dessa exposição ao risco, ou ter piores resultados desses problemas de saúde do que o resto da população” (Stanhope e Lancaster, 2011, p. 748).

As populações vulneráveis, caracterizam-se por fragilidade socioeconómica, cultural e ambiental que as pessoas enfrentam. Comunidades vulneráveis vivenciam influências ambientais, económicas, políticas e culturais, as quais enfraquecem as relações, as

interações e as associações individuais, familiares e sociais, colocando em causa os seus determinantes de saúde (Dalcin et al, 2016).

Alguns exemplos de populações vulneráveis com que os enfermeiros lidam diariamente, são pessoas pobres, sem-abrigo, indivíduos migrantes, adolescentes grávidas, indivíduos com doença mental grave, pessoas que abusam de substâncias, indivíduos que sofrem maus-tratos e vítimas de violência, pessoas com ou em risco de doenças transmissíveis (Stanhope e Lancaster, 2011).

A vulnerabilidade é multidimensional e são vários os fatores que contribuem para a vulnerabilidade. As condições sociais, condições instáveis, como pobreza e obstáculos não financeiros à acessibilidade aos cuidados de saúde, podem influenciar a eliminação das disparidades (Shi and Stevens, 2005). “As intervenções de enfermagem centram-se na ajuda a populações vulneráveis para adquirirem os recursos necessários para uma melhor saúde e para a redução dos fatores de risco. As intervenções mais adequadas são a identificação de casos, a educação para a saúde, criação de políticas para melhorar a saúde e disponibilizar apoio para as populações vulneráveis” (Stanhope e Lancaster, 20011, p. 754).

Uma das estratégias que é frequentemente utilizada e que está descrita na literatura é a utilização de unidades móveis de intervenção, ou como referem Stanhope e Lancaster (2011, p. 751), “*clínicas de outreach móveis*” para prestar uma variedade de serviços de promoção da saúde, prevenção de doenças, gestão da doença em campos de migrantes, escolas, comunidades locais. Com a prestação de serviços abrangentes, personalizados e adaptados à população em causa, á medida das necessidades. Estas unidades de saúde móveis, visam aumentar o acesso aos serviços de saúde e aos serviços sociais por parte das populações vulneráveis com capacidade financeira limitada para pagar os cuidados de saúde (Stanhope e Lancaster, 2011).

Os resultados da vulnerabilidade podem ser negativos, como um estado de saúde inferior ao da restante população, ou positivos, com intervenções de enfermagem eficazes, centradas na família e na comunidade e culturalmente competentes. Estas levam à melhoria do estado de saúde das populações vulneráveis e fornecem a estes grupos as ferramentas e recursos necessários para que possam promover a sua própria saúde (Stanhope e Lancaster, 2011).

“As populações vulneráveis têm resultados de saúde piores do que as populações com mais vantagens, em termos de morbidade e de mortalidade. Isto significa que sofrem de disparidades de saúde. As disparidades de saúde ocorrem nas áreas da acessibilidade, qualidade, adequação cultural e linguística dos cuidados e dos resultados de saúde” (Stanhope e Lancaster, 2011, p. 758). Isto vem ao encontro com o estudo de Figueiredo et al (2017), em que a exclusão social e a pobreza foram consideradas determinantes sociais que condicionam o acesso a cuidados de saúde, o que igualmente acentua a desigualdade. Acrescentam que muitas pessoas excluídas socialmente,

referem descontentamento quando acedem aos serviços de saúde, pois sentem que os serviços têm dificuldades em percebê-los, em aceitá-los e em dar resposta às suas necessidades em saúde, pela questão da sua vulnerabilidade.

Conclui-se assim, que as intervenções de enfermagem, devem então identificar estratégias com o objetivo de aumentar os recursos ou de reduzir os riscos de saúde, de modo a reduzir as disparidades de saúde (Stanhope e Lancaster, 2011).

3.4- Diversidade Cultural

Com o aumento dos fluxos migratórios, as comunidades estão cada vez mais diversificadas culturalmente, pelo que se colocam desafios à saúde pública, nomeadamente aos enfermeiros, tornando-se um requisito em que os enfermeiros “necessitam de prestar cuidados culturalmente relevantes” (Stanhope e Lancaster, 2011, p.149). “Os enfermeiros precisam de ser culturalmente competentes para prestar cuidados de enfermagem que vão ao encontro às necessidades das pessoas” (Stanhope e Lancaster, 2011, p. 153).

Esta diversidade cultural e étnica no seio das comunidades atualmente, tem um impacto muito grande na saúde destas populações, pois estes estão identificados na literatura como sendo os mais vulneráveis, tendo uma menor acessibilidade aos cuidados de saúde e recebendo cuidados menos qualificados que outros grupo (Dowwell, Rozell, Roth et al, 2004; Smedley, Smith and Nelson,2003; The National Healthcare Disparities Report, 2004 in Stanhope e Lancaster, 2011).

Além dos constrangimentos financeiros, quanto à prestação de cuidados de saúde aos migrantes, outras questões têm de ser consideradas, nomeadamente, as barreiras linguísticas, diferenças sociais, religiosas, culturais entre os migrantes e os prestadores de cuidados, défice de conhecimentos dos prestadores de cuidados sobre as doenças de alto risco em grupos específicos de migrantes que cuidam.

Muitos enfermeiros quando trabalham com populações migrantes, têm de ter em conta os seus próprios contextos, crenças e saberes, que podem ser diferentes dos das pessoas de quem prestam cuidados. A barreira linguística pode interferir na tentativa de dar assistência. Os membros da comunidade podem ser um ótimo recurso como intérpretes, não só da linguagem, mas também para as crenças culturais, expectativas e uso de práticas de saúde não tradicionais (Stanhope e Lancaster, 2011, p. 151).

Os membros da família podem ajudar os prestadores de cuidados de saúde, explicando a sua cultura, religião, crenças, práticas, sistemas de apoio e fatores de risco. Também podem ajudar na tomada de decisão e prestar apoio para permitir ao indivíduo ou grupo que procura cuidados, mudar comportamentos, de modo a tornar-se mais consciente acerca da sua saúde.

Os enfermeiros precisam de saber o papel da família na população migrante e a cuidar dos indivíduos no contexto da família de origem. Similarmente o papel da comunidade no cuidado aos migrantes é importante. As comunidades podem ajudar os clientes (e assim fornecer) com informação, esclarecimento, intervenção na crise, apoio emocional e outras formas de suporte e habitação.

Os enfermeiros precisam de saber apreciar cuidadosamente a comunidade e aprender quais as forças, recursos e capacidades disponíveis. Como foi referido, as crenças religiosas e culturais influenciam os comportamentos, e os grupos da comunidade podem explicar ao enfermeiro o seu valor e significado (Stanhope e Lancaster, 2011).

O recurso a intérpretes é essencial nos ensinos, especialmente quando estamos perante uma cultura diferente, pois é necessária uma comunicação efetiva com as pessoas e as famílias. Quando os enfermeiros não falam ou não compreendem o idioma dos clientes, devem recorrer ao auxílio de um intérprete. Os intérpretes devem ser criteriosamente selecionados, porque têm de compreender a informação e saber transmiti-la na língua materna dos migrantes (Stanhope e Lancaster, 2011).

Os enfermeiros devem fornecer informações escritas no idioma principal do utente, para que a informação fique reforçada e possa ser também alargada aos restantes membros da família (Stanhope e Lancaster, 2011).

Os enfermeiros nas suas ações de promoção da saúde, devem capacitar os utentes, contribuindo assim, a sua literacia em saúde.

3.5- Literacia em Saúde

O cidadão entendido como central no sistema de saúde é um agente participante e de mudança (DGS, 2015). Pelo que deve ser capacitado para assumir responsabilidade de lutar pela saúde individual e pela saúde coletiva. Para exercer esta função, o cidadão tem de estar informado, tem de interiorizar esta informação, traduzi-la na alteração dos seus comportamentos menos saudáveis e na gestão da sua doença (DGS, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (1998), definiu literacia em saúde, como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso, compreenderem e usarem informação de forma que promovam e mantenham uma boa saúde. É apresentada como a capacidade para tomar decisões fundamentadas em saúde, no decurso da vida do dia-a-dia, qualquer que seja o contexto em que se encontrem, na utilização do sistema de saúde, na comunidade e no contexto político, possibilitando o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a educação para a saúde, é considerada como qualquer combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo, ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através da melhoria da sua literacia em saúde, aumento de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades ou influenciando as suas atitudes. Por sua vez a promoção da saúde, diz respeito ao processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar (WHO, 1998).

“A educação para a saúde é essencial em enfermagem. A promoção, manutenção e restabelecimento da saúde exigem que os clientes de saúde comunitária recebam informação compreensível relacionada com a saúde. Os clientes de saúde comunitária, englobam os indivíduos, as famílias, as comunidades e as populações” (American Nurses Association, 2001, p 5).

Os enfermeiros podem educar os clientes através de três níveis de prevenção: primário, secundário e terciário. A informação que os enfermeiros proporcionam, capacitam os clientes a atingir níveis ótimos de saúde, prevenir problemas de saúde, identificar e tratar precocemente problemas de saúde e minimizar a incapacidade. A formação permite aos indivíduos tomar decisões relacionadas com a saúde de forma fundamentada, assumir pessoalmente a responsabilidade pela sua saúde e lidar efetivamente com as alterações na sua saúde e estilo de vida (Stanhope e Lancaster, 2011).

Nas comunidades, há muitas vezes a necessidade de estabelecer parcerias comunitárias, com o intuito de atingir alguns objetivos, no âmbito da educação para a saúde. Os enfermeiros que trabalham na área comunitária, detêm este conhecimento da importância das parcerias no seu plano de ação, pois só assim conseguem promover estratégias no âmbito da promoção da saúde com eficácia (Stanhope e Lancaster, 2011).

“A literacia na saúde é uma medida da capacidade dos clientes para ler, compreender e agir conforme as instruções médicas. É comum existir uma má literacia na saúde, entre minorias raciais e étnicas, idosos, doentes com condições crónicas (...)” (Stanhope e Lancaster, 2011, p. 756).

Existe forte evidência de que a Literacia em Saúde, contribui não só para promoção da saúde e prevenção da doença, como também para a eficácia e eficiência dos serviços de saúde, sendo assim, uma ferramenta essencial para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde. Em suma, a Literacia em Saúde é uma das principais prioridades da Direção-Geral da Saúde “(DGS,2019).

A saúde é um recurso para as pessoas e para a sociedade e é uma responsabilidade partilhada entre todos, pelo que é de extrema importância unir esforços e potenciar, em todas as oportunidades, a promoção da Literacia em Saúde, de forma a capacitar e ativar a população contribuindo para a saúde, para o bem-estar e para a redução de desigualdades em saúde compartilhada, dependendo da estreita articulação entre todos os parceiros dos setores público, social e privado (DGS, 2019).

“O aumento da Literacia em Saúde deve, pois, constituir-se como um desafio e uma prioridade na sociedade atual, sendo, para tal, necessária uma abordagem integrada, envolvendo vários atores: população, profissionais de saúde e decisores políticos” (DGS, 2019, p.11). Aos Enfermeiros compete entre outras funções, a promoção de saúde e a educação para a saúde, no âmbito das suas ações de vigilância de saúde à população, contribuindo assim para o aumento da Literacia em Saúde da mesma.

3.6- Vigilância de Saúde

O conceito de vigilância de saúde surgiu como um instrumento de saúde pública no final do século XIX, com o desenvolvimento da microbiologia e da transmissão das doenças infecciosas. Ao longo dos anos o conceito foi sofrendo alterações (Morraes e Arreaza, 2010).

A vigilância como uma ferramenta de priorização das ações em saúde, permite assim monitorizar o estado de saúde da população em relação às doenças que foram e são objeto de prevenção e controle. “A vigilância em saúde é a coleta, análise e interpretação sistemática de dados em saúde, para o planeamento, implementação e avaliação das atividades em saúde pública. Os dados obtidos pela vigilância devem ser disseminados, permitindo a implementação de ações efetivas para a prevenção da doença” (Bonita, Beaglehole e Kjellstrom, 2010, p. 127).

Stanhope e Lancaster (2011, p.273), definem vigilância, como um processo de “recolha, análise e interpretação sistemática de dados relacionados com a ocorrência de doença e o estado de saúde de uma determinada população”. É uma função muito importante dos enfermeiros que exercem a sua atividade profissional na área comunitária, pois a vigilância proporciona um meio para os enfermeiros observarem as tendências de doenças, para que se possa reduzir a mortalidade e morbilidade e melhorar a saúde da população. Embora a vigilância tenha sido usada para monitorizar e reduzir a propagação de doenças infecciosas, é agora utilizada para monitorizar e reduzir doenças crónicas, lesões e exposições ambientais e ocupacionais, assim como comportamentos de saúde (Ching, 2002).

3.7- Vigilância de Saúde Infantil/juvenil

A importância da vigilância da saúde infantil/juvenil, deriva do facto das crianças, segundo a Carta dos Direitos da Criança da Unicef (1989), serem consideradas “todo o ser humano menor de 18 anos”, constituindo um grupo prioritário que justificam o maior empenho e disponibilidade por parte dos profissionais em especial, por parte dos enfermeiros, tendo em vista o reforço das ações de vigilância de saúde infantil para responder à complexidade dos atuais problemas em saúde infantil (DGS, 2013).

Segundo a DGS (2013), é de particular importância desenvolver os meios que possibilitam a visita domiciliária, enquanto elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde em particular (...) nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como risco. A aplicação deste programa pode representar, no contexto da crise global, que se atravessa, um instrumento de apoio à saúde integral infantil e juvenil, que concorra para a igualdade de oportunidade de desenvolvimento para todas as crianças e jovens, independentemente dos contextos socioeconómicos das famílias e comunidades. A unidade móvel é uma das estratégias de acessibilidade aos cuidados de saúde a populações

vulneráveis e de risco acrescido, permitindo a vigilância de saúde infantil e juvenil destas populações, traduzindo-se em ganhos de saúde.

Na vigilância de saúde infantil e juvenil são “efetuadas intervenções que visam a concretização de um conjunto vasto de objetivos, tendo em vista a obtenção contínua de ganhos em saúde” (DGS, 2013, p.9).

A avaliação, é uma das atividades que integram um conjunto de cuidados promotores do desenvolvimento infantil e da saúde, no âmbito das consultas de vigilância de saúde infantil ao nível dos cuidados de saúde primários. A sua importância, justifica-se, por proporcionar uma base objetiva de informação sobre a criança, que serve de orientação na identificação dos cuidados adequados à estimulação do máximo potencial do desenvolvimento da criança. Por outro lado, é a forma mais eficaz de detetar precocemente alterações no desenvolvimento e assim poder intervir o mais precocemente possível, quer nas funções afetadas quer nos fatores de risco, aumentando as probabilidades de sucesso dessas mesmas intervenções (DGS, 2013).

O enfermeiro pela sua posição privilegiada de proximidade, de forma individual ou no contexto de uma equipa multidisciplinar, é o profissional que tem poder em todo este processo de acompanhamento do desenvolvimento infantil/juvenil. Este acompanhamento junto da comunidade, torna-se fundamental em populações vulneráveis e de risco

O crescimento e desenvolvimento é avaliada, através do acompanhamento das crianças/jovens em idades chave para o diagnóstico precoce de situações de risco, problemas de saúde e para a promoção da saúde. São aspetos prioritários, a deteção e o apoio às crianças que apresentam necessidades especiais, em situações de risco ou populações vulneráveis, a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, assim como o reconhecimento e a capacitação dos pais e outros adultos de referência, enquanto primeiros prestadores de cuidados.

A vigilância de saúde como estratégia de acompanhamento de uma criança deverá ser entendida como um investimento em saúde e ainda como potenciais ganhos em saúde que são os que “decorrem da capacidade de intervir sobre causas evitáveis, controláveis ou rapidamente resolúveis” (DGS, 2013, p.2).

4- REFERENCIAL TEÓRICO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA PENDER

A Enfermagem Comunitária, constitui uma área por excelência para a prestação de cuidados de Promoção da Saúde quer à pessoa, à família e/ou comunidade (Stanhope e Lancaster, 2011). Esta premissa representa o cerne das intervenções dos enfermeiros na sua prática diária promovendo a saúde dos seus clientes.

Neste contexto, o projeto desenvolvido neste estágio, foi revestido pelo referencial teórico de Promoção de Saúde de Nola Pender, que é o que mais se enquadra no âmbito da intervenção comunitária em causa, para intervir na promoção de saúde dos migrantes. Desta forma, possibilitou compreender a complexidade dos comportamentos de saúde, delineando estratégias de intervenção com vista aos migrantes acederem aos cuidados de saúde, promovendo assim a sua vigilância de saúde e capacitando-os na procura dos mesmos.

O Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Pender, foi desenvolvido nos Estados Unidos da América. Nola Pender definiu, o objetivo dos cuidados, como a saúde ótima dos indivíduos. Usa como alicerces uma perspetiva de enfermagem holística, a psicologia social e a teoria de aprendizagem social de Albert Bandura, que refletem a importância dos processos cognitivos na alteração comportamental. O Modelo de Promoção da Saúde inclui os comportamentos para melhorar a saúde e aplica-se ao longo do ciclo vital (Allgood M. e Tomey A. 2002).

O Modelo de Promoção de Saúde é fundamentalmente, um modelo de enfermagem, podendo ser usado para implementar e reavaliar ações de promoção de saúde, permitindo avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter – relação de três pontos principais: as características e experiências individuais; os sentimentos sobre o que se quer alcançar e o comportamento de promoção de saúde desejável (Tommeey e Allygood, 2004).

Na perspetiva de Nola Pender, o indivíduo é o centro do modelo, na medida em que as suas características e experiências individuais estão relacionadas com a capacidade de gerirem e adotarem um estilo de vida saudável, promotor de saúde, que contribua para a prevenção de comportamentos de risco.

A grande finalidade do referido modelo é o comportamento de promoção da saúde, que é definido, como sendo um fim ou resultado de ação orientados, no sentido da obtenção de

resultados de saúde positivos tais como o bem-estar ótimo, realização pessoal e existência produtiva (Tommey e Allygood, 2004).

Este modelo apresenta quatro conceitos fundamentais: saúde, ambiente, pessoa e enfermagem (Pender et al, 2010).

O termo saúde, é entendido sobre os aspetos individual, familiar e comunitário, dando ênfase na melhoria do bem-estar, no desenvolvimento de capacidades, não como ausência de doenças. O termo saúde, deve ser estudado durante todo o processo de desenvolvimento do ser humano, tendo em consideração, a idade, raça e cultura, numa perspetiva holística.

O ambiente é o resultado das relações entre o indivíduo e o seu acesso a recursos de saúde, sociais e económicos, considerando que esta relação proporciona um ambiente saudável.

O conceito de pessoa é definido como aquele capaz de tomar decisões, resolver problemas, ou seja, o foco reside na sua capacidade de mudar comportamentos de saúde.

A enfermagem, está relacionada com as estratégias e intervenções que o enfermeiro deve aplicar para o comportamento de promoção da saúde, sendo um dos principais papéis o estímulo ao autocuidado.

Para realizar ações de educação para a saúde, é indispensável que os enfermeiros conheçam os grupos a quem se dirigem, no sentido de adequar as estratégias de abordagem, conscientes das limitações que advêm do fato de intervir no campo dos comportamentos, dos valores e das crenças

A Educação para a saúde dirigida a grupos na comunidade é uma abordagem fundamental, na medida em as intervenções desenvolvidas pelo EEECSPP se tornem num meio eficaz e poderoso para desencadear comportamentos saudáveis e alterações do estilo de vida, no sentido de melhorar a saúde e o bem-estar, tendo em vista o alcance do melhor nível de saúde de toda a comunidade (OE, 2011). No projeto implementado, a educação para a saúde, permitiu que os migrantes fossem capacitados para a tomada de decisões que conduzissem a comportamentos promotores de saúde.

De seguida, vai ser descrita a metodologia do projeto de intervenção comunitária implementado, com recurso à metodologia do Planeamento em Saúde.

5 – METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

Segundo Imperatori e Giraldes (1993, p.6), o Planeamento em Saúde define-se como “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes de vários sectores socioeconómicos”, devendo ser encarado como um processo contínuo e dinâmico, sendo possível haver retrocessos e fazer reajustes nas fases que se pensavam concluídas.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública no desenvolvimento das suas competências avalia o estado de saúde de uma comunidade com base na metodologia do planeamento em saúde (OE, 2011).

“O planeamento em saúde procura mudanças no comportamento das populações a nível, por exemplo, dos seus hábitos de saúde ou na utilização dos serviços, que fazem considerá-lo um processo de mudança social induzida” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 7), que foi o que se pretendeu com o projeto desenvolvido.

Assim a metodologia utilizada no desenvolvimento do Projeto foi constituída pelas etapas: diagnóstico da situação, fixação de objetivos, seleção de estratégias, operacionalização do projeto e avaliação, enquanto processo contínuo e dinâmico (Imperatori e Giraldes, 1993).

5.1- Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação é o primeiro passo do planeamento em saúde e deverá corresponder às necessidades de saúde das populações. A concordância entre o diagnóstico e necessidades, determinará a pertinência do plano, programa ou atividades (Imperatori, 1993). A definição dos problemas de saúde, influenciam a definição de prioridades. Nesta fase é importante analisar a situação, a definição de necessidades, os recursos necessários, a fixação de objetivos, a organização das atividades e estratégias e por último a avaliação dos resultados/impacto das intervenções.

O Projeto desenvolvido no estágio surgiu durante as reuniões formais realizadas com a equipa de enfermagem da UCC, com o intuito do levantamento das necessidades de saúde da comunidade identificadas/sentidas. Uma das problemáticas que foi levantada, diz respeito à vigilância de saúde da comunidade migrante da área de abrangência da UCC. Uma vez que é evidente, o elevado número de atendimentos na Unidade Móvel a esta

população, que procura aceder aos cuidados de saúde através deste recurso, verificando-se, contudo, que não existe uma continuidade da vigilância de saúde desta população em contactos posteriores.

Esta informação foi validada, através da análise dos registos informáticos na plataforma “Sclinico”, na qual foi possível constatar a ausência de registos clínicos, à exceção dos registos da unidade móvel. Esta informação fundamenta, a pertinência da intervenção comunitária, no âmbito do projeto que foi desenvolvido contribuindo para a promoção de saúde da comunidade migrante.

Os dados que a seguir serão descritos, dizem respeito a uma amostra de 176 elementos e foram resultado da pesquisa efetuada na plataforma “Sclinico” para obtenção de informação de vigilância de saúde da população em causa.

A recolha de dados na Plataforma, foi realizada com base nos registos da Unidade Móvel nos meses de janeiro a junho de 2019, e teve por finalidade verificar se os utentes atendidos na Unidade Móvel neste período, recorreram a consultas de vigilância de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários, anterior ou posteriormente ao atendimento na unidade móvel. O critério utilizado foi a existência de registos de vigilância de saúde anteriores e/ou posteriores ao atendimento na Unidade Móvel. Da análise dos dados cujos gráficos se encontram no Apêndice 1, conclui-se que:

- ✓ A partir da análise do gráfico 1, constatamos que apenas 19% dos utentes apresentam vigilância de saúde, e que os restantes 81% não apresenta registos clínicos de vigilância de saúde;
- ✓ Pela análise do gráfico 2, constatamos que dos 19% de utentes com vigilância de saúde, 82% pertencem à UCSP Urmeira e 18% à UCSP Póvoa de Santo Adrião;
- ✓ Pela análise do gráfico 3, é possível constatar que da referida amostra, dos que não têm vigilância de saúde, 56% pertencem à UCSP Urmeira, 26 % da UCSP Odivelas A, 3% da UCSP Olaio e 15% á UCSP Póvoa de Santo Adrião;
- ✓ Pela análise do gráfico 4, podemos observar que na Unidade da UCSP Urmeira apenas existem 15 mulheres e 12 homens com vigilância de saúde e na UCSP Póvoa de Santo Adrião, 3 homens e 3 mulheres com vigilância de saúde;
- ✓ Os utentes que recorreram à unidade móvel e que pertencem à UCSP Odivelas A e UCSP Olaio, não têm vigilância de saúde nas respetivas unidades de saúde.

Em suma, verifica-se que a grande maioria dos utentes que recorrem à Unidade Móvel, enquanto recurso de saúde, não recorre à Unidade de Saúde correspondente, apesar de ser fornecida essa orientação no atendimento na Unidade Móvel. Esta situação perpetua-se e agrava-se pelos atendimentos frequentes aos mesmos utentes, o que levou a refletir acerca de estratégias que poderiam ser desenvolvidas para melhorar esta situação. Isto na medida em que, a Unidade Móvel, pretende ser um recurso de acesso aos cuidados de saúde, criando uma proximidade dos cuidados à população mais vulnerável, melhorando a acessibilidade, não pretendendo, contudo, substituir o papel das Unidades de Saúde.

Também durante o percurso, acompanhando a enfermeira orientadora no estágio, constatou-se, com uma abordagem pouco estruturada e uniformizada no atendimento à população migrante. Isto conduz a tempos prolongados de atendimento e a uma vigilância de saúde precária, uma vez que os atendimentos são direcionados para a questão da vacinação maioritariamente, não havendo uma continuidade da vigilância de saúde desta população.

Outro fator de constrangimento no atendimento a esta população está relacionado com a questão burocrática, que muitas vezes dificulta e torna o mesmo um processo moroso, devido às situações irregulares em que esta população muitas vezes se encontra.

No atendimento na Unidade Móvel, é feito o acolhimento da pessoa/família, é feita a avaliação de toda a documentação que apresenta, para se dar início à avaliação de enfermagem, planeamento das intervenções e sua implementação. Proceder-se ao registo de enfermagem na base de dados da unidade móvel. Posteriormente é feita a inscrição da pessoa no Serviço Nacional de Saúde. A partir desta inscrição, o utente em causa pode aceder aos cuidados de saúde, na unidade local de saúde, à qual pertence. Contudo, estes cidadãos nem sempre recorrem aos cuidados de saúde, por falta de conhecimentos, barreiras linguísticas, falhas na comunicação, questões culturais, falta de informação, falhas nos atendimentos nas unidades locais, falta de recursos humanos nas unidades de saúde, entre outros fatores constatados nos atendimentos e que são manifestados pelos utentes, o que leva a que não haja continuidade da vigilância da sua saúde.

Estes foram os obstáculos, que se pretenderam ultrapassar e que motivaram a procura de uma solução, em conjunto com os enfermeiros da UCC, procurando implementar estratégias de atendimento, face aos recursos disponíveis, permitindo encaminhá-los para a continuidade de cuidados na vigilância da sua saúde, fomentando assim a promoção da sua

saúde. Foi assim identificado o seguinte problema no âmbito da comunidade na Unidade Móvel:

- Necessidade de melhoria das respostas de intervenção comunitária ao nível dos cuidados de enfermagem à população migrante e da promoção da sua saúde.

Neste sentido, compreender as motivações para este facto torna-se crucial, para refletir nas estratégias a implementar, para melhorar as respostas de intervenção comunitária a esta população, promovendo a sua vigilância de saúde.

A capacitação dos membros da população migrante, é essencial para que estes indivíduos se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende (PNS Revisão e Extensão a 2020). Só assim, conseguir-se-á uma vigilância de saúde de toda a população migrante, caso estes estejam devidamente informados, sensibilizados e instruídos sobre o acesso aos cuidados de saúde e a sua importância.

Realça-se a importância de dar ênfase na intervenção na área de vigilância de saúde neonatal e infantil/juvenil, pois são áreas prioritárias e que no contexto em causa estão muitas vezes comprometidas, pois estamos perante populações vulneráveis e de risco, quer pela sua natureza, quer pela desigualdade no acesso aos cuidados de saúde (DGS, 2012). A vigilância de saúde das mulheres durante a gravidez, com acompanhamento neonatal e das crianças desde o seu nascimento até à adolescência, são fatores determinantes para a saúde desta população e foram alvo de intervenção no projeto em causa.

Até porque os indicadores de mortalidade infantil em Portugal são dos melhores a nível mundial, contudo há desigualdades em saúde quando considerados em diferentes grupos sociais e são vários os fatores determinantes para que tal aconteça, nomeadamente fatores: culturais, políticos, socioeconómicos, género, recursos comunitários, ambiente físico, dimensões individuais de cariz genético e comportamental, o acesso aos serviços de saúde e a cuidados de qualidade (DGS,2012).

Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2010, p. 13) “o nível socioeconómico dos cidadãos é um determinante do estado de saúde dos indivíduos e comunidades”, neste sentido, a enfermagem de Saúde Comunitária, depara-se frequentemente com importantes desafios, decorrentes do ambiente de crise económica atual, que afeta particularmente os mais vulneráveis e que origina a diminuição de acesso a cuidados de saúde.

5.2 – População alvo

A descrição da população, é um elemento fundamental para o diagnóstico de situação (Imperatori e Giraldes, 1993).

Segundo Fortin (2009, p.70) a população-alvo “é um grupo de pessoas ou de elementos que têm características em comum. Como raramente é possível estudar a totalidade da população alvo, utiliza-se a população que está acessível, isto é, que está limitada a um lugar, uma região, uma cidade, uma escola, um centro hospitalar”.

A população acessível, deve ser representativa da população alvo e é constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador (Fortin, 2009).

Para a caracterização da população alvo consultou-se a base de dados da unidade móvel, dos registos de enfermagem de janeiro de 2019 a junho 2019. Identificou-se o tipo de população que recorre à unidade móvel, de acordo com: a origem, o sexo, a faixa etária e os cuidados de saúde que mais procuram.

Deste modo, após análise dos registos, constatou-se que a população que mais recorre à unidade móvel, são migrantes, de origem maioritariamente indiana, na faixa etária dos 19 a 44 anos, de ambos os sexos, acompanhadas pelos seus filhos (gráfico 5 do Apêndice I).

Recorrem maioritariamente para inscrição no serviço nacional de saúde e para atualização do boletim de vacinas. Caracterizam-se por apresentar vigilância de saúde muito fraca ou inexistente.

A pertinência da escolha da população alvo está relacionada com o facto de ser uma população vulnerável e de risco, estando em situação de desigualdade de acesso aos cuidados de saúde.

Deste modo, a população sobre a qual incidiu a intervenção foram os migrantes, maioritariamente de origem indiana, adultos (19-65 anos) e as crianças/jovens (0-18 anos), que recorreram à unidade móvel no período compreendido entre 9 de setembro e 19 de dezembro 2019.

Os adultos porque são as pessoas com responsabilidade pela sua saúde e a das suas crianças e necessitam de orientação para a promoção da sua saúde e das suas crianças. É neste grupo que a educação para a saúde faz todo o sentido, para lhes conferir autonomia para o seu autocuidado. As crianças/jovens, porque necessitam de uma vigilância de saúde rigorosa e que estão comprometidas no contexto em causa, pelo que de encontro com o

objetivo do projeto, são as mais carenciadas, necessitam de acompanhamento e têm de ser encaminhadas para a continuidade da sua vigilância de saúde. O que justifica a intervenção deste projeto nas crianças como foco de intervenção e aos seus pais e prestadores de cuidados, como agentes de prevenção para obter ganhos em saúde.

De salientar, que no projeto em causa, os Enfermeiros do Projeto “*Saúde em Movimento*”, também foram alvo de intervenção, pois só através da melhoria das respostas comunitárias que este grupo de profissionais ofereceu, poderia haver melhorias na sua intervenção, uniformização da Consulta de enfermagem e otimização dos seus procedimentos/recursos, obtendo-se assim melhorias ao nível de saúde da população alvo.

Deste modo, tendo a população alvo definida, foram definidos os diagnósticos de enfermagem, para dar continuidade ao processo de planeamento.

5.3 – Diagnóstico de Enfermagem

Com base nos problemas identificados, e tendo em conta o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, os diagnósticos devem colaborar para adoção de comportamentos promotores de saúde. Deste modo, foram elaborados os diagnósticos de enfermagem, através da utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 2015, que se apresentam de seguida.

D1 - Comportamento de procura de saúde baixo, relacionado com défice de formação acerca da sua importância e manifestado por ausência de registos clínicos de vigilância de saúde;

D2 - Acesso (status) comprometido, relacionado com défice de informação acerca do mesmo aos cuidados de saúde, manifestado por recurso à Unidade Móvel em substituição às Unidades de Saúde;

D3 - Continuidade de cuidados comprometida, relacionada com défice de conhecimentos acerca da importância da vigilância de saúde e manifestada por ausência de registos clínicos de vigilância de saúde;

D4 - Comunicação comprometida entre profissionais de saúde e utentes, relacionada com dificuldades na compreensão da linguagem nos atendimentos nas Unidades de Saúde, manifestada por recurso à Unidade Móvel enquanto recurso de saúde;

D5 - Capacidade de resposta dos Enfermeiros da Unidade Móvel comprometida, relacionada com respostas comunitárias insuficientes e manifestada por ausência de vigilância de saúde da população;

D6 - Falta de conhecimentos acerca da importância da vigilância de saúde, relacionado com défice de formação dos utentes e manifestado por ausência de registos de vigilância de saúde;

D7 - Falta de conhecimentos acerca do acesso aos cuidados de saúde, relacionado com dificuldades de acesso e manifestado por recurso à unidade móvel enquanto recurso de saúde, em substituição às Unidades de Saúde;

D8 - Conhecimento sobre a saúde baixo relacionada com falta de formação e manifestado por ausência de procura de cuidados de saúde.

Deste modo, identificados os diagnósticos de enfermagem, deve proceder-se á priorização dos mesmos, para dar continuidade ao processo de planeamento em saúde, que é a fase seguinte, pelo que passaremos a essa etapa.

5.4 – Definição de prioridades

A definição de prioridades é a segunda fase do planeamento em saúde, na qual é feita a hierarquização dos problemas de saúde. A comparação dos problemas é realizada, pela sua natureza e pelo seu grau de abstração (Imperatori e Giraldes, 1993). A priorização dos problemas, pressupõe desenvolver as estratégias para resolução, dos mesmos, de acordo com a sua prioridade.

Para tal, é necessário recorrer a critérios de seleção e é partir desta que resultam a lista final de prioridades. Uma das técnicas para determinar as prioridades, pode ser a grelha de análise, partindo dos seguintes critérios (Tavares, 1990):

- (1) Importância do problema;
- (2) Relação entre o problema e o(s) fator (es)de risco;
- (3) Capacidade técnica de resolver o problema;
- (4) Exequibilidade do projeto.

Utilizando a grelha de análise (Anexo I), atribui-se sucessivamente uma classificação mais (+) ou menos (-) de forma sequencial, aos critérios acima enunciados. No final obteve-se o resultado a partir dos valores já inscritos na própria grelha, correspondendo o valor 1 á prioridade máxima. Deste modo, foi aplicada a referida grelha com a presença de informadores-chave (Enfermeiros do projeto “*Saúde em Movimento*”), para fundamentar a priorização dos diagnósticos de enfermagem, passíveis de intervenção.

Em relação à Importância do problema, a prioridade foi determinada de acordo com a sua importância para os membros da equipa de enfermagem, tendo em conta o contexto de intervenção. Para avaliar a Relação problema/fator de risco, para cada um dos problemas foi tido em conta a relação existente entre o problema identificado e o fator de risco para a população migrante, sendo considerado prioritário o que mais repercussões produzia para a saúde da população. No que diz respeito, ao critério de Capacidade técnica para resolver o problema, teve-se em conta onde seria mais importante intervir em termos de melhoria nas respostas comunitárias, no encaminhamento da população para as unidades de saúde, trazendo ganhos para a saúde da população e da saúde pública e nas capacidades técnicas para resolução dos problemas. E por fim, para o critério Exequibilidade foi ponderado o período de tempo existente para a operacionalização da intervenção e também as competências profissionais e académicas da mestranda para intervir em cada um dos problemas identificados.

De seguida apresenta-se a grelha de análise elaborada para seleccionar os diagnósticos de enfermagem prioritários, que se apresenta no quadro 1.

Quadro 1 -Priorização dos diagnósticos de enfermagem, de acordo com a grelha de análise

Critérios	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8
Importância do problema	+	+	+	+	+	+	+	+
Relação entre o problema e os fatores de risco	+	+	+	+	+	+	+	+
Capacidade técnica de resolver o problema	+	+	+	-	+	+	-	+
Exequibilidade do projeto ou da intervenção	-	-	+	-	+	+	+	-
Resultados	2	2	1	4	1	1	3	2

Fonte: adaptado de Pineault e Davelay, 1986 (citado por Tavares, 1990, p.89)

De acordo com a análise dos resultados obtidos pela aplicação da grelha de análise, apontam como diagnósticos de enfermagem prioritários:

D3 - Continuidade de cuidados comprometida relacionada com défice de conhecimentos acerca da sua importância e manifestada por ausência de registos clínicos de vigilância de saúde;

D5 - Capacidade de resposta dos Enfermeiros da Unidade Móvel comprometida, relacionada com respostas comunitárias insuficientes e manifestada por ausência de vigilância de saúde da população.

D6 - Falta de conhecimentos acerca da importância da vigilância de saúde, relacionado com défice de formação dos utentes e manifestado por ausência de registos na vigilância de saúde;

Todos estes problemas, evidenciam a necessidade de Promoção da Saúde desta população migrante, através de medidas de Educação para a saúde, que permitam que estas adquiram e melhorem os seus conhecimentos sobre a importância da vigilância de saúde, contribuindo para a continuidade de cuidados de saúde. Desta forma, considerou-se importante intervir nestes problemas, tendo como sustentação o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender. Foi essencial promover nesta população, o desenvolvimento de recursos que mantenham ou aumentem a sua saúde e o seu bem-estar, tendo sempre em conta a sua complexidade e a forma como a comunidade onde está inserida influencia os seus comportamentos de saúde.

5.5 – Fixação dos objetivos

Nesta etapa, é feita a identificação dos objetivos a atingir em relação a cada um dos problemas identificados em objetivos concretizáveis ou metas a atingir.

Estes objetivos, são o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural do mesmo, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto (Imperatori e Giraldes, 1993). Devem ser objetivos concretos, passíveis de serem atingidos, bem formulados, devem fornecer normas e critérios às atividades posteriores, quer do planeamento, quer da própria gestão dos projetos. (Tavares, 1990).

“Uma meta é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades do serviço, traduzindo em termos de indicadores de atividade, mensuráveis, a curto prazo (Tavares, 1990, p. 133). Assim, face aos diagnósticos de enfermagem levantados e tendo por base o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, foi definido como objetivo geral:

- Contribuir para o aumento da vigilância de saúde da população migrante.

Deste objetivo, emergem os objetivos específicos, que se caracterizam por detalharem aspetos da situação que se pretende atingir e por serem interdependentes e sequenciais (hierarquizados), contribuem para que o objetivo geral seja alcançado (Tavares, 1990). Foram definidos os objetivos específicos, os objetivos operacionais, as atividades desenvolvidas e os respetivos indicadores de avaliação, que se encontram no quadro 2.

Quadro 2 – Objetivos específicos, operacionais, atividades e indicadores de avaliação

Objetivo Específico	Objetivo Operacional	Atividades	Indicadores de Avaliação
Dinamizar e estruturar o atendimento da população migrante, reduzindo os tempos de espera e as desistências, priorizando de acordo com a avaliação das necessidades de cada utente da população	Que pelo menos 75% das pessoas que se dirigem à unidade móvel seja atendida.	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação do fluxograma (elaboração de brochura do fluxograma de atendimento na Unidade móvel). - Criação de espaço lúdico para as crianças, com mesa, cadeiras, pinturas, livros e entrega de balões no final do atendimento; 	<ul style="list-style-type: none"> - nº de pessoas atendidas em cada dia de Unidade Móvel x 100/ nº de pessoas atendidas por mês
Sensibilizar a população migrante para a importância da vigilância de saúde nos atendimentos na Unidade Móvel	Assegurar que pelo menos 75% da população migrante que recorre à unidade móvel, seja encaminhada para as Unidades de Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento individuais no final da consulta de Enfermagem, na qual se pretendeu sensibilizar a população migrante para a importância da vigilância de saúde/ saúde infantil/juvenil, a importância da continuidade de cuidados, a importância de frequentarem as Unidades de saúde, 	<ul style="list-style-type: none"> - nº de pessoas a quem foram feitas sessões de esclarecimento individuais no final do atendimento x 100/nº de atendimentos efetuados.
Aumentar os conhecimentos acerca da importância da vigilância de saúde à população migrante;	Que pelo menos 25% da população migrante, aumente os conhecimentos acerca da importância da vigilância de Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Sessão de Educação para a saúde realizada no templo da comunidade Sikh (Apêndice XI). 	<ul style="list-style-type: none"> - nº de pessoas presente na sessão/adesão;
Divulgar informação relativa ao acesso aos cuidados de saúde à população migrante.	Que pelo menos 25% da população receba informação relativa ao acesso aos cuidados de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> - Folheto educativo acerca do acesso aos cuidados de saúde, elaborado em inglês e em português (Apêndice VI e VII). 	<ul style="list-style-type: none"> - nº de folhetos entregues à população;
Divulgar informação relativa à importância da vigilância de saúde à população migrante.	Que pelo menos 25% da população receba informação relativa à importância da vigilância de	<ul style="list-style-type: none"> - Folheto educativo acerca da importância da vigilância de saúde elaborado em inglês (Apêndice VIII). 	<ul style="list-style-type: none"> - nº de folhetos entregues à população;
Implementar estratégias que permitam referenciar a população para as Unidades de Saúde correspondentes à sua área de residência, orientando-os para a procura da vigilância de saúde;	Que pelo menos em 75% dos atendimentos, seja feita a referência da população migrante para as Unidades de Saúde correspondentes	<ul style="list-style-type: none"> - Documento de Referência para Unidades de Saúde (Apêndice V). 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar nº de encaminhamentos efetuados na plataforma Sclinc x 100 / nº total de atendimentos da Unidade móvel (até 19 de Dezembro e avaliar
Divulgar o projeto de intervenção comunitária à equipa da UCC, com o intuito de envolver e motivar a mesma, para que haja continuidade do projeto, permitindo o aumento da vigilância de saúde da população migrante.	Que pelo menos 50% da equipa de Enfermagem esteja presente na sessão de divulgação.	<ul style="list-style-type: none"> - Sessão de apresentação do projeto de intervenção com a equipa de Enfermagem da UCC; 	<ul style="list-style-type: none"> - nº de enfermeiros presentes na sessão x 100/ nº de Enfermeiros da UCC;
Assegurar que os encaminhamentos, sejam efetivados, trabalhando em parceria, com as equipas de saúde das UCCSP do ACES.	Que pelo menos 1 administrativa/o e 1 enfermeira/o de cada UCCSP esteja presente na reunião.	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniões de proximidade com a equipa de Enfermagem e administrativas de cada UCCSP do ACES, para apresentação/divulgação do projeto, com a criação de parceria e articulação de estratégias para colmatar as dificuldades. Sensibilização para a importância da vigilância 	<ul style="list-style-type: none"> - nº de enfermeiros e administrativos presentes na reunião x 100 / nº total de enfermeiros e administrativos convocados

Os recursos para a realização deste projeto foram:

- **Recursos humanos** (1 enfermeiro, o apoio da enfermeira orientadora do projeto e a professora orientadora do estágio, bem como o apoio por parte da equipa de enfermagem da UCC);

-**Recursos materiais** (computador, telemóvel, retroprojektor, Pen USB). As deslocações foram realizadas através da Unidade Móvel, de forma a estar no contexto em proximidade com a população migrante.

Elaborados folhetos educativos, documentos de referenciação para a Unidade de Saúde, documentos para divulgação da informação. Realizada sessão de educação para a saúde com o recurso a retroprojektor para apresentação de slides e método expositivo.

De seguida, é feita a descrição das estratégias que foram selecionadas enquanto recurso para atingir os objetivos do projeto de intervenção comunitária em causa.

5.6- Seleção de estratégias

A etapa de seleção de estratégias é, segundo Imperatori e Giraldes (1993), uma etapa primordial no processo de Planeamento em Saúde, pois pretende estruturar a forma mais adequada em reduzir os problemas identificados.

Com a definição de estratégias, pretende-se atingir os objetivos fixados anteriormente. A estratégia em saúde é assim definida como “o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um objetivo, reduzindo, assim, um ou mais, problemas de saúde” (Imperatori, 1993, p 65). Acrescenta ainda que, a definição de uma estratégia deve fazer-se de forma suficientemente detalhada para que os responsáveis pela decisão a possam apreciar.

Outro fator a ter em conta nesta escolha, foi o modelo de saúde escolhido como base para a intervenção. Como suporte para a contextualização da intervenção, utilizou-se o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que se fundamenta no conceito de Promoção da Saúde já descrito anteriormente. Segundo Pender et al (2014), a educação para a saúde, é uma estratégia de capacitação que possibilita aos indivíduos assumirem a responsabilidade pela sua saúde. Na mesma linha de pensamento Stanhope e Lancaster (2011), referem que, a formação permite aos indivíduos conseguirem tomar decisões fundamentadas relativamente á sua saúde, assumindo responsabilidades sobre a mesma e os seus estilos de vida.

Enfatizando, a importância da Promoção da Saúde, a OE (2001), defende que os enfermeiros para obterem a excelência no exercício da profissão, têm o dever de ajudar as pessoas a atingirem o máximo potencial de saúde, sendo que para isso, nomeadamente, devem criar oportunidades para promover estilos de vida saudáveis e fornecer informação promotora de conhecimentos. Pender (2014) reforça esta ideia, referindo que os indivíduos e famílias têm o direito à informação e a participarem ativamente na sua saúde. Isto, só é possível caso detenham conhecimentos para tomarem decisões informadas acerca da sua saúde e da sua família.

Os enfermeiros, recorrem à Educação para a saúde no processo educativo da comunidade. A Educação para a saúde, permite desta forma que o indivíduo, família e comunidade estejam conscientes do seu bem-estar e que aprendam a utilizar os recursos disponíveis no seu ambiente, tornando a saúde como um recurso para o dia-a-dia (Stanhope e Lancaster, 2011).

Considerando, o conceito da Educação para a saúde e tendo em conta que o objetivo desta intervenção, visa o aumento da vigilância de saúde de população migrante, é necessário aumentar os conhecimentos desta população acerca desta temática da vigilância de saúde, enquanto estratégia de intervenção, conduzindo à promoção da sua saúde.

Assim, verifica-se que a informação e comunicação em saúde são utilizados em diversos contextos, nomeadamente na elaboração de mensagens escritas, utilizadas em atividades de Educação para a saúde, no sentido da promoção de estilos de vida saudáveis e adesão comportamental, seja a nível individual ou comunitário. Reconhecendo o impacto deste tema para a saúde da população, decidiu-se atuar, através da Educação para a saúde, de forma, a disponibilizar ferramentas às famílias, que promovam a sua vigilância de saúde. Considera-se ainda que a tomada de consciência para a importância deste assunto, poderá ter implicações positivas, não só, na saúde do próprio, como também na da restante família.

Neste sentido várias foram as estratégias utilizadas, nomeadamente:

- ✓ Os folhetos educativos elaborados (Apêndices II, III e IV), foram entregues na unidade móvel durante os atendimentos, distribuídos no templo da comunidade, para divulgação aos restantes membros, também foram partilhados com as unidades de saúde locais em suporte PDF e em papel durante as reuniões

realizadas, a pedido das equipas de enfermagem e administrativas das respetivas unidades.

Os folhetos foram elaborados em português e em inglês para facilitar a compreensão da informação pelos migrantes. A informação dos folhetos, é indispensável para melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde, por parte desta população, na medida em que foi condensada informação relevante, que explica a forma como é feito o acesso aos cuidados de saúde (Apêndice II e III), tendo no seu conteúdo contactos de referência, bem como a importância da vigilância de saúde (Apêndice IV).

- ✓ A sessão de educação para a saúde, realizada no templo da comunidade, apesar de ter tido grande adesão por parte dos membros da comunidade, foi ainda partilhada em suporte informático, com os líderes da comunidade que assumiram a responsabilidade de traduzir a mesma para a língua punjabi e ser reproduzida em dias a divulgar no templo da comunidade, para que as pessoas que não compreendessem a língua inglesa, também tivessem acesso à informação;
- ✓ A sessão de educação para a saúde foi realizada no templo da comunidade em parceria com um dos líderes da comunidade, que fez a tradução em simultâneo para a língua punjabi após a intervenção da equipa de enfermagem;
- ✓ A sessão foi também partilhada na rede social Facebook do templo da comunidade, tendo sido uma excelente estratégia de divulgação da informação aos membros da comunidade, que pode ser visualizada através do link:

https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=442540559990240&id=1867417756861

343

- ✓ A realização de atendimentos em inglês foi outra estratégia utilizada para comunicar com eficácia com a referida população ou nos casos em que o utente não compreendesse o inglês, seria um elemento intermediário que viesse a acompanhar e que colaborasse na tradução para a língua materna do utente. Houve também a necessidade de comunicar em Hindi com os utentes em situações excecionais, quando a informação em inglês não era totalmente compreendida, garantindo assim a compreensão da informação;
- ✓ A construção de uma grelha de registo de atividades de enfermagem efetuadas durante o atendimento na Unidade Móvel, permitiu o registo de dados

importantes, que foram analisados e consultados na fase da avaliação/monitorização do projeto (Apêndice V).

5.7- Preparação da Execução

A preparação da execução “é a etapa do planeamento da saúde que tem mais pontos em comum com as fases que lhe são anterior e posterior” (Imperatori e Giraldes, 1993, p.115). No início desta etapa devem ser especificadas as atividades constituintes do projeto. Estas devem ser definidas em função dos objetivos operacionais estabelecidos, não devendo ser criadas atividades que não satisfaçam os objetivos previamente estabelecidos- tal só conduz ao desperdício de recursos (Tavares, 1990).

Assim, nesta fase foram estabelecidas as atividades necessárias à execução das estratégias educativas selecionadas, focadas na educação para a saúde, com base no Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, de forma a atingir os objetivos operacionais definidos.

De modo a contribuir para o aumento da vigilância de saúde da população migrante, foi escolhida a estratégia de educação para a saúde.

Para alcançar os objetivos delineados, foram desenvolvidos um conjunto de atividades correspondentes, que foram enumeradas no quadro nº2.

Relativamente às atividades desenvolvidas durante a intervenção comunitária, foi necessário planear a sua execução e algumas serão descritas com mais pormenor, para compreensão das mesmas.

Algumas atividades que foram delineadas ao longo do projeto, surgiram da necessidade de gestão, organização e dinamização dos atendimentos, nomeadamente:

- ✓ A elaboração do fluxograma (apêndice VI), permitiu construir uma ferramenta, que possibilitou, a uniformização da Consulta de enfermagem e otimização dos seus procedimentos/recursos, orientando a equipa de enfermagem no atendimento na Unidade Móvel. O fluxograma foi sem dúvida o guia norteador de todo este processo, sendo uma peça fundamental para o sucesso da intervenção comunitária (Apêndice VII - orientações do fluxograma.);
- ✓ A elaboração de senhas de atendimento em cartolina, plastificada e personalizada com logótipo da Unidade de Cuidados na Comunidade em

causa e com a numeração, para melhorar a organização e gestão dos atendimentos (senhas normais e prioritárias) (Apêndice VIII). Permitiram gerir e organizar os atendimentos, priorizando-os de acordo com a população presente, garantindo que o maior número de pessoas fosse atendido, de acordo com a avaliação do tipo de atendimento necessário, possibilitando o maior número de pessoas com acesso à vigilância de saúde;

- ✓ A criação de um espaço lúdico para as crianças (Apêndice IX), com mesa e cadeiras de criança, livros e material de pintura, livros, com o intuito de: 1) promover a distração das crianças enquanto aguardam os atendimentos com os seus pais; 2) promover o brincar enquanto fator de excelência para o desenvolvimento da criança; 3) proporcionar um espaço seguro onde as crianças pudessem estar e brincar. Também no final do atendimento era feita entrega de balões, como prémio/recompensa após a vacinação, fomentando mais uma vez o brincar pela sua importância no desenvolvimento das crianças.

Outras atividades foram desenvolvidas para atingir os objetivos delineados, nomeadamente:

- Foi elaborado um documento de referência à unidade de saúde correspondente (Apêndice X), após o atendimento na unidade móvel, com o intuito de encaminhar os utentes, para proporcionar a continuidade da vigilância de saúde dos mesmos. Com o referido documento, os utentes podem proceder à marcação de consultas de enfermagem e consulta médica nas respetivas unidades de saúde. Foi entregue no final de cada atendimento e feita a explicação aos utentes acerca da sua importância e a forma como deveriam proceder, para obter o seguimento nas unidades de saúde;
- A sessão de educação para a saúde, foi realizada no templo da comunidade no dia 8 de dezembro de 2019, foram abordadas temáticas relacionadas com a importância da vigilância de saúde, vigilância de saúde infantil, vacinação e promoção da saúde (Apêndice XI Plano de Sessão e Apêndice XII – slides da Sessão). A escolha do local, prendeu-se com o facto de que a população migrante, pertence à religião Sikh. Assim, para que houvesse uma maior adesão da população, foi feito o contato telefónico e enviado e-mail à pessoa

responsável pelo templo da comunidade, para agendar o dia, hora da sessão e o seu intuito (Apêndice XIII). No sentido da participação na sessão de Educação para a saúde, a população migrante, foi informada através de mecanismos internos do templo da comunidade (comunicação oral durante as cerimónias religiosas), onde foi divulgada a informação. Ainda no sentido de preparar a sessão, foi feita visita ao templo da comunidade para avaliar as condições e fazer um levantamento de necessidades materiais necessários para o dia da sessão e para articular com a pessoa responsável e confirmação da sessão. Foi feito, novo contato telefónico dois dias antes da data da sessão, para lembrar a atividade e garantir as condições previamente acordadas. Foi também feita pesquisa bibliográfica, para conhecer esta cultura, as suas crenças. Deste modo, conseguiu-se adequar melhor a intervenção realizada, tendo em conta as questões culturais e religiosas, tendo sido respeitados estes princípios.

- As reuniões de proximidade tiveram lugar nas respetivas UCSP do ACES em causa, após agendamento telefónico com as pessoas responsáveis das referidas unidades. Nestas, foi apresentado o projeto desenvolvido durante o estágio, sendo assim, construída a parceria com as equipas das unidades de saúde locais para o desenvolvimento do mesmo.

5.8- Aspetos éticos

Na prestação de cuidados de enfermagem, é imprescindível a presença da componente ética. Segundo, o artigo 8º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) da OE (1998), os enfermeiros devem adotar uma conduta responsável e ética, respeitando os direitos humanos e interesses dos cidadãos. Deste modo, em contexto comunitário, sendo o enfermeiro responsável pela promoção da saúde e respostas às necessidades, tem de conhecer as necessidades da população e comunidade, procurando soluções para os problemas encontrados e elaborar programas/projetos, de modo a dar resposta às necessidades dessa comunidade. Neste sentido, para a elaboração deste projeto, foram tidos em conta vários princípios do Código Deontológico do Enfermeiro, nomeadamente:

-Artigo 84º - Do dever de informação. O enfermeiro deve: “b) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo

indivíduo A alínea b), tem por base o direito à autodeterminação (capacidade e autonomia que os utentes têm, de decidir sobre si próprios).

Artigo 85º- Do dever de sigilo. “O enfermeiro, obrigado a guardar segredo profissional (...), assume o dever: a) considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família (...); d) manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados”.

No referido projeto, os dados foram recolhidos de forma anónima e confidencial, tendo sido pedido consentimento oral, aos utentes em cada atendimento, o que também faz parte do regular funcionamento da unidade móvel, quando procede aos registos de enfermagem, na sua base de dados, para posterior registo e transcrição no sistema informático “SClinico”. Os dados recolhidos ainda que anonimizados, serão eliminados após discussão pública deste relatório de estágio.

5.9- Avaliação

A última etapa do planeamento é a avaliação, que vai permitir avaliar a eficácia do plano estabelecido e compreender a adequação entre os objetivos e as estratégias.

“Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir” (Imperatori e Giraldes, 1993, p. 127)

Esta avaliação deve ser precisa e pertinente, tendo como função determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas (Tavares, 1990). “Um critério é uma característica observável, como por exemplo um indicador; uma norma é o ponto de referência do critério que permite atribuir-lhe um julgamento, operacionalizando-o, atribuindo-lhe um valor numérico” (Tavares, 1990, p. 205).

Para alcançar resultados que transpareçam a realidade medida, são utilizados indicadores. Estes são “dados referentes às variáveis em estudo disponíveis através da captação direta pelo observador” (Imperatori, 1993, p.178).

Relativamente aos indicadores, os dois tipos de indicadores mais utilizados na avaliação são:

1. Os que medem o estado de saúde (impacto, resultado- avaliações externas);
2. Os que medem a prestação de cuidados de saúde (atividade, execução- avaliações internas).

Estes permitem avaliar um projeto, ao longo do processo de planeamento e de implementação, sendo fundamentais como forma de avaliar e controlar os programas e projetos implementados.

Apenas uma correta avaliação e controlo dos projetos permite comparar os estados inicial e final da população alvo, antes e após a implementação de um projeto, relacionando as atividades realizadas com os recursos despendidos e adequando a pertinência dos objetivos estabelecidos com as necessidades identificadas.

Para Pender (2014) esta etapa é essencial, pois permite aos enfermeiros aperfeiçoar o programa, decidir sobre as atividades de promoção de saúde a selecionar e ensaiar se os resultados positivos de uma nova intervenção se irão traduzir na prática.

Desta forma, enumeramos os resultados da avaliação qualitativa realizada que foi feita após a implementação do projeto:

- Com a realização de reuniões formais com a equipa de enfermagem da UCC, efetuadas ao longo do estágio, foi feita monitorização do projeto e foi possível refletir, acerca das possíveis estratégias para melhoria da intervenção de enfermagem à população migrante ao longo de todo o percurso;
- Os objetivos e as estratégias implementadas foram adequados, face aos recursos e tempo disponível;
- A grelha de registos serviu para consultar os registos dos atendimentos efetuados ao longo do projeto, monitorização e avaliação dos encaminhamentos efetuados;
- O documento de referenciação teve uma boa adesão por parte dos membros da comunidade migrante e uma boa receptividade por parte das equipas de saúde das unidades de saúde locais, tendo sido uma ferramenta de excelência no encaminhamento dos migrantes para as unidades de saúde;
- Foi realizada a avaliação dos encaminhamentos efetuados durante os atendimentos na Unidade Móvel na plataforma “Sclinico”, tendo conseguido efetivar-se 75 encaminhamentos dos 160 efetuados (apenas foram validados dados relativos aos meses de setembro a novembro). Constatou-se que alguns encaminhamentos ainda não foram efetivados, pela dificuldade nas marcações que as unidades de saúde estão a vivenciar, pela falta de recursos humanos,

informação partilhada pelos profissionais das mesmas, nas reuniões de proximidade realizadas;

- A sessão de educação para a saúde, realizada no templo, contou com a presença de 250 pessoas, o que representa uma boa adesão á mesma e o feedback no final da sessão foi positivo, as pessoas mostraram-se muito interessadas. No final da sessão, as pessoas colocaram questões e pediram esclarecimentos, o que demonstrou o seu interesse pela temática e a importância dada à sessão pode ser traduzida pela divulgação que foi feita na rede social “Facebook”, com 170 likes/ 11 partilhas/ 1000 visualizações, no dia da publicação, o que permitiu divulgar a informação a outros membros da comunidade que não estiveram presentes na sessão;
- Também foi partilhada a sessão em suporte informático, a pedido dos membros da comunidade, pela pertinência do tema e do interesse manifestado. A sessão foi novamente divulgada na língua punjabi por um membro da comunidade a outros membros que não estiveram presentes na sessão;
- Em todos os atendimentos na Unidade Móvel, utilizou-se o fluxograma, como guia orientador de um atendimento estruturado e uniformizado o que melhorou a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;
- O espaço lúdico teve uma grande adesão por parte das crianças e dos pais, tendo sido uma mais valia no atendimento, garantindo que as crianças estavam distraídas, num espaço seguro e os pais descansados e por fim último garantindo que a família fosse atendida, uma vez que diminuíram as desistências;
- As senhas de atendimento, foram uma estratégia adequada e ajustada para o contexto em causa, evitando tempos de espera muito elevados. A equipa de enfermagem procedia à distribuição das senhas, através de uma avaliação do número de atendimentos e de acordo com a avaliação das necessidades;
- Os atendimentos individuais realizados no final de todas as consultas, permitiram criar um espaço de explicação do encaminhamento para as unidades de saúde, a sua importância e a importância da vigilância de saúde e nos casais com filhos, abordada a importância da vigilância de saúde infantil;

- Foram distribuídos no templo da comunidade 1300 folhetos, 800 acerca do acesso aos cuidados de saúde e 500 acerca da importância da vigilância de saúde, tendo sido considerado um folheto/família, os restantes foram entregues a um representante da comunidade que se responsabilizou por distribuir a outros membros da comunidade;
- Foram distribuídos na Unidade Móvel cerca de 150 folhetos acerca do acesso aos cuidados de saúde na Unidade Móvel aos utentes da consulta e 150 acerca da importância da vigilância de saúde;
- Os folhetos elaborados foram partilhados nas reuniões nas UCSP do ACES, para serem impressos nas respetivas unidades, sendo uma ferramenta informativa para entregar aos utentes migrantes, independentemente da sua origem, pois existe a versão inglesa e a versão portuguesa (a pedido dos profissionais);
- Foram feitos cerca de 160 encaminhamentos para as Unidades de saúde;
- Estiveram presentes 7 Enfermeiros na sessão na UCC de divulgação do projeto, dos 8 enfermeiros da respetiva unidade;
- Nas reuniões de proximidade esteve sempre um enfermeiro e um administrativo, o que foi de encontro ao objetivo operacional e o feedback foi positivo, os profissionais em causa demonstraram sensibilidade e disponibilidade relativamente à temática da necessidade de vigilância de saúde da população migrante, estabelecendo uma relação de parceria com o recurso a estratégias para uma melhor articulação em rede sempre que necessário. Esta parceria foi crucial para o sucesso do projeto, pois permitiria que os encaminhamentos que foram efetuados, culminassem em continuidade de cuidados aos migrantes.
- Foram desenvolvidas várias atividades no sentido de aumentar os conhecimentos relacionados com a vigilância de saúde da população migrante. No entanto, pelo tempo de implementação do projeto e do estágio, não foi possível medir o impacto das intervenções realizadas, mas certamente que existem ganhos em saúde nesse sentido, não só pelas sessões de educação para a saúde feitas, como pelos instrumentos criados (folhetos educativos e documento de referência), pela sensibilização da população migrante e pelos

encaminhamentos para as unidades de saúde realizados. A avaliação do impacto das intervenções será efetuada pela equipa de enfermagem da respetiva UCC, após 6 meses do início da intervenção comunitária.

- Relativamente aos folhetos o fato de estarem em língua inglesa, foi uma mais valia, pois permitiu que as informações fossem compreendidas pelos migrantes e suas famílias, sendo um veículo de transmissão da informação, uma vez que os mesmos podiam ser partilhados entre a família e amigos, permitindo a divulgação da informação;
- A escolha de um intérprete para traduzir em simultâneo a sessão em língua punjabi, foi uma mais valia para a população migrante, permitindo desta forma que a informação fosse compreendida por todas as pessoas presentes, uma vez que a sessão foi divulgada na língua inglesa e nem todos os presentes compreendiam inglês. Também foi um aspeto que vários autores consideram fundamental, como foi mencionado no enquadramento teórico do projeto, assim como a parceria que se criou com alguns representantes da comunidade, que permitiram abertura para futuras intervenções;
- A realização da sessão no templo da comunidade, teve um impacto muito positivo, pois foi-se ao encontro da comunidade e manifestou-se o interesse pela saúde da mesma, a nossa preocupação, tendo sido esta a nossa mensagem de abertura da sessão. Nas comunidades, há muitas vezes a necessidade de estabelecer parcerias comunitárias, com o intuito de atingir alguns objetivos, no âmbito da educação para a saúde, a escolha de um intérprete foi uma forma de parceria;
- Relativamente à atuação aos níveis de prevenção, considera-se que este foi com certeza uma meta atingida, pois a informação que foi disponibilizada e transmitida à população migrante, proporcionou aos mesmos a sua capacitação, para atingirem melhores níveis de saúde, prevenir problemas e identificar/tratar precocemente os mesmos, minimizando a incapacidade. Considera-se que a formação permitirá aos migrantes tomar decisões fundamentadas relacionadas com a saúde de forma fundamentada, assumindo a responsabilidade pela sua saúde e dos que deles dependem. Toda a intervenção comunitária atuou aos três níveis de prevenção, primária, secundária e terciária;

- Neste sentido considera-se que toda a intervenção comunitária teve como foco a promoção de saúde dos migrantes o que se considera ter sido atingido, por todas as estratégias e atividades realizadas;
- Relativamente à mudança na prestação de cuidados de enfermagem, esta foi uma mais valia, pois a equipa esteve sempre disponível para a mudança, pelo interesse em investir neste projeto, enquanto uma melhoria da intervenção comunitária, refletindo-se em ganhos para a saúde da população migrante. A prestação de cuidados de enfermagem sofreu uma transformação, passando os atendimentos na unidade móvel a serem mais uniformizados, estruturados, personalizados e com alguma dinamização. Foi possível atender mais utentes, no mesmo tempo que anteriormente e com mais qualidade, com o benefício da referenciação, para as unidades de saúde locais, garantindo assim a continuidade de cuidados e a sua vigilância de saúde.

6- DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA E DE MESTRE

A realização deste projeto, teve como finalidade o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista (EE) e mais especificamente de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP), previstas no regulamento de competências, desenvolvendo uma prática globalizante centrada na comunidade.

As competências comuns de Enfermeiro Especialista Específicas, “são as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área da especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades das pessoas” (Regulamento nº 140/2019, Diário da República, 2ª série- nº26 de 6 de fevereiro de 2019).

Para tal e ainda de acordo com o mesmo regulamento, existem domínios das competências que são comuns às diferentes áreas de especialidade, sendo estas:

Responsabilidade profissional ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, Diário da República, 2ª série- nº26 de 6 de fevereiro de 2019).

Neste sentido, considera-se que ao longo deste percurso académico, foram desenvolvidas as referidas competências, através do acesso a formação especializada e acreditada ao longo do curso, através de pesquisa bibliográfica, períodos de reflexão, com o desenvolvimento dos estágios, realização de trabalhos académicos, partilha de experiências. Todos estes fatores, contribuíram para o aprofundamento das competências que já detinha enquanto detentora do título de Enfermeira de Cuidados Gerais no âmbito do Regulamento de Competências (Regulamento nº 190/2015, Diário da República nº79, 2ª série de 23 de Abril de 2015, adquirindo desta forma, uma formação especializada numa área de eleição, a Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública.

Ao longo deste percurso, compreendi que o EEECS, assume um papel decisivo, na medida em que contribui para que hajam ganhos efetivos em saúde, com a sua capacidade para responder de forma adequada às necessidades da pessoa, grupo ou

comunidade, pois possui um grande conhecimento acerca das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (Regulamento nº 128/2011, Diário da República, nº 35, 2ª série de 18 de Fevereiro).

Enquanto profissionais de saúde, temos o dever de contribuir para maximizar a obtenção de ganhos em saúde, indo assim ao encontro ao Plano Nacional de Saúde (DGS, 2015). Pois o “PNS pressupõe que os ganhos em saúde resultarão da melhor adequação entre necessidades de saúde e serviços, e da melhor relação entre recursos e resultados, ou seja, do melhor desempenho, tendo em vista a melhoria da saúde da população, a sustentabilidade do Sistema de saúde e o envolvimento e participação das comunidades e das suas organizações” (DGS, 2015, p. 13).

Daqui emergem os “quatro eixos estratégicos da saúde, que retornam ganhos, melhoram o desempenho e reforçam o alinhamento, a integração e a sustentabilidade do sistema de saúde e de todos os setores, bem como a capacidade de estes se desenvolverem como um todo, perseguindo a melhoria da saúde da população. sendo eles: a cidadania em saúde, a equidade, acesso adequado aos cuidados de saúde, qualidade em saúde e políticas saudáveis “(DGS, 2015, p. 13. Estes devem ser os pilares de todas as ações e intervenções no sistema de saúde e em todos os setores com impacto na saúde.

A qualidade em saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis, equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão, implicando a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível (DGS, 2015). Isto remete-nos no âmbito da especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, para os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros. Estes são norteadores e referenciais para a prática especializada de Enfermagem no âmbito da área de especialidade, estimulando a reflexão e a criação de projetos de melhoria contínua da qualidade.

Os EEECSPP “têm como alvo de intervenção a comunidade e dirigem projetos de saúde dos grupos, comunidades, a vivenciar processos de saúde/doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida” (OE, 2017, p. 2,3). Desenvolvem os seus projetos de intervenção com vista à capacitação e

empowerment das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania (Regulamento nº 128/2011, Diário da República nº 35, 2ª série de 18 de fevereiro). O EEECSPP deve ser detentor de conhecimentos sobre os determinantes dos problemas de saúde dos grupos e ou comunidades para elaborar o seu diagnóstico de saúde (OE, 2017).

O EEECSPP deve ser capaz de identificar as necessidades de saúde de grupos ou comunidades, conceber, planejar e implementar intervenções de enfermagem com vista à consecução de projetos de saúde comunitários em grupos com necessidades específicas. Deve assegurar o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados. Deve conseguir coordenar e dinamizar programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, participar em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade. Deve mobilizar os parceiros, grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde. Cooperar na coordenação, otimização, operacionalização e monitorização dos diferentes programas de saúde que integram o plano nacional de saúde, monitorizar a eficácia dos programas e projetos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade. Participar na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica. Utilizar a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública (OE, 2017).

O EEECSPP na procura permanente da excelência no exercício profissional persegue os mais elevados níveis de satisfação de grupos e comunidades, ajuda-os a alcançar o máximo potencial de saúde, previne complicações para a saúde dos mesmos e suplementa/complementa as atividades de vida, relativamente às quais os mesmos são dependentes, desenvolve com os grupos e comunidades processos de adaptação eficazes aos problemas de saúde, contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem na sua área de intervenção na promoção da saúde dos grupos e comunidades num âmbito geodemográfico (OE, 2017). O EEECSPP “usa modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde” (OE, 2010, p.4).

Considero que, com o projeto de intervenção comunitária que foi implementado, conseguiu-se assegurar as premissas acima enumeradas. Foi através da metodologia de Planeamento em Saúde e do Modelo teórico de Promoção de Saúde de Nola Pender, que foi desenvolvido o projeto para a promoção da saúde da população migrante, indo de encontro às necessidades de saúde desta população. Proporcionou-se o seu acesso aos cuidados de saúde, através das estratégias de referenciação, garantindo a sua continuidade de cuidados e promoção da sua vigilância de saúde. Conseguiu-se através das ações de promoção da saúde, incentivar e sensibilizar para a importância da vigilância de saúde. Foi possível, uniformizar e estruturar os cuidados de enfermagem, através da criação e implementação do fluxograma, enquanto instrumento de decisão clínica em enfermagem, alcançando cuidados de enfermagem de elevada qualidade e com a referenciação dos utentes para as unidades de saúde locais. Consideramos que se contribuiu para a dinamização dos cuidados e organização dos mesmos, reduzindo tempos de espera, evitando desistências, com a criação das senhas de atendimento e o espaço lúdico seguro para as crianças brincarem enquanto aguardam os atendimentos, proporcionando cuidados de qualidade, tornando o processo de espera menos penoso para os pais. Desta forma, consideramos que os cuidados prestados foram ao encontro dos padrões de qualidade, na procura da excelência no exercício profissional, obtendo-se satisfação dos clientes, ajudando-os a alcançar o máximo potencial de saúde, prevenindo complicações, trabalhando no sentido da promoção da saúde, capacitando os migrantes na procura de cuidados de saúde. Estes aspetos estão dentro dos eixos estratégicos do PNS, pois a capacitação da população migrante, permitiu promover autonomia e responsabilidade a estes cidadãos acerca da importância da vigilância de saúde, promovendo uma cultura de **cidadania**. Foram realizadas ações de promoção de saúde, prevenção da doença, nas áreas de vacinação, rastreio e vigilância, utilização dos serviços, fatores de risco. Deste modo, conseguiu-se capacitar os indivíduos para a promoção da sua saúde e de quem deles depende, informando-os da sua importância, trabalhando no sentido da construção de políticas saudáveis, uma vez que a promoção da saúde é da responsabilidade de todos os setores da sociedade. Todos nós devemos contribuir para ambientes promotores de saúde e do bem-estar das populações, assegurando que cada cidadão tenha igual oportunidade de fazer escolhas saudáveis (WHO, 2010) e de cumprir de forma plena o seu potencial de saúde e o seu direito a uma longevidade saudável (DGS, 2015).

As estratégias de referenciação para as unidades de saúde, garantem o **acesso aos cuidados de saúde, respeitando o princípio da equidade** através do atendimento na Unidade Móvel. As reuniões de proximidade com as unidades de saúde locais, permitiram organizar algumas estratégias para garantir o acesso desta população aos cuidados de saúde, apesar das dificuldades sentidas nas respectivas unidades por falta de recursos humanos, trabalhando assim em parceria com as mesmas, para atingir os objetivos e ir de encontro às necessidades de saúde da população. Consideramos que proporcionámos cuidados de enfermagem de qualidade e como tal, garantindo assim o eixo estratégico de **qualidade na saúde**.

Pelo que acima está descrito, conseguimos desenvolver competências de Enfermeiro Especialista e mais especificamente de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, no entanto, devido à nossa inexperiência profissional nesta área, reconheço que ainda temos de desenvolver mais estas competências e adquirir mais conhecimentos e experiência profissional.

Pelo acima exposto, podemos afirmar que, para além das competências específicas no âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, foram adquiridas e desenvolvidas competências no âmbito do 2º ciclo de estudos, de acordo com os Descritores de Dublin e com a legislação em vigor, referente à obtenção de grau de Mestre. Neste sentido, foi adquirida uma especialização de natureza, com a realização de um projeto inovador e especialmente realizado no estágio, sendo objeto de relatório (QNQES,2011). No referido projeto de intervenção comunitária, considera-se ter demonstrado possuir conhecimentos e capacidade de compreensão baseados nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, desenvolvendo-os e aprofundando-os. Conseguiu-se desenvolver e aplicar esse conhecimento durante a implementação do projeto de intervenção, num contexto comunitário específico, avaliando o estado de saúde da população migrante e aplicando os conhecimentos para a resolução dos problemas identificados, numa situação nova e não familiar, num contexto alargado e multidisciplinar, ainda que estivesse relacionada com área de estudo em causa. Conseguiu-se, intervir num contexto de elevada complexidade, integrando os conhecimentos adquiridos, desenvolvendo intervenções comunitárias, tendo em conta as implicações e responsabilidades éticas e sociais que daí advêm. Foram comunicadas conclusões, principais raciocínios e conhecimentos, quer a especialistas e não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades (Decreto-Lei n.º 74/2006, Diário da

República nº 60, 1ª série de 24 de março de 2006, revisto em Decreto-Lei 65/2018,
Diário de República nº 157, 1ª série de 16 de agosto de 2018).

7- CONCLUSÃO

As migrações são certamente, uma problemática inerente à globalização do mundo atual em que vivemos. Portugal, é um dos países europeus que dispõe de uma política de acolhimento e integração de migrantes. O grande desafio reside na capacidade de acolhimento de indivíduos, tendo em conta a sua diversidade cultural, trabalhando em prol da inclusão social. Esta presume garantir a igualdade de tratamento entre nacionais e estrangeiros, a igualdade de acesso a serviços de apoio social, oportunidades de acesso à educação, alojamento, saúde e recursos essenciais, o que vai de encontro com a legislação portuguesa em vigor.

Muitos migrantes vivem em condições adversas, pelo que são considerados mais vulneráveis, pela desigualdade de acesso aos serviços. A Constituição da República Portuguesa garante o direito à proteção da saúde, contudo a pobreza, posição social na comunidade e a cultura de cada um são determinantes no acesso aos cuidados de saúde.

Torna-se assim imperativo, uma política de proximidade nas intervenções associadas a grupos vulneráveis e de risco, por parte dos serviços de saúde. É neste contexto que foi desenvolvido, o projeto de intervenção comunitária na UCC ao longo deste estágio.

A educação para a saúde possibilita às pessoas uma escolha informada e a aceitação da responsabilidade pela sua própria saúde, sendo um instrumento fundamental para diminuir a diferença, em termos de cuidados de saúde nas diferentes classes sociais. É neste contexto que o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender faz todo o sentido enquanto modelo norteador das intervenções comunitárias implementadas. Tornando a promoção de saúde dos migrantes, uma ferramenta essencial para conduzir a obtenção de ganhos efetivos para a saúde. O projeto de intervenção comunitária foi concebido, com recurso à Metodologia do Planeamento em Saúde, a partir do qual foram desenvolvidas as competências de Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária e de Saúde pública.

Com a realização deste relatório, esperamos ter conseguido ilustrar a experiência e os conhecimentos que fomos adquirindo ao longo de todo o percurso, tornando-o enriquecedor e uma mais valia para a nossa formação pessoal e profissional. A realização do Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, foi uma concretização de um projeto profissional, numa área de eleição, na qual infelizmente

não temos ainda a possibilidade de exercer a prática profissional, em contexto de CSP, no entanto, este foi um desafio que abraçámos e que poderá ter aplicação prática noutros contextos da prática clínica.

O Projeto “*Health Access Meeting Point*” pretende ser uma mais valia para a população migrante, contribuindo para o aumento da vigilância de saúde desta comunidade.

As estratégias implementadas visaram melhorar as respostas comunitárias de enfermagem a esta população, contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem resultando ganhos em saúde para a população.

Espera-se que este projeto de intervenção comunitária tenha conseguido promover a aquisição/melhoria dos conhecimentos e a mudança de comportamentos de procura de saúde, relacionados com a falta de vigilância de saúde por parte da população e que estas reconheçam a importância do recurso aos cuidados de saúde como forma de vigilância da sua saúde. No entanto, sabendo que para que a mudança de comportamentos seja mensurável, é necessário tempo e tendo em conta que o período de intervenção associado a este projeto foi limitado, apesar de terem sido estabelecidos objetivos que fossem exequíveis e mensuráveis, não foi possível medir o impacto das intervenções na sua globalidade.

Pretende-se apenas que este seja o ponto de partida para o início de uma mudança no paradigma da prestação de Cuidados de Enfermagem na Unidade Móvel, em que o cerne das intervenções tenham por princípio, ajudar a população migrante a encontrar e aceder aos cuidados de saúde, contribuindo para o aumento da vigilância da sua saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. Washington DC, USA: APA. ISBN-139781433805622
- American Nurses Association. (2001). *Code of ethics for nurses with interpretive statements*. Nursesbooks.org.
- Arreaza, Antonio Luis Vicente, & Moraes, José Cássio de. (2010). Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4), 2215-2228. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000400036>
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2006). *Basic epidemiology*. World Health Organization.
- Ching, P. (2002). Analysis, reporting and feedback of surveillance data, atlanta. Centers for diseases control and prevention
- Council for International Organizations of Medical Sciences. (1998). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Geneva: CIOMS, 2002. 16. Resnik DB. The Ethics of HIV Research in Developing Nations. ISBN: 9290360755, consultado em 3-11-2019 em <https://cioms.ch/shop/product/international-ethical-guidelines-for-biomedical-research-involving-human-subjects-2/>
- Dalcin, C.; Backes, D., Dotto et al. (2016). Determinantes sociais de saúde que influenciam o processo de viver saudável em uma comunidade vulnerável. *Revista de Enfermagem UFPEonline*. Recife. 10 (6).1963-70. Consultado no dia 3-11-2019 em DOI: 10.5205/revol.9199-80250-1-SM1006201607
- Decreto-lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro , disponível em: <https://dre.pt>
- Decreto-lei 65/2018 16 de Agosto de 2018, disponível em: <https://dre.pt>
- Decreto-lei 74/2006, 24 de Março de 2006, disponível em: <https://dre.pt>
- Decreto-lei nº 101/2006, de 6 de Junho), disponível em: <https://dre.pt>
- DGS. (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Acedido a 16-6-2019 e disponível em: Obtido de <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- DGS (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: DGS. Acedido a 03-06-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

- DGS. (2015). Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020. Acedido a 03-06-2019. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- DGS. (2017). Manual orientador dos planos locais de saúde. Lisboa. Acedido a 03-06-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-orientador-dos-planos-locais-de-saudepdf.aspx>
- DGS (2017). Programa Nacional de Vacinação. Lisboa: DGS. Acedido a 3-6-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-vacinação/2017.pdf>
- DGS (2019). Manual de Boas práticas. Literacia em Saúde. Capacitação dos Profissionais de Saúde. Setembro. Acedido 4-10-2019. disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude.aspx>
- Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10, acedido em 26 de janeiro de 2020 em: <https://dre.pt>
- Dias, S., Gama, A., Silva, A. C., Cargaleiro, H., Horta, R., Lemos, M., & do Rosário Martins, M. (2018). *Atitudes e representações face à saúde, doença e acesso aos cuidados de saúde nas populações imigrantes* (Vol. 62). Observatório das Migrações, ACM, IP., ISBN 978-989-685-093-7 acedido em 3-11-2019 e disponível em: <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/177157/Estudo+%2362.pdf/8c3cb667-418b-4a63-9c2f-937c9dcad0cb>
- Donabedian A. (2003) An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press-124.
- Fortin, M., Côté, J., Filion, F. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta
- Fundação Calouste Gulbenkian (2014). Um Futuro para a Saúde.
- Garcia, T. R., Bartz, C. C., & Coenen, A. M. (2015). CIPE®: uma linguagem padronizada para a prática profissional. *Porto Alegre: Artmed*.
- Gois, Pedro (2019). Cáritas portuguesa. Casa comum- migrações e desenvolvimento em Portugal, acedido em 15 de Novembro de 2019: <https://caritas.pt/2019/noticias-noticias/casa-comum-migracoes-e-desenvolvimento-em-portugal/>

- Instituto Nacional de Estatística - **Estatísticas Demográficas : 2018**. Lisboa : INE, 2019. ISBN 978-989-25-0499 acedido em 3-11-2019 e disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt
- Imperatori, E., Giraldes, M. (1993) Metodologia do planeamento em saúde. (3ª edição). Lisboa: ENSP: Edições da Saúde.
- Lei de Bases da Saúde 48/90 de 24 de Agosto, consultado em <https://dre.pt>.
- Lei nº 48/98 de 11 de Agosto, disponível em: <https://dre.pt>
- Lei nº 93/2017 de 23 de Agosto, consultado em <https://dre.pt>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual – Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 3-11-2019 e disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- ORDEM, D. E. (1998). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Acedido em 3-11-2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Dos Enfermeiros, O. (2009). Código deontológico do enfermeiro. *Estatuto da OE*. Acedido em 3-11-2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Ordem dos Enfermeiros; Acedido a 25 de Janeiro de 2020. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompeticenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Acedido a 25 de Janeiro de 2020. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE Versão2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 3-11-2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/classificacao-internacional-para-a-pratica-de-enfermagem-cipe/>
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Comunitária. Acedido em 26 de Janeiro de 2020:https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010). Desafios em tempo de crise. Relatório de Primavera 2010. Lisboa: OPSS. Acedido a 3-11-2019. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2010_OPSS-FT.pdf
- Oliveira, C. R., & Gomes, N. (2018). *Indicadores de Integração de Imigrantes 2018: Relatório Estatístico Anual* (Vol. 3). Observatório das Migrações, ACM, IP. Acedido a 3-11-2019. Disponível em: <https://www.om.acm.gov.pt/documents/58428/383402/Relatório+Estatístico+Anual+2018+-+Indicadores+de+Integração+de+Imigrantes.pdf/00de4541-b1ad-42ed-8ce9-33056321ecdb>
- Organização Mundial da Saúde. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13, 349-364.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2010). Relatório mundial da saúde: Financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal. Acedido em: 3-11-2019 e disponível em: https://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf?ua=1
- OMS (2012). Health 2020: a European Policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhaga: OMS Acedido a 3-11-2019. Disponível em: www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being
- Oiko, C. S. F. (2014). *Barreiras à utilização dos serviços de saúde pelos imigrantes do subcontinente indiano a residir em Portugal* (Doctoral dissertation). Acedido a 3-11-2019. Disponível em:

https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/12384/1/ulfc110424_tm_Carla_Oiko.pdf

- O QUADRO DE QUALIFICAÇÕES DO ENSINO SUPERIOR EM PORTUGAL (2011) acessido em 26 de Janeiro de 2020:https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-ees_0.pdf
- Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2010). Health promotion in nursing practice. 6th edition. NJ: Pearson/Prentice-Hall.
- Pender, N.J. (2011) Health Promotion Model Manual. University of Michigan. Acedido a 10/09/2019. Disponível em: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., Parsons, M.A. (2014). Health Promotion in Nursing Practice (6ª ed.). Essex: Pearson Acedido a 10/09/2019. Disponível em: [https://scholar.google.pt/scholar?q=%E2%80%A2%09Pender,+N.J.,+Murdaugh,+C.L.,+Parsons,+M.A.+\(2014\).+Health+Promotion+in+Nursing+Practice+\(6%C2%AA+ed.\).+Essex:+Pearson&hl=pt-PT&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart](https://scholar.google.pt/scholar?q=%E2%80%A2%09Pender,+N.J.,+Murdaugh,+C.L.,+Parsons,+M.A.+(2014).+Health+Promotion+in+Nursing+Practice+(6%C2%AA+ed.).+Essex:+Pearson&hl=pt-PT&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart)
- Pinto, P.S.A (2013) **Acessibilidade aos cuidados de saúde**. Revista Nursing,. Ano 26. Ed.289.Acedido a 18-9-2019. Disponível em: <http://www.nursing.pt/a-acessibilidade-aos-cuidados-de-saude/>
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro, disponível em: <https://dre.pt>
- Regulamento nº 428/2018 de 16 de Julho, disponível em: <https://dre.pt>
- Regulamento nº 128/2011 de 18 de Fevereiro, disponível em: <https://dre.pt>
- Ribeiro et al (2018). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo (RIFA) Acedido em 15-11-2019. Disponível em : sefstat.sef.pt
- Seabra, P., Garcia, M., Lourenço, M., Mendes, T. V., & Figueiredo, A. S. (2017). O Banho Público" A satisfação das Necessidades Básicas em Pessoas com Perturbação Mental. *Cidade Solidária Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*, 38, 76-83.
- Shi, L., & Stevens, G. D. (2005). Vulnerability and unmet health care needs: the influence of multiple risk factors. *Journal of general internal medicine*, 20(2), 148-154.

- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população. Loures: LUSODIDACTA–Soc. Port de Material Didáctico, Lda.
- Tavares, A. (1990). Métodos e técnicas de planeamento em saúde. Lisboa: Ministério da Saúde. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). Teóricas de enfermagem e a sua obra. Lisboa, Portugal: Lusociência.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem. Loures: Lusociência, 301-333.
- UCC Nostra Pontinha, consultado em www.uccnostrapontinha.com
- Unidade de Cuidados na Comunidade Nostra Pontinha (2013-2015). Plano de Ação. Lisboa.
- UNICEF (1989) A Convenção dos Direitos da Criança. Disponível em: https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf. Acedido em 20/06/2019.
- WHO. (1986). Carta de Otawa- Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Canadá
- WHO (1998). Health Promotion Glossary. Obtido de <http://www.who.int/healthpromotions/about/HPRGlossary1998.pdf>

ANEXOS

Anexo I- Grelha de Análise para determinação de prioridades

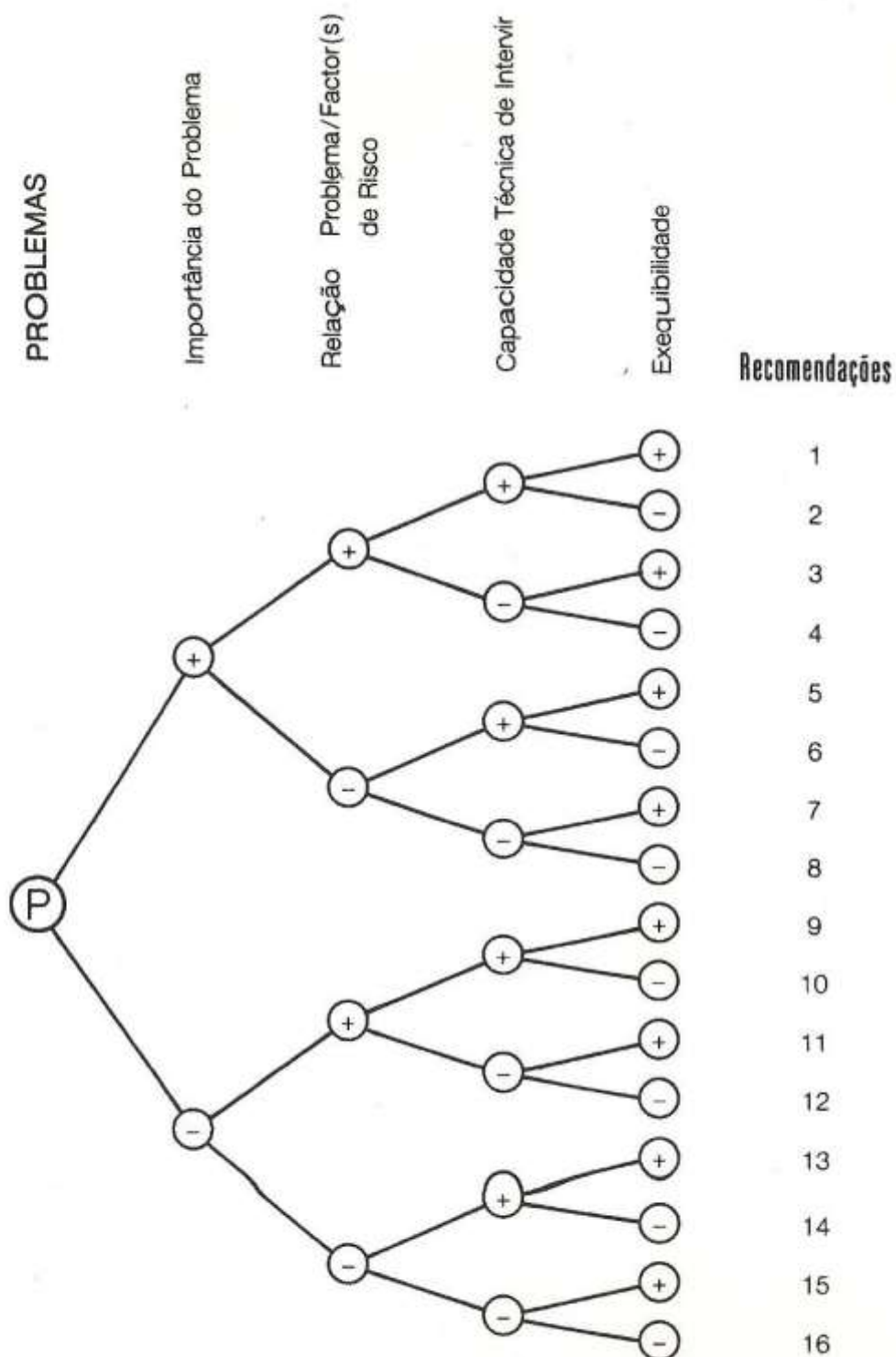


FIG. 9 - GRELHA DE ANÁLISE para determinação de prioridades
(Extraído de Pineault e Daveluy, 1986)

Adaptado do livro “Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde”, António Tavares, 1990

APÊNDICES

Apêndice I- Gráficos Resultados da plataforma Sclinic – Consultas de vigilância em CSP anteriores ou posteriores ao atendimento na Unidade Móvel

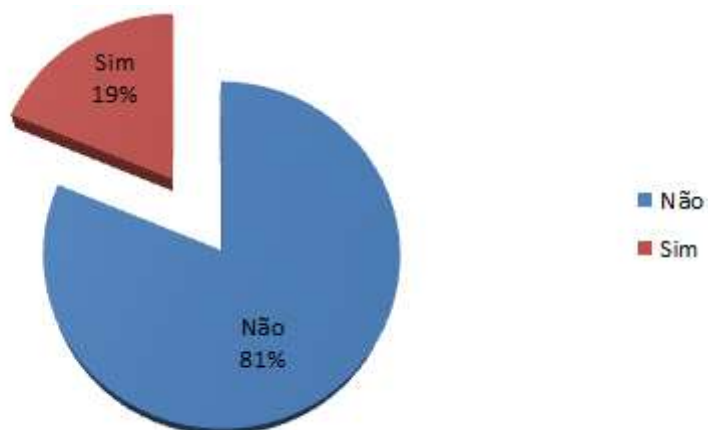


Gráfico 1- Percentagem de utentes da amostra do período de Janeiro a Junho de 2019 com vigilância de saúde

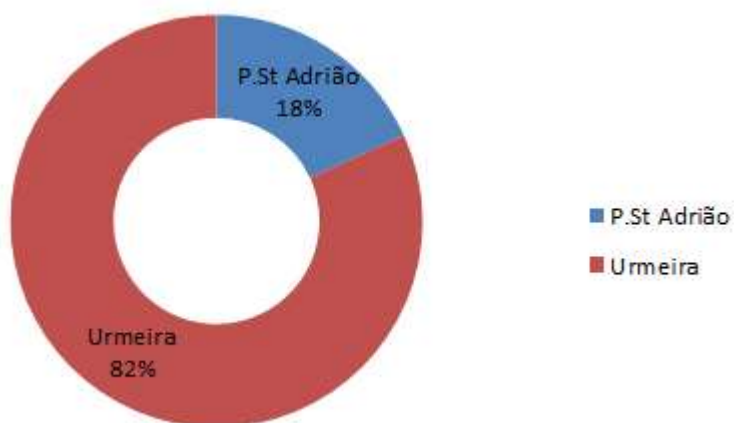


Gráfico 2- Percentagem de utentes da amostra do período de Janeiro a Junho de 2019 com vigilância de saúde por Unidade de Saúde

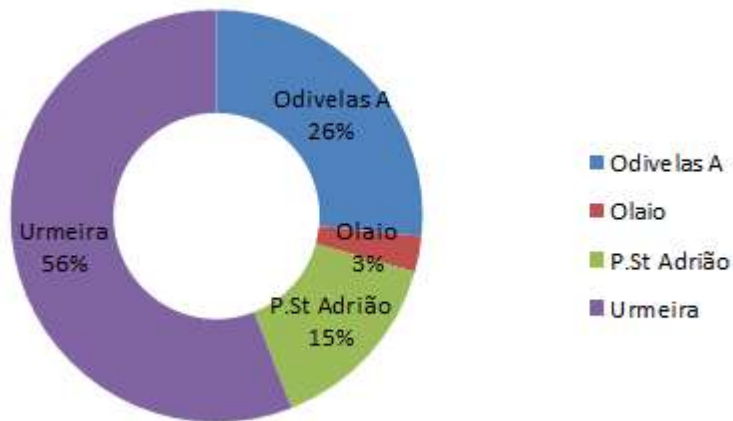


Gráfico 3- Percentagem de utentes da amostra do período de Janeiro a Junho de 2019 sem vigilância de saúde por Unidade de Saúde

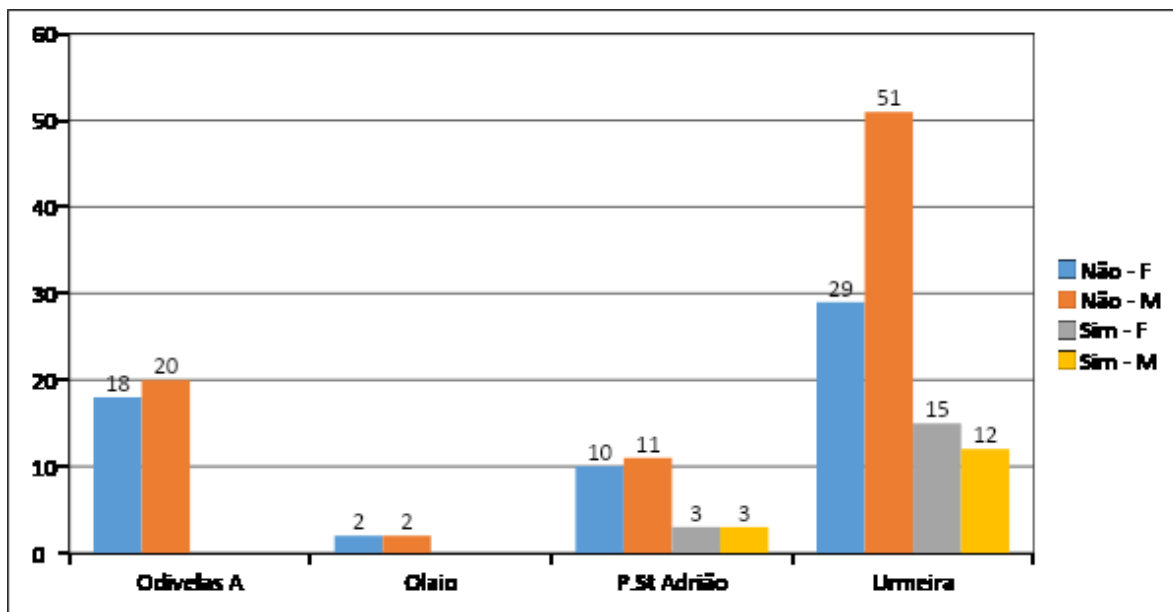
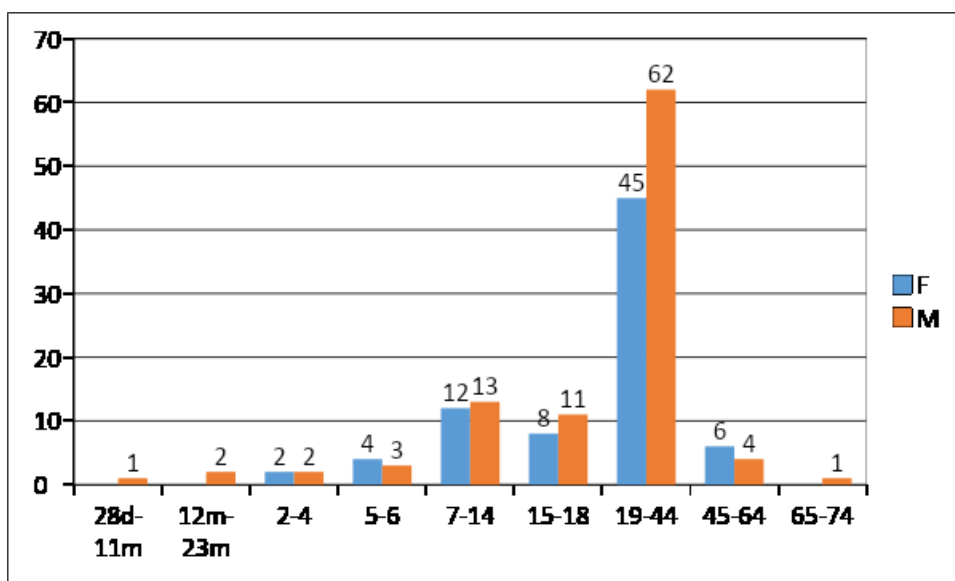


Gráfico 4- Nº de Utentes da amostra do período de Janeiro a Junho de 2019 com e sem vigilância de saúde, de acordo com as Unidades de Saúde correspondentes e de acordo com o género.

Gráfico 5- Relação faixa etária/ género da população que recorre à unidade móvel de acordo com os registos da base de dados da Unidade Móvel, de Janeiro a Junho de 2019



Apêndice II – Folheto educativo “Saúde para Todos” (versão Portuguesa)

O acesso à saúde é um direito de todos os cidadãos que residem em Portugal, incluindo as pessoas migrantes, de acordo com a legislação em vigor:

Constituição da República, artigo 64

“1. Todos têm o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.

2. O direito à proteção da saúde é realizado: a) Através de um Serviço Nacional de Saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

3. Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: b) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”.

(Lei nº 48/90 – Lei de Bases da Saúde, Base II, nº 1, alínea b)

“É objetivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos, seja qual for a sua condição socioeconómica e onde quer que estejam.”



CONTACTOS

Elaborado por:
Suraiya Mansurali
Mestranda em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências de Saúde
Orientação:
Prof. Dra. Cândida Ferrite
Docente- Universidade Católica- Instituto de Ciências de Saúde

Saúde para Todos

Sabia que pode ter acesso aos cuidados de saúde, como qualquer cidadão português?



Sabia que?

Tem direito a inscrição no Serviço Nacional de Saúde?

Para aceder a este serviço dirija-se à Unidade de Saúde da sua área de residência.

Tem direito a reagrupamento familiar?

Para aceder a este serviço, dirija-se ao Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF) e solicite o reagrupamento do seu agregado familiar e a autorização de residência.

Como proceder?

1º Deve dirigir-se ao SEF (serviço de Estrangeiros e Fronteiras) para solicitar autorização de residência;

2º Deve dirigir-se à Junta de freguesia da sua área de residência para solicitar declaração de residência.

3º Dirija-se a uma Unidade de Saúde da sua área de residência. Traga apenas os seus documentos e faça a sua inscrição. Se tiver dúvidas, contacte-nos pelos números de

Proteger a nossa saúde é uma prioridade! Inscreva-se numa Unidade de Saúde, da sua área de residência!



Documentos:

- Passaporte e Autorização de residência ou
- Passaporte e comprovativo de marcação do Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF)
- Número de Contribuinte
- Nº da Segurança Social
- Declaração de residência (a solicitar na Junta de Freguesia da área de residência)

Consultas de Enfermagem e Médicas na Unidade de Saúde:

- Planeamento Familiar;
- Saúde Infantil/Juvenil;
- Saúde do Adulto;
- Saúde Materna;
- HTA;
- Diabetes Mellitus;

Parceiros de Saúde

Também pode contactar um dos parceiros de saúde, que disponibilizam um atendimento e informam sobre o acesso à saúde dos cidadãos estrangeiros e migrantes:

CNAIM (Centro Nacional de Apoio a Integração de Migrantes)

Rua Álvaro Coutinho, 14, 1150-025 Lisboa (Junto à Igreja do Anjos)

Telefone: 808 257 257

Horário: Segunda a Sexta-feira das 9h às 17h
Dispõe de linha de apoio ao migrante com tradução telefónica

CLAIM (Centro Local de Apoio a integração de Migrantes)

Loja do Cidadão Strada Shopping, Loja 2048, Estrada de Paiz, Casal do Troca, 2675-626 ODIVELAS

Telefone: 300 003 990

Horário: Dias úteis: das 08:30h às 19:30h
Sábados: das 09:30h às 15:00h

Contactos úteis:

Junta de freguesia

Pontinha/Famões

Avenida 25 de Abril, 22 A - 1657-183 Pontinha

Telefone: 21 478 72 80

Horário: Segunda a Sexta-feira das 9h às 17h

Apêndice III- - Folheto educativo ““Health for All” (versão inglesa)

In Portugal, the right to health protection is for all the citizens, including foreigners and migrants and it's written in current legislation:

*1. Everyone has the right to health protection and the duty to defend and promote it.

2. The right to protection of health is accomplished: a) Through a universal and general National Health Service and, taking into account the economic and social conditions of citizens, tend to be free.

3. In order to ensure the right to health protection, the State shall, as a matter of priority: b) Ensure access for all citizens, regardless of their economic status in the care of preventive, curative and rehabilitation medicine. *

In Constituição da República Portuguesa, Artigo 64.

"It's a main goal to obtain citizens equality, whatever your social status and wherever you live".

(In Lei nº 48/90 – Lei de Bases da Saúde, Base II, nº 1, alínea b)



CONTACTS

Prepared by:
Suraiya Mansurali
Mastering in Community Nursing in
Universidade Católica Portuguesa -
Instituto de Ciências de Saúde

Master Advisor :
Doctor Teacher Cândida Ferrito
Teacher in Universidade Católica-
Instituto de Ciências de Saúde

Health for All

Did you know that you can achieve to Healthcare, like any portuguese citizen?



You know that?

You have right to sign in National Health Service?

To access this service, you must go to the health center of your residency área.

You have the right to entitled to family reuniou?

To access this service, you must go to the Foreign Service and Borders (SEF) and request the family reunion of your household and Residence Permit.

How to proceed?

1º Must go to Foreign Service and Borders to request Residence Permit;

2º Must go to Parish Council of your residency área to request for Residence Declaration.

3º. Must go to the health center and bring the documents later describe. Bring it. If you have doubts, please contact us for our contacts.

Protect our health is a priority. Sign in na heath center, near by your residency área.



Documents:

- Passport and Residence Permit or
- Passport and Marking Proof of SEF
- Finance Number
- Social Security NumberI
- Declaration of Residence

Health Center Medicine and Nursing Appointmments:

- Family Planning;
- Child and Youth Health;
- Adult Health;
- Maternal Health;
- Hypertension;
- Diabetes Mellitus;
- Vaccination;

Health Partners

You can also contact our health partners, which has attendance and inform about access to health of foreign citizens and migrants

CNAIM (Centro Nacional de Apoio a Integração de Migrantes)

Rua Álvaro Coutinho, 14, 1150-025 Lisboa (Near Anjos Chearch)

Telephone: 808 257 257

Schedule: Monday to Friday from 9h to 17h (have telephone translation line)

CLAIIM (Centro Local de Apoio a integração de Migrantes)

Loja do Cidadão Strada Shopping

Estrada de Paiã, Casal do Troca,

2675-626 ODIVELAS

Telephone: 300 003 990

Telephone: 808 257 257

Schedule Working day: das 08:30h às 19:30h

Saturdays: from 09:30h to 15:00h

Usefull Contacts :

Parish Council (Junta de freguesia Pontinha/Famões)

Avenida 25 de Abril, 22 A - 1657-183

Pontinha

Telephone: 21 478 72 80

Schedule Working day: Monday to Friday from 9h to 17h

Apêndice IV – Folheto educativo acerca da importância da vigilância de saúde (versão inglês)

"However long the walk, the most important thing is the first step". Therefore visit your doctor and your nurse at a Health Center in your residence area. Take the first step to search for Health!



Contacts:

Prepared by:
Sursiya Mamsurall
Student of Master in Community Nursing

Teacher: Dr. Cândida Ferrito – Universidade Católica- Instituto das Ciências da Saúde

Importance of Health Surveillance



Vaccination



Health Surveillance



Health Education



Treatments



Concepts of Surveillance Care in a Community

- ✦ "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not just absence of disease or illness". (OMS, 1986)
- ✦ The Constitution of the Portuguese Republic guarantees the right to health protection, however, poverty, social position and culture of each one are key factors to determine their state of health and their conditions regarding access to health care services.
- ✦ Surveillance Health" is the monitoring of health conditions". Is important for monitoring health and disease conditions, reducing the spread of disease, monitoring chronic diseases / injuries and health behaviours. It's essential for the entire population and especially the most vulnerable, particularly children / young people and pregnant women.
- ✦ The concept of "accessibility" is complex and can be understood as measure of how easy is for someone to obtain health care (Donabedian, 2003).
- ✦ The Community Nursing are making efforts to create strategies working to reduce obstacles and difficulties in healthcare access ... it's a journey...it takes time but facilitate access to Health that's our goal!



Children's Health Surveillance

"Children are the future of the society" (Stanhope e Lancaster, 2011)
If we want the success of a population, the focus must start with the children needs. The aim is to have them grow up to be

"Through vaccination millions of children were saved and had the chance to live healthier, longer and better, as they were more likely to learn, play, read and write without suffering " (Nelson Mandela).



The intervention of nurses in the field of child development assessment is not limited to detecting or merely tracking development.
is the professional who has a lot of power in this whole process of monitoring child / youth development.

Nurses Role in Surveillance Care

Nurses have the opportunity to teach healthy lifestyle to children and their parents/ caregivers and provide family-centered care.



In appointments with the nurses, they promote healthy behaviors tackling several issues such as: Nutrition, breast and artificial milk, breast-feeding, vaccination, , the importance of playing with children and the exercise, prevention of accidents, special needs, emotions, hygiene care, sleeping, routines, school, development issues, and the most important the support of the parents/caregivers Increasing the level of knowledge and motivation of families, and favor exercise of parenting.



Apêndice VI- Fluxograma

Fluxograma de Acesso à consulta de Enfermagem de Saúde Infantil/Juvenil

ACES Loures- Odivelas

Prof. Orientadora: Prof. Dra. Cândida Ferrito
Mestranda : Suraya Mansurali

12º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização: Enfermagem Comunitária, Enfermagem Comunitária e de Saúde

INTRODUÇÃO

A UCC [redacted] tem o Projeto "Saúde em Movimento", que representa uma estratégia na diminuição das desigualdades de acesso aos cuidados de saúde por parte da população, através do recurso à Unidade Móvel. A UCC presta cuidados de saúde a grupos mais vulneráveis em situação de maior risco, junto das comunidades, na sua área de geográfica [redacted].

No âmbito do projeto, foi identificada a necessidade de intervenção na vigilância de Saúde Infantil/Juvenil na assistência à comunidade, devido a taxas de mortalidade infantil elevadas, presentes no plano local de saúde do concelho.

Os indicadores de mortalidade infantil e outros em Portugal, são dos melhores, contudo há desigualdades em saúde, quando consideradas em diferentes grupos sociais. Esta problemática, pode ser melhorada na sua globalidade, caso haja uma vigilância das mulheres durante a gravidez, havendo um acompanhamento neonatal e das crianças, desde os eu nascimento até à adolescência.

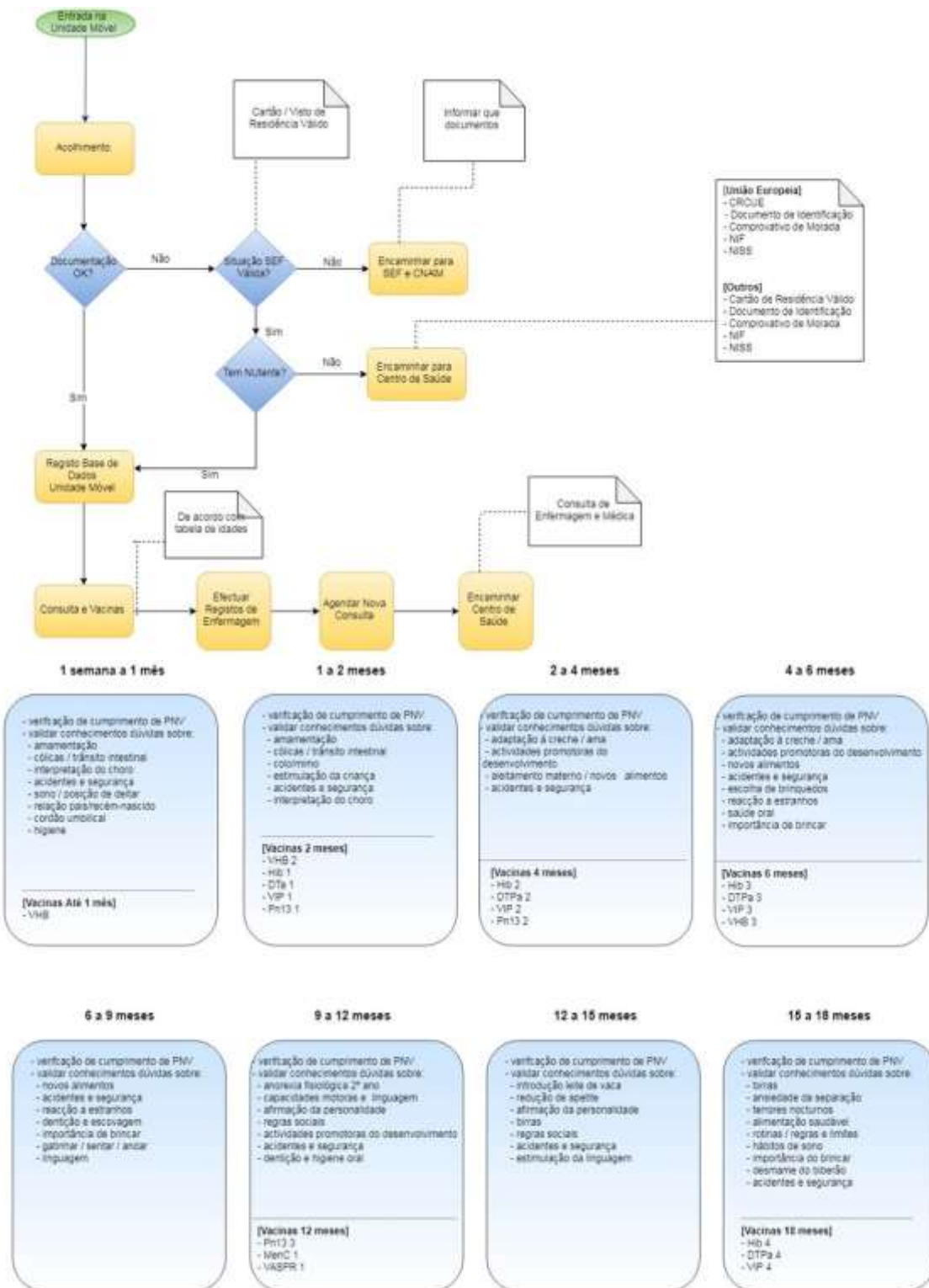
A vigilância de Saúde neonatal, Infantil e Juvenil, é uma área prioritária de intervenção e torna-se ainda mais urgente quando se trata de populações mais vulneráveis e de maior risco, pela sua natureza e pela desigualdade no acesso aos cuidados de saúde. A Unidade Móvel pode ser a chave mestra do seu sucesso, devido às populações a quem se destina.

Neste contexto, foi elaborado um instrumento de decisão clínica em Enfermagem: Fluxograma de Acesso à Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil/Juvenil, na Unidade Móvel [redacted] enquanto instrumento facilitador de um atendimento personalizado, uniformizado e estruturado para atender a estas necessidades identificadas e de acordo com as normas da Direção Geral de Saúde, na Vigilância de Saúde Infantil/Juvenil.

OBJETIVOS DO FLUXOGRAMA

- ❖ Uniformizar a atuação da equipa de enfermagem da Unidade Móvel;
- ❖ Proporcionar um atendimento personalizado e individualizado dos utentes;
- ❖ Assegurar a continuidade de cuidados às crianças/jovens, através do encaminhamento, após a avaliação na vigilância de saúde;

Fluxograma de Acesso á consulta de Enfermagem de Saúde Infantil/Juvenil na Unidade Móvel da UCC [REDACTED] ACES Loures- Odivelas



18 meses a 2 anos

- verificação de cumprimento de PNV
- validar conhecimentos dúvidas sobre:
- alimentação saudável
- regras / rotinas e limites
- acidentes e segurança
- ansiedade de separação
- livro do lácio
- desmane da Chupeta
- brincar
- acidentes e segurança

2 a 3 anos

- verificação de cumprimento de PNV
- validar conhecimentos dúvidas sobre:
- alimentação saudável
- brincar / estimular criatividade
- acidentes e segurança
- hábitos de sono
- controlo de eficientes
- letras / números / realidade
- desmane da chupeta
- desmane do biberão
- estimular linguagem

3 a 4 anos

- verificação de cumprimento de PNV
- validar conhecimentos dúvidas sobre:
- alimentação saudável
- hábitos de sono
- relação com outras crianças
- regras
- actividades promotoras de desenvolvimento
- saúde oral
- acidentes e segurança
- adaptação ao JI

4 a 5 anos

- verificação de cumprimento de PNV
- validar conhecimentos dúvidas sobre:
- alimentação saudável
- hábitos de sono
- ansiedade nocturna
- regras
- actividades promotoras de desenvolvimento
- saúde oral
- acidentes e segurança
- preparação entrada escola
- estimular actividade física
- adaptação ao JI
- verificar exame global de saúde

[Vacinas 5 anos]

- DTapS 5
- VIP 5
- VASPR 2

5 a 8 anos

- verificação de cumprimento de PNV
- validar conhecimentos dúvidas sobre:
- alimentação saudável
- promoção do sucesso escolar
- peso da mochila
- adaptação à escola
- hábitos de sono
- ansiedade nocturna
- hábitos de leitura e música
- hábitos de TV / Computador
- actividade tempos livres
- comportamento e socialização
- acidentes e segurança

8 aos 10 anos

- verificação de cumprimento de PNV
- validar conhecimentos dúvidas sobre:
- alimentação saudável
- promoção do sucesso escolar
- adaptação à escola
- hábitos de sono, leitura e música
- hábitos de TV / Computador
- actividade tempos livres
- comportamento e socialização
- segurança / bullying
- consumo nocivos / riscos
- cidadania
- sexualidade / puberdade
- família / grupo / comunidade
- saúde oral

[Vacinas 10 anos]

- HPV (Fem.)
- Td (Todos)

10 a 18 anos

- verificação de cumprimento de PNV
- validar conhecimentos dúvidas sobre:
- alimentação saudável
- promoção do sucesso escolar
- adaptação à escola
- hábitos de sono
- hábitos de leitura e música
- hábitos de TV / Computador
- actividade tempos livres
- comportamento e socialização
- segurança / bullying
- consumo nocivos / riscos
- cidadania
- sexualidade / puberdade
- família / grupo / comunidade
- saúde oral

Quadro II - PNV: Esquema vacinal em atraso para crianças <3 meses e <7 anos de idade

Vacina/tema	1º dose	1 mês após a dose anterior	2 meses após a dose anterior	3 meses após a dose anterior	3 anos após a dose anterior
Hepatite B	HB1	HB2	-	HB3	-
Hemofilia / Sarampo B	HB1	HB-Quarta do	-	-	-
Difteria (difteria, tétano, coqueluche)	DP1	DP2	DP3	DP4	DP5
Poliomielite*	VP1	VP2	VP3	VP4	VP5
Imunização pneumocócica	IP1	IP-Quarta do	-	-	-
Varicela (varicela)*	VR1	-	-	-	-
Tetanus, difteria (difteria, tétano)	TD1	-	-	-	TD2

* HB1 aplica-se recomendada <12 anos de idade, sendo em crianças com alteração imunológica que podem ser vacinadas em qualquer idade (1) e vacinação de grupos de risco (ver recomendações específicas). O esquema vacinal em atraso aplica-se a HB1 quando de idade não pode ser administrada a primeira dose (Quarta do).
 ** A DP5 A500 recomendada em anos de idade não se recomenda a administração da DP5 S.
 *** A 4ª dose de VP se administrada ao ano de idade, incluindo se o esquema completo, desde que o intervalo entre a primeira e a última dose do VP seja regular, pelo menos 3 meses.
 **** A VR2 aplica-se recomendada <15 anos de idade, sendo em grupos de risco (1) e vacinação de grupos de risco ou em

Quadro IIIa - PNV: Esquema vacinal de recurso para a vacina Hib

Idade de início	Primovacinação	Idade do reforço único
6 semanas - 6 meses	2 doses ¹	18 meses
7 - 11 meses	2 doses ¹	18 meses
12 - 15 meses	1 dose	18 meses
> 15 meses e > 5 anos	1 dose	Não recomendado

¹ Intervalo de 8 semanas entre doses, podendo, se necessário, aplicar-se os intervalos mínimos referidos no quadro V.
² Intervalo de 4 a 8 semanas entre doses.

Quadro IV - PNV: Esquema vacinal tardio para crianças >7 anos e <18 anos de idade

Vacina/tema (por ordem de prioridade)	1ª dose	1 mês após a dose anterior	6 meses após a dose anterior	3 anos após a dose anterior	15 anos após a dose anterior	15 - 17 anos idade
Hepatite B (difteria, tétano, coqueluche)	HB1/1	HB1/2	HB1/3	HB4	HB5	-
Varicela, difteria, tétano, coqueluche, rubéola	VR1/1	-	-	VR1/2	-	-
Hepatite C	HC1	-	-	-	-	-
Hepatite B	HB1	HB2	HB3	-	-	-
Vírus do Papiloma humano	-	-	-	-	-	HPV
Poliomielite	VP1	VP2	VP3	-	-	-

¹ Dose de 0,5 ml e <10 anos de idade. 1 dose e <10 anos de idade.
 (2) A 17ª dose administrada <10 e <15 anos de idade, e 17 seguinte e administrada <15 anos de idade.
 *** A 4ª dose de VP se administrada ao ano de idade, incluindo se o esquema completo, desde que o intervalo entre a primeira e a última dose do VP seja regular, pelo menos 3 meses.

Quadro IIIb - PNV: Esquema vacinal de recurso para a vacina Ph13¹

Idade de início	Primovacinação	Idade do Reforço único
6 semanas - 6 meses	2 doses	>12 meses
10 - 11 meses	1 dose	>12 meses
12 - 17 meses	1 dose	>12 meses
>17 e >5 anos	1 dose	Não recomendado

¹ Intervalo de 8 semanas entre doses, podendo, se necessário, aplicar-se os intervalos mínimos referidos no quadro V.

Alterações do PNV

- ❖ **DTP isolada**- foi descontinuada, pelo que deve ser administrada DTPaVIP (tetravax)
- ❖ **VHB** – esquema atrasado e tardio
Até 15 anos- **VHB 10**
A partir dos 15 anos- **VHB 20**
- ❖ **Esquemas vacinais entre 10 e 18 anos** - reforço após 15 anos
- ❖ **Grávidas e mulheres em idade fértil maiores de 18 anos**-
Td , VASPR e VIP

CONCLUSÃO

A Unidade móvel de Saúde proporciona cuidados de saúde a estas populações vulneráveis e de maior risco, traduzindo-se em ganhos de saúde para a população.

A implementação do fluxograma criado, enquanto instrumento de Avaliação e Decisão Clínica, permitirá uma abordagem mais personalizada, estruturada, indo de encontro às necessidades desta população na vigilância de saúde infantil/juvenil, garantindo o seu acesso à saúde.

Pretende ser uma mais-valia no atendimento a esta população, agilizando os processos burocráticos e simplificando todo o atendimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dalcin, C.; Backes, D., Dotto et al. (2016). Determinantes sociais de saúde que influenciam o processo de viver saudável em uma comunidade vulnerável. *Revista de Enfermagem UFPEonline*. Recife. 10 (6).1963-70. Consultado no dia 3-6-2019 em DOI: 10.5205/revol.9199-80250-1-SM1006201607 ;

DGS. (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Obtido de <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/> ;

DGS (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: DGS. Acedido a 03-06-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas.aspx> ;

DGS (2017). Programa Nacional de Vacinação. Lisboa: DGS. Acedido a 3-6-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-vacuacao/2017.pdf> ;

Tavares, António (1990). Métodos e técnicas de Planeamento em saúde. *Cadernos de Formação n° 2*, Ministério da Saúde, Lisboa.

CONTACTOS



Apêndice- VII – Orientações do fluxograma

Título : Fluxograma de atuação uniformizada e estruturada no atendimento á criança/jovem no âmbito da vigilância de saúde na unidade móvel , inserido no projeto “Saúde em Movimento”

Autores: Suraiya Mansurali

Prof. Orientadora do Ensino Clínico: Dra. Cândida Ferrito

Nota introdutória do Fluxograma de atendimento de a crianças/jovens na Consulta de Enfermagem da Unidade Móvel

A importância da vigilância da saúde infantil/juvenil, deriva do facto das crianças, segundo a Carta dos Direitos da Criança da Unicef (1989), serem consideradas “todo o ser humano menor de 18 anos”, constituindo um grupo prioritário que justificam o maior empenho e disponibilidade por parte dos profissionais em especial, por parte dos enfermeiros, tendo em vista o reforço das ações de vigilância de saúde infantil para responder á complexidade dos atuais problemas em saúde infantil (DGS, 2013).

Na vigilância de saúde infantil e juvenil são “efetuadas intervenções que visam a concretização de um conjunto vasto de objetivos, tendo em vista a obtenção contínua de ganhos em saúde” (DGS, 2013, p.9).

Os objetivos apenas serão concretizados se houver uma otimização dos recursos disponíveis. A avaliação, é uma das atividades que integram um conjunto de cuidados promotores do desenvolvimento infantil e da saúde, no âmbito das consultas de vigilância de saúde infantil ao nível dos cuidados de saúde primários. A sua importância justifica-se, por proporcionar uma base objetiva de informação sobre a criança, que serve de orientação na identificação dos cuidados adequados à estimulação do máximo potencial do desenvolvimento da criança. Por outro lado, é a forma mais eficaz de detetar precocemente alterações no desenvolvimento e assim poder intervir o mais precocemente possível, quer nas funções afetadas quer nos fatores de risco, aumentando as probabilidades de sucesso dessas mesmas intervenções.

A pertinência de intervir neste domínio é justificada de forma abrangente pela OMS, no âmbito dos seus objetivos do milénio ao referir que: “o futuro das sociedades humanas depende da possibilidade que as crianças tenham de atingir o seu ótimo crescimento físico e desenvolvimento psicológico. (...) educar os filhos para atingirem o seu potencial.”

Assim, a intervenção do enfermeiro no domínio da avaliação do desenvolvimento infantil, não se esgota na deteção ou mero rastreio do desenvolvimento. Trata-se sim, de uma abordagem multidimensional e abrangente que inclui a avaliação do estado de saúde, a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis, através de cuidados

antecipatórios, a identificação das situações de risco, detecção precoce de problemas e intervenção e/ou referência para equipas ou técnicos especializados quando necessário.

A promoção do crescimento e desenvolvimento infantil é um domínio do saber que tem de estar presente em todas as ações dos enfermeiros que interfiram de forma direta ou indireta com crianças.

Os impactos dos cuidados centrados no desenvolvimento da criança refletem-se por toda a sua vida. É esperado que os enfermeiros, não só dominem e apliquem conhecimento científico dos diferentes domínios do desenvolvimento (físico, social, psicológico, cognitivo, moral, motor, etc.), como conheçam e intervenham nos seus determinantes. As relações entre saúde, crescimento físico, desenvolvimento psicológico e cuidados parentais têm-se tornado cada vez mais claras nas últimas décadas (WHO, 1999, p.1). Assim se justifica, que parte das ações promotoras do desenvolvimento infantil incidam no empoderamento dos pais ajudando-os na transição para esse papel com permanentes desafios e exigências.

O enfermeiro pela sua posição privilegiada de proximidade, de forma individual ou no contexto de uma equipa multidisciplinar, é o profissional que tem muito poder em todo este processo de acompanhamento do desenvolvimento infantil/juvenil. Este acompanhamento junto da comunidade, torna-se fundamental em populações mais vulneráveis e de maior risco.

Segundo a DGS (2013), é de particular importância desenvolver os meios que possibilitam a visita domiciliária, enquanto elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde em particular (...) nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como risco.

A aplicação deste programa pode representar, no contexto da crise global, que se atravessa, um instrumento de apoio à saúde integral infantil e juvenil, que concorra para a igualdade de oportunidade de desenvolvimento para todas as crianças e jovens, independentemente dos contextos socioeconómicos das famílias e comunidades

Neste contexto, a unidade móvel, torna-se uma das estratégias de acessibilidade aos cuidados de saúde a populações vulneráveis e que têm maior dificuldade no acesso aos mesmos, permitindo a vigilância de saúde infantil e juvenil destas populações,

traduzindo-se em ganhos de saúde. É de referir que, apesar do contexto onde é feita a vigilância de saúde infantil e juvenil, ser distinto, o objetivo é comum, promover a saúde da criança e do jovem.

O crescimento e desenvolvimento é feito através do acompanhamento das crianças/jovens em idades chave para o diagnóstico precoce de situações de risco, problemas de saúde e para a promoção da saúde. São aspetos prioritários, a deteção e o apoio às crianças que apresentam necessidades especiais, em situações de risco ou populações vulneráveis, a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde, assim como o reconhecimento e a capacitação dos pais e outros adultos de referência, enquanto primeiros prestadores de cuidados.

O aumento do nível de conhecimentos e de motivação das famílias, a par da redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, favorecem o exercício da parentalidade e tornam possível que os pais o assumam, como direito e dever competindo aos profissionais facilitá-lo e promovê-lo.

O programa de Saúde Infantil e Juvenil obedece a algumas linhas mestras, nomeadamente (DGS, 2013, p.5):

- “Calendarização das consultas para idades-chave, correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente, tais como as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade;
- Harmonização destas consultas com o esquema cronológico preconizado no novo Programa Nacional de Vacinação (PNV), de modo a reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde;
- Valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores os conhecimentos necessários ao melhor desempenho no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde;
- Neste âmbito, e face aos movimentos anti vacinais emergentes, o reincentivo ao cumprimento do PNV, preservando o adequado estado vacinal das crianças, jovens e população em geral, afigura-se crucial;

- Também o investimento na prevenção das perturbações emocionais e do comportamento constitui uma prioridade no mesmo domínio;
- Deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de correção;
- Apoio à responsabilização progressiva e à autodeterminação em questões de saúde das crianças e dos jovens;
- Trabalho em equipa, como forma de responder à complexidade dos atuais problemas e das necessidades em saúde que requerem, de modo crescente, atuações multiprofissionais e interdisciplinares;
- Articulação efetiva entre estruturas, programas e projetos, dentro e fora do setor da Saúde, que contribuam para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens”.

Deste modo, são efetuadas intervenções que visam a concretização dos objetivos do programa de saúde infantil e juvenil durante a vigilância de saúde, nomeadamente (DGS, p. 8, 9):

- “1. Avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar os dados obtidos, nos suportes próprios, nomeadamente no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ);
2. Estimular a opção, sempre que possível, por comportamentos promotores de saúde, entre os quais os relacionados com: a nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, promovendo comportamentos alimentares equilibrados; prática regular de exercício físico; o brincar, e outras atividades de lazer em espaços livres e ambientes despoluídos; a gestão do stress; a prevenção de consumos nocivos; a adoção de medidas de segurança, reduzindo o risco de acidentes.;
3. Promover: a imunização contra doenças transmissíveis, conforme o Programa Nacional de Vacinação; a saúde oral; a prevenção das perturbações emocionais e do comportamento; a prevenção dos acidentes e intoxicações; a prevenção dos maus tratos; a prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar inadequada; o aleitamento materno;
4. Detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente, tais como: malformações

congénitas - doença luxante da anca, cardiopatias congénitas, testículo(s) não descido(s) -, perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estatura-ponderal e psicomotor, problemas dentários, alterações neurológicas, alterações do comportamento e do foro emocional e relacional;

5. Prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades, nomeadamente reforçando o papel dos pais e outros cuidadores, alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde;

6. Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes na prestação de cuidados a estas crianças;

7. Assegurar a realização do aconselhamento genético, sempre que tal esteja indicado, quer para os progenitores, quer para os adolescentes, se necessário, através da referenciação para serviços especializados;

8. Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violência, tais como: negligência, maus tratos físicos, psicológicos, abuso sexual, bullying, práticas tradicionais lesivas, nomeadamente a mutilação genital feminina;

9. Promover o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação das crianças e dos jovens, com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde, prevenindo situações disruptivas ou de risco acrescido e promovendo a equidade de género;

10. Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar e em outros ambientes específicos”.

A periodicidade das consultas é feita nas idades consideradas “idades chave e o fluxograma foi elaborado com base na vigilância de saúde infantil e juvenil, nestas idades consideradas “chave”.

No entanto, apesar das idades “chave” consideradas pela DGS, todas as oportunidades em que as crianças/jovens compareçam á unidade de saúde, deve ser considerado momento de avaliação do desenvolvimento e oportunidade de vigilância de saúde, ou seja, considerados pela DGS, os exames oportunistas.

Isto aplica-se á população migrante, à qual a Unidade Móvel se desloca, pois, quando estes cidadãos procuram os cuidados de saúde, devem ser considerados momentos chave para avaliação do desenvolvimento infantil e sua vigilância de saúde. Isto, deve-se pela sua questão de vulnerabilidade, tendo acesso aos cuidados de saúde, através da Unidade Móvel.

As crianças que sejam atendidas, independentemente da idade chave, devem ser avaliadas globalmente e encaminhadas para as Unidades de Saúde correspondentes, no sentido de dar a continuidade a esta vigilância de saúde.

Para tal, deve estabelecer-se a articulação com a enfermeira de referência do respetiva Unidade de Saúde e agendar uma marcação para consulta de enfermagem e médica, para esta criança/jovem por forma a garantir a sua vigilância e deve ser assegurado que a mesma, compareça no respetivo dia do agendamento realizado, obtendo feedback desta vigilância com a equipa de enfermagem da Unidade de Saúde com quem se procedeu á articulação.

Também as mulheres grávidas devem ser sinalizadas e encaminhadas, através do mesmo tipo de articulação, no sentido de promover a vigilância da sua gravidez e evitar outras complicações que podem comprometer a saúde da grávida e do feto, durante a gestação, parto e pós-parto.

A imunização é outra forma de proteção e segurança, pois é um dos mecanismos que mais tem contribuído para a redução da mortalidade e morbilidade infantil. Assim e tal como a DGS preconiza todas as idas á consulta, devem ser pretexto de avaliação do estado vacinal e deve ser feita a imediata atualização ou programação para a atualização a curto prazo.

Segundo o plano Nacional de Vacinação (2017), o acesso á vacinação é um direito fundamental. E segundo Nelson Mandela citado em (DGS, 2017, p. 15), “através da vacinação milhões de crianças foram salvas e tiveram a possibilidade de viverem com mais saúde, mais tempo e melhor, uma vez que foram maiores as hipóteses para aprender, brincar, ler e escrever, sem sofrimento”. Isto. É um facto, pois “os programas de vacinação promovem a equidade, proporcionam igualdade de oportunidades, protegem a saúde e previnem as doenças, independentemente do género, da etnia, da cor da pele, da religião, do estatuto social, dos rendimentos familiares ou das ideologias” (DGS, 2017, p.15).

É de salientar, que “uma elevada cobertura vacinal permite imunizar quem é vacinado, mas também evitar a propagação de doenças, uma vez que a imunidade de grupo impede a circulação de agentes patogénicos”

Na consulta de enfermagem da Unidade Móvel, este é um dos aspetos a ter sido tidos em conta, pelo que deve ser feita a avaliação do estado vacinal das crianças e jovens que recorrem á unidade móvel, no sentido de atualizar o boletim de vacinas de acordo com o Plano Nacional de Vacinação.

Neste contexto, esta avaliação deve ter em conta que a população que recorre á Unidade Móvel, a grande maioria é migrante e devem ser feitos esquemas vacinais adaptados (esquemas tardios), avaliando caso a caso e de acordo com os boletins de vacina que trazem do país de origem. Caso não seja possível ter acesso às vacinas administradas do boletim de vacinas do país de residência, por falta do boletim ou por não estar escrito na língua portuguesa ou inglesa, deverá ser feito o esquema adaptado tardio o mais precocemente possível.

Na grande maioria das vezes, recorre-se aos esquemas de vacinação tardios adaptados. Segundo a DGS (2017, p. 24), “incluem-se nos esquemas vacinais de recurso (“Esquema vacinal tardio”, “esquema vacinal tardio” e “Vacinação de adultos”), pessoas sem registo de vacinação, sem qualquer dose anterior de uma ou mais vacinas, com esquemas incompletos ou com esquemas diferentes do recomendado. Recomenda-se apenas o número de doses necessário para completar o esquema de cada vacina, de acordo com a idade.

Devem ser sempre respeitados os limites máximos para administração das vacinas no âmbito do Plano Nacional de Vacinação, as idades mínimas recomendadas para cada dose, os intervalos entre doses para cada vacina e os intervalos de administração de vacinas diferentes”. Acrescenta ainda que todas as oportunidades de vacinação devem ser aproveitadas para completar ou atualizar o esquema vacinal. Todas as doses são válidas, mesmo que a idade recomendada tenha sido ultrapassada (DGS, 2017).

Estes esquemas, encontram-se também no fluxograma elaborado, para facilitar todo o processo de atendimento e pela especificidade do contexto onde é feita a intervenção da unidade móvel.

Relativamente a estes migrantes, é importante referir que estes devem ser orientados relativamente às questões burocráticas, devem ser informados dos documentos que são necessários, para realizarem a sua inscrição no SNS e assim obterem o número de utente. Podendo deste modo acederem aos cuidados de saúde. Só assim, poderão ser atendidos na unidade móvel, pelo que esta fase antecede a fase da consulta de enfermagem. É no acolhimento que é feito á família, que deve-se informar para estas trazerem a documentação respetiva para proceder ao registo, pelo que o atendimento nem sempre é efetuado no próprio dia. Caso as pessoas não estejam na posse dos respetivos documentos, deverão trazer na vez seguinte, para o respetivo atendimento.

Toda esta problemática vem ao encontro da Lei de Bases da Saúde, nº 1, alínea b; onde refere que “é o objetivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos, seja qual for a sua condição socioeconómica e onde quer que vivam”. E ainda no mesmo artigo, “consideram-se práticas discriminatórias a recusa ou a limitação de acesso aos cuidados de saúde prestados em estabelecimentos de saúde públicos ou privados”.

O que vem reforçado na Lei nº 93/2017 de 23 de Agosto, artigo 4º, alínea e) que diz, “estabelece o regime jurídico da prevenção, da proibição e de combate `a discriminação, em razão da origem racial e étnica, cor, nacionalidade, ascendência e território de origem”.

Uma das orientações que é dada ás famílias, é no sentido de se dirigirem ao CNAIM (Centro Nacional de Apoio aos Imigrantes), para obterem uma declaração, onde conste que têm direito ao acesso á educação e aos cuidados de saúde, não podendo estes serem negados, por estarem ao abrigo da legislação acima referida.

Uma vez que a vigilância em saúde é um processo dinâmico, a educação para a saúde, quer ocasional, quer programada, é fundamental e deve ser planeada, estratégica e integralmente, com os vários intervenientes, visando a promoção, a prevenção das doenças, assim como o diagnóstico de situações preocupantes e agir o mais precocemente possível.

A vigilância de saúde como estratégia de acompanhamento de uma criança deverá ser entendida como um investimento em saúde e ainda como potenciais ganhos em saúde que são os que “decorrem da capacidade de intervir sobre causas evitáveis, controláveis ou rapidamente resolúveis” (DGS, 2013, p.2).

No sentido de orientar a equipa de enfermagem acerca dos processos referidos, no atendimento e encaminhamento às populações migrantes, foi elaborado um fluxograma, que tem por objetivo orientar a equipa de enfermagem no atendimento a crianças/jovens. Pretende ser uma mais valia no atendimento a esta população, agilizando os processos burocráticos e simplificando todo o atendimento. O objetivo maior está relacionado com a eficácia e eficiência neste atendimento, fazendo uma abordagem multidimensional, traduzindo-se em ganhos para a saúde destas populações.

Os objetivos deste fluxograma:

- Uniformizar a atuação de todos os profissionais da UCC;
- Uniformizar a atuação da equipa de enfermagem da Unidade Móvel, na vigilância de Saúde Infantil e Juvenil cumprindo as normas da Direção Geral de Saúde (DGS), em vigor desde 1 de junho de 2013;
- Proporcionar um atendimento personalizado, por forma a contribuir para a vigilância de saúde e promoção da saúde/prevenção da doença;
- Assegurar a continuidade de cuidados às crianças/jovens, através do encaminhamento para as Unidades de Saúde.

O fluxograma apresenta todo o processo de atendimento na consulta de enfermagem móvel, desde a entrada do utente na unidade, acolhimento, a avaliação que é feita a nível de documentação, os encaminhamentos necessários e a informação que é necessário disponibilizar, sendo assim uma abordagem facilitadora de todo o processo. Numa fase posterior, em que o atendimento está a ser realizado, é feita uma abordagem no âmbito da vigilância de saúde infantil/juvenil e posteriormente é feito o encaminhamento para a continuidade desta vigilância nas Unidades de Saúde a que as pessoas pertencem, sendo feito o ensino da importância da vigilância de saúde individual e dos seus filhos e familiares, procurando orientar os indivíduos na marcação de consultas médicas e de enfermagem.

O fluxograma elaborado no âmbito do projeto saúde em movimento, serviu de guia orientador no atendimento a crianças/jovens para um atendimento uniformizado e estruturado por parte da equipa de enfermagem. Pretende ser uma mais valia no atendimento a esta população, agilizando os processos burocráticos e simplificando

todo o atendimento. O objetivo major está relacionado com a eficácia e eficiência neste atendimento, fazendo uma abordagem multidimensional, traduzindo-se em ganhos para a saúde destas populações.

Apêndice VIII – Senhas de Atendimento da Unidade Móvel



Apêndice IX – Fotos do Espaço Lúdico da Unidade Móvel



Apêndice X - Documento de referenciação da Unidade Móvel

Referenciação para Unidade de Saúde

A Equipa do projeto, "*Saúde em Movimento*", Unidade Móvel da Unidade de Cuidados

do ACES Loures-Odivelas, vem por este meio reterenciar o utente (nome) _____

_____,
data de nascimento ____/____/_____, com o
número de utente _____, para a
Unidade de Saúde _____.

Solicita-se a V/ colaboração na marcação de Consulta de Enfermagem e/ou Consulta Médica, de forma a dar continuidade à Vigilância de Saúde e ao cumprimento do Plano Nacional de Vacinação.

Enfermeiro(a) _____

(carimbo da Instituição)

Data ____/____/____

**Apêndice XI- Plano de sessão de educação realizada no templo
Sessão de Educação para a saúde “Importância da Vigilância de Saúde”**

Objetivos:

- Explicar acerca do papel de enfermeiro na intervenção comunitária e relacionar com os objetivos da sessão de educação para a saúde em causa;
- Promover a aquisição de conhecimentos acerca da importância da vigilância de saúde, prevenção da doença, fomentando comportamentos de saúde adequados;
- Reforçar a importância da vacinação e a importância da vigilância de saúde infantil;
- Motivar/Incentivar a população para a vigilância de saúde, orientando a população-alvo na procura da mesma, através dos recursos disponíveis;
- Partilhar experiências acerca da importância da vigilância de saúde;

Tempo: 1h

- 30-45 minutos de método expositivo/ interativo
- 15 min – Espaço onde poderão ser colocadas dúvidas/questões/ esclarecer alguma temática/ explicar os recursos disponíveis na comunidade para obtenção de cuidados de saúde; entrega de folheto “Saúde para todos” / “Health for all”- acerca do acesso aos cuidados de saúde e entrega do folheto “Importance of Health Surveillance”

Recursos materiais: computador, tela, datashow, pen-drive, folhetos

Atividade	Quem	Quando	Onde	Como	Metas	Avaliação
Sessão de educação para a saúde dirigida à população-alvo (migrantes da Comunidade Sikh)	-Enfermeira Mestranda -Enfermeira Mestre Orientadora do Ensino Clínico	8 de dezembro de 2019	Templo da Comunidade Sikh (Gurdwara Sikh Sangat Sahib Lisbon)	Método expositivo e interativo, fomentando a participação da população e o diálogo	Que 30% da população-alvo participe na sessão de educação para saúde	Nº de utentes da população-alvo presentes na sessão de educação para a saúde;

Apêndice XII - Sessão de educação para a saúde realizada no templo da Comunidade

Objectives

- Analyze the role of Community Nursing and the connection of our intervention today;
- Explain our challenges in the communities to promote health maintenance and prevent diseases;
- Promote community awareness about the importance of health surveillance care;
- Motivate the community to search for health surveillance care;
- Promote health behaviors with health literacy;
- Alert for children surveillance health care and some issues associated to their development;
- Explain the efforts that are being made to make health care services easy to access.

Importance of Health Surveillance 2

Importance of Health Surveillance

Suralya Mansurali
Student of Master in Community Nursing

Teacher: Dr. Cândida Ferrito – Universidade Católica-Instituto das Ciências da Saúde

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

REPÚBLICA PORTUGUESA

ADAPTAR

COHKA

INTRODUCTION

Community Nursing is a big responsibility for the health professionals, and it is a challenge to know where to search for health of the population that live in a community. Health care is provided through the diagnosis and investigation of important health and environmental problems in the community. Health surveillance, monitoring and community status assessment are carried out to prevent disease and disability, to promote and maintain health. This in turn creates conditions for the population to be healthy.

The **focus** is the health and prevention. The **goal** is to create strategies to promote health surveillance and its maintenance and the prevention of diseases.

Our **intervention** in the Community with the population, is the **Empowerment** in health literacy, promoting healthy behaviors.

Importance of Health Surveillance 3

MISSION
Intervention based on promotion, maintenance of health and preventing diseases.
Health Empowerment of the community

VISION
We have a concern about the health of the communities, their environment (physical, biological and sociocultural) and how they access to health care.

Importance of Health Surveillance 6

Concepts of the Surveillance Care in a Community



Importance of Health Surveillance 8

Concepts of the Surveillance Care in a Community

"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not just absence of disease or illness".
(OMS, 1986)

Importance of Health Surveillance 7

Health – THE Human Right

In Portugal, the right to health protection is protected in Article 64 of the Constitution of the Portuguese Republic, which states:

- “1. Everyone has the right to health protection and the duty to defend and promote it.
2. The right to protection of health is accomplished: a) Through a universal and general National Health Service and, taking into account the economic and social conditions of citizens, tend to be free.
3. In order to ensure the right to health protection, the State shall, as a matter of priority,: b) Ensure access for all citizens, regardless of their economic status in the care of preventive, curative and rehabilitation medicine”.

In Article 64 of the Constitution of the Portuguese Republic

Importance of Health Surveillance 8

Accessibility

- The Constitution of the Portuguese Republic guarantees the right to health protection, however, poverty, social position and culture of each one are key factors to determine their state of health and their conditions regarding access to health care services.
- Health education is a key tool for narrowing the gap in health care across different social classes, by enabling people to make an informed choice and accept responsibility for their own health.
- The concept of “accessibility” is complex and can be understood as measure of how easy is for someone to obtain health care (Donabedian, 2003).

Importance of Health Surveillance 9

Accessibility

To access Health care services there are some bureaucratic issues that each person must address:

- ✓ SEF
- ✓ CNAIME
- ✓ CLAIM
- ✓ Registration in the Health Center...

In the end of the session we will share a flyer with the information!



Importance of Health Surveillance 10

Surveillance Health

“is the monitoring of health conditions”



Importance of Health Surveillance 11



Community is our focus on the intervention

Nurses and Doctors in health Centers are concerned about Health Surveillance care of all the community members.

The access to health is a problem of public health



The Community Nursing are making efforts to change this reality in the communities, working to reduce obstacles and difficulties in healthcare access ... it's a journey...it takes time but facilitate access to Health that's our goal!

OUR PROCESS



Importance of Health Surveillance 14

AREAS WE COVER



Importance of Health Surveillance 15

Health Appointments



Vaccination Health Surveillance Health Education Treatments

Importance of Health Surveillance 16

Importance of Health Appointments

Vaccination

Universal vaccination promotes equity, provides equal opportunity, protects the health and prevents diseases regardless of gender, ethnicity, skin color, religion, social status, family income or ideologies.

Health Education

"Health Promotion is the process that aims to increase people's and communities' ability to control their health to improve it (Ottawa Charter).

Health Surveillance

Is important for monitoring health and disease conditions, reducing the spread of disease, monitoring chronic diseases / injuries and health behaviors

Importance of Health Surveillance 17

Importance of Health Appointments

Vaccination

High vaccine coverage allows immunization of those who are vaccinated but also prevents the spread of disease, as group immunity prevents the circulation of pathogens.

Health Education

To achieve a state of complete physical, mental and social well-being, the person or group must be able to identify and fulfill their aspirations, to meet their needs and to modify or adapt to their environment. Thus, health is understood as a resource for life and not as a life purpose. (WHO, 1986).

Health Surveillance

Health surveillance is an important function of community nurses, the entire population and especially the most vulnerable, particularly children / young people and pregnant women.

Importance of Health Surveillance 18



Children's Health Surveillance

"Children are the future of the society" (Stanhope e Lancaster, 2011)

If we want the success of a population, the focus must start with the children needs. The aim is to have them grow up to be aware and become concerned adults that practice healthy lifestyles.

Children's Health Surveillance

The importance of child / youth health surveillance is described on the UNICEF Charter of the Rights of the Child (1989), that say:

"every human being under the age of 18" and are therefore a priority group that justify greater commitment and availability on the part of professionals, especially nurses, with a view to strengthening child health surveillance actions to respond to the complexity of current child health problems (DGS, 2013).



Importance of Health Surveillance 20

Children's Health Surveillance

- Access to vaccination is a fundamental right, and it is free for everyone.
- Nelson Mandela said: "Through vaccination millions of children were saved and had the chance to live healthier, longer and better, as they were more likely to learn, play, read and write without suffering."



Importance of Health Surveillance 21

Children's Health Surveillance

In child and youth health surveillance, "interventions are aimed at achieving a broad set of objectives with a view to achieving continuous health improvements" (DGS, 2013, p.9).



Importance of Health Surveillance 22

Nurses Role in Community

Nurses have the opportunity to teach healthy lifestyle to children and their parents/ caregivers and provide family-centered care



Children's Health Surveillance

The intervention of nurses in the field of child development assessment is not limited to detecting or merely tracking development. It is a multidimensional and comprehensive approach that includes:

- health assessment;
- promotion of healthy growth;
- development through early care;
- identification of risk situations;
- early problem detection;
- intervention for specialized teams when needed.



Importance of Health Surveillance 24

Children's Health Surveillance

The relationships between health, physical growth, psychological development, and parental care have become increasingly clear in recent decades (WHO, 1999, p.1). Thus, part of the actions that promote child development focus on the empowerment of parents, helping them to transition to this role with permanent challenges and demands.



Importance of Health Surveillance 25

Children's Health Surveillance

The nurse, due to its privileged position of proximity, individually or in the context of a multidisciplinary team, is the professional who has a lot of power in this whole process of monitoring child / youth development. This community follow-up becomes essential in more vulnerable and riskier populations.



Importance of Health Surveillance 25

Children's Health Surveillance

- Growth and development is achieved through the monitoring of children / young people at **key ages** for early diagnosis of risk situations, health problems and health promotion.
- Priority aspects include the detection and support of children with special needs, at risk or vulnerable populations, the reduction of inequalities in access to health services, as well as the recognition and training of parents and other reference adults, as early caregivers.

Importance of Health Surveillance 27

Children's Health Surveillance

Increasing the level of knowledge and motivation of families, along with reducing illiteracy and improving living conditions, favor the exercise of parenting and make it possible for parents to assume it, as a right and duty for professionals to facilitate it and promote it.



Importance of Health Surveillance 28

Children's Health Surveillance - Key Ages

FIRST YEAR OF LIFE

□ 1st week of life □ 1 month □ 2 months □ 4 months □ 6 months □ 9 months

1-3 YEARS

□ 12 months □ 15 months □ 18 months □ 2 years □ 3 years

4-9 YEARS

□ 4 years □ 5 years - global health exam □ 6 or 7 years (final 1st grade) □ 8 years

10-18 YEARS

□ 10 years (year of the beginning of the 2nd cycle of basic education)

12/13 years - global health examination

15/18 years

Importance of Health Surveillance 29

Children's Health Surveillance

In appointments with the nurses, they promote healthy behaviours tackling several issues:

- Nutrition in the first year is essential and influences the way a baby grows and develops;
- **The breast milk and artificial milk-** (benefits and recommendations of **breast-feeding** the baby and some help in that issues);



Importance of Health Surveillance 30

Children's Health Surveillance

- To promote a **healthy food diet**, essential for children development, the nurses in the appointments talk about the introduction of the food through the development;
- The food is a factor of prevention of diseases, like Diabetes, Obesity, cardiovascular diseases, osteoporosis, oncologic diseases and others;



Importance of Health Surveillance 31

Children's Health Surveillance

- The **vaccination** as a factor of immunization, the importance preventing diseases. This is a huge public health issue problem;
- **Vaccination = Protection**
- **Exercise practice** - as a healthy lifestyle and very important to prevent diseases;



Importance of Health Surveillance 32

Children's Health Surveillance

- The importance of **playing for children**, having contact with nature, playing in the grounds, playgrounds, with other children, instead of playing with computers, tablets and telephones, creates communication skills and avoid the sedentary lifestyle;
- Children enjoy **board games** that develop their cognitive and creative knowledge, and they play together with family and friends;
- The playing activity is the greatest good thing we can provide to our children, **our time to play with them** fifteen minutes / daily it is the best gift we can give to them more than toys;



Importance of Health Surveillance 33

Children's Health Surveillance

- We have to be alert to **children's special needs** and with chronic diseases, that need treatments, therapies and more surveillance health care;
- Actually we have a lots of children with **behavior changes**. There are a lot of children that need complementary therapies;

Importance of Health Surveillance 36

Children's Health Surveillance

- The **emotions and the well-being of the children** have to be a concern, we should often say to our children, how much we love them, and make them feel that, we must be able to be available , and show our concern and worried about them;



Importance of Health Surveillance 37

Children's Health Surveillance

- **Hygiene care and oral hygiene, hand washing,** are issues that are often a theme of the appointments, the importance of each one;



Importance of Health Surveillance 38

Children's Health Surveillance

- **Sleeping** is very important issue and we have to pay attention to the number of hours that child/youth take to sleep, this will influence their development and their growth;
- **Routines** are very important to our children, they need that, just like us...
- **Attend to School** –it is a factor very important for the development and a social interaction engine, important for the development of a nation- the education is one of the quality standards of a country;



Importance of Health Surveillance 39

Wrapping Up

- ✓ Health surveillance is important in all stages of life and most important to children and pregnant woman;
- ✓ The surveillance health care must be done in a health care center having improvement for health for all the population;
- ✓ We hope we have managed to bring these few messages, and this be a door for great achievements;
- ✓ Together we will achieve, because just like a simple comma changes a sentence, an attitude changes a story.
- ✓ To change behaviors is not easy, but we have to motivate the population, explain the importance of the changes and the benefits for obtain results.

Importance of Health Surveillance 43

COMMUNITY SATISFACTION AND HEALTH IMPROVEMENT



**IS OUR
MAIN GOAL!**

Importance of Health Surveillance 41

Bibliographic References

- DGS (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: DGS. Acessado a 03-06-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directoria-de-gestao-de-servicos-normativas.aspx>
- DGS (2017). Programa Nacional de Vacinação Lisboa DGS. Acessado a 3-6-2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-vacinacao2017.pdf>
- Carta de Ottawa. (2001). In *Salud Pública Educ Salud* (pp. 19–22). Ottawa, Canadá: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde 17-21 Novembro 1986. Retrieved from <http://webs.uvigo.es/mop/prev01-UOttawa-01-1.pdf>
- Donabedian A. (2003) An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press-124.
- DGS (2019). *Manual de Boas práticas. Literacia em Saúde. Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Setembro. Consultado em 4 de Outubro de 2010. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/03/25/literacia-em-saude-3>
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. Loures: LUSODIDACTA–Soc. Port de Material Didáctico, Lda.
- UNICEF. (1989). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Adaptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas.
- WHO. (1986). *Carta de Ottawa- Primeira conferência internacional sobre promoção de saúde*. Canadá
- Diário da República n.º 86/1975, Série I de 1975-04-15- artigo 64

Importance of Health Surveillance 43

THANK YOU



Apêndice XIII - E-mail enviado para o templo da comunidade sikh

